



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Traumazentrierte Fachberatung/ Traumapädagogik (DeGPT/FVTP/GPTG)

Modul 8a

**Vertiefung Traumazentrierte Fachberatung
(DeGPT/ FVTP/ GPTG)**



Weiterbildungs**Z**entrum für **P**ädagogik und **P**sychologie

Alfred-Delp-Straße 2 D- 73430 Aalen	Tel Büro 07965-8027258 Tel Praxis 07965-8027259	www.wzpp.de info@wzpp.de
--	--	--

Inhaltsverzeichnis

Einführung Traumazentrierte Fachberatung	Seite 3
Gemeinsamkeiten und Unterschiede Traumafachberatung/ Traumapädagogik/Traumatherapie	Seite 5
Beratungsplanung/Prozessplanung	Seite 9
Trauma und Trauer	Seite 11
Besonderheiten Mehrpersonensetting/Mediation	Seite 23
Diagnostik	Seite 36
Anhang	Seite 38

Traumazentrierte Fachberatung

Traumafachberatung findet sich in verschiedensten Bereichen der Beratung und des Coachings wieder.

Je nach Setting müssen neben den traumaspezifischen Gesichtspunkten weitere Aspekte des Systems, der ökonomischen Möglichkeiten (**Finanzierung, Dauer**), Rahmenbedingungen (**Zeit, Auftrag, Ort**), Auftrag (**freiwillig, Zwangskontext etc.**), Klientel (**Alter, Gender, kulturelle Herkunft, kognitives Niveau, Einzel-/ Mehrpersonensetting**) mit beachtet werden.

Traumafachberatung findet man unter anderem in folgenden Bereichen:

- Telefonseelsorge, Sorgentelefon
- Psychische Erste Hilfe (PEH), Notfallseelsorge, Krisenintervention
- Berufs- und Karriereberatung, Arbeitslosenberatung
- Schuldner/innenberatung
- Erziehungs-, Familienberatung, Paarberatung, Trennungs- und Scheidungsberatung
- Beratung für Opfer sexueller und ritueller Gewalt
- Beratung alter Menschen
- Sucht- und Drogenberatung
- Sozialberatung
- Beratung von Menschen mit Behinderung
- Sozialpsychiatrische Beratung
- Migrations(sozial)beratung, Beratung im Kontext Flucht
- Schwangerschaftskonflikt-, Geburts- und Schwangerschaftsberatung
- Trauerbegleitung
- Beratung von Hochrisikopopulationen und -organisationen
- Beratung von Kontext von Einrichtungen der Selbst- und Opferhilfe
- Beratung im Kontext von Einrichtungen sozialer Kontrolle
- Beratung im Kontext von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Jugendhilfe und Altenhilfe
- Beratung im Kontext von Schulen und schulischen Beratungsdiensten
- Beratung im Kontext Kindergarten und Frühförderung

Mögliche Settings für Traumafachberatung

- Spontane und geplante Gespräche
- Krisenintervention vor Ort
- Beratungsgespräche in sicherer Umgebung (Büro, Praxis, Besprechungsraum)

- Telefonberatung und Online-Beratung (kein face-to-face)
- Traumafachberatung ohne Beratungsstelle z.B. in der aufsuchenden Familienhilfe, Straßensozialarbeit (kein äußerer sicherer Ort)
- Zeitlich stark befristete Settings z.B. bei der DB für Lokführer nach Personenschäden
- Klient/innen in Ausnahmesituationen z.B. akuten Schockzustand

Ziele der Traumaberatung sind (je nach Kontext und Auftrag):

- Angebot positiver, korrigierender, vertrauens- und bindungsfördernder Beziehungserfahrungen in einem sicheren Rahmen
- Stärkung der Selbstwahrnehmung für Empfindungen und Gefühle
- Hilfen zur Emotions- und Impulsregulierung
- Förderung der Mentalisierungsfähigkeit
- Psychoedukation und Unterstützung zur kognitiven Einordnung der Ereignisse
- Aktivierung der Bewältigungsstrategien, Selbstermächtigung (Empowerment) durch Biografie Arbeit und Erlernen von Selbsthilfe, die dem Abgeben der Verantwortung an Experten weitestgehend entgegenwirkt, regressive Tendenzen nicht unterstützt, die Bedürftigkeit des Klienten jedoch wahrnimmt und wertschätzt
- Unterstützung des Selbstausdrucks und der Gestaltungskraft
- Die Klienten sollen zum „Bestimmer“, also zum Subjekt ihres Tuns werden, statt dem „Eigenleben der Traumanetzwerke im Gehirn“ ausgeliefert zu sein
- Beenden von Reinszenierungen des Traumas
- Hilfen von Überwinden von Loyalitätskonflikten gegenüber der Ursprungsfamilie

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Traumapädagogik/Traumafachberatung/Psychotraumatherapie

Traumafachberatung, Traumapädagogik und Psychotraumatherapie wirken alle heilsam. Von Traumapädagogik sprechen wir bei der Arbeit mit Menschen bis zum 18 Lebensjahr bzw. zum Teil bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. In der Arbeit mit Erwachsenen sprechen wir von Traumafachberatung bzw. traumazentrierter Fachberatung.

Viele Interventionstechniken können in allen drei Disziplinen angewendet werden. Im Idealfall unterstützen und verstärken sie sich in ihrer heilenden Wirkung gegenseitig.

Mehr Selbstverantwortung und Autonomie der Klienten ist ein zentrales Ziel aller drei Bereiche.

Ziele von Traumafachberatung sind zugleich auch implizite Therapieziele:

- Stärkung von Selbstbewusstsein
- Durchsetzungsfähigkeit
- Fähigkeit zur Selbstfürsorge
- Abgrenzungsfähigkeit
- Fähigkeit, Bedürfnisse bewusst zu erleben und zu äußern
- Distanz zu handelndem Agieren
- Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion
- Selbstbemächtigung
- Affektdifferenzierung – und regulierung
- Realistische Objektwahrnehmung
- Zukunftsvisionen wagen

Sowohl Pädagogen, Berater als auch Therapeuten werden **vorhandene Ressourcen der Klient/innen eruieren, aktivieren und zielgerichtet neue Ressourcen aufbauen**, z.B. zur Angstbewältigung oder zur Distanzierung von überflutenden Inhalten. Beide werden zum Ausprobieren neuer Schritte, sowie zum Abbau von letztlich Angst verstärkenden Vermeidungsstrategien und Rückzug ermutigen.

Alle arbeiten an der Korrektur verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmung und regen zur **Reflexion und Einnahme neuer Sichtweisen** an und fördern damit die **Mentalisierungsfähigkeit**.

Alle **würdigen die bisherigen Bewältigungsstrategien** als bislang bestmögliche, aber heute oft dysfunktionale und neues Leid erzeugende Versuche, mit den Traumafolgen umzugehen und nicht ganz die Kontrolle zu verlieren.

Alle vermitteln **kognitiv-psychoedukativ hilfreiches und entlastendes Wissen** zu Traumafolgen und der **Notwendigkeit zur Ressourcenaktivierung und Stabilisierung**.

Für alle helfenden Berufsgruppen gelten die **Prinzipien Halten, Innehalten und Reflektieren**. Sie müssen das oft schwierige, destruktive Verhalten traumatisierter Klient/innen - speziell von Kindern und Jugendlichen - aushalten und verstehen können. Das setzt die Kenntnis der Schutzfunktion posttraumatischer Überlebensstrategien und die **Reflexion der eigenen emotionalen Reaktionen** voraus, also **traumaspezifisches Wissen, Supervision, Selbsterfahrung und Selbstfürsorge**.

Ebenso wichtig sind **geeignete institutionelle Rahmenbedingungen**, die ermöglichen, dass sich alle Bereiche und Hierarchieebenen innerhalb der Institutionen auf eine gemeinsame Grundhaltung verständigen.

Grenzen für ambulante Beratung, Traumafachberatung und Therapie

- Suizidalität
- Eskalierende selbstverletzendes oder Suchtverhalten
- Psychotische Dekompensation
- Kritisches Untergewicht
- Eskalierende dissoziative Symptomatik z.B. bei Täterkontakt oder überwältigenden Traumatriggern

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung oder starker Intoxikation ist die Zuführung und Durchsetzung vorübergehender stationärer ggf. intensivmedizinischer Versorgung obligat.

Zunächst sind also evtl. auch invasive Interventionen erforderlich wie vorübergehende Einweisung durch richterlichen Beschluss. Ein Abbruch der Beziehung sollte vermieden werden, stationäre und ambulante Institutionen sollten möglichst vernetzt zusammenarbeiten, etwa mit stationärer Intervalltherapie und Rückübernahme.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Interventionen	Traumaberatung	Traumatherapie
Psychoedukation	xx	xx
Stabilisieren	xx	xx
Äußere Sicherheit	xx	xx
Alltagsfunktionen stärken	xx	xx
Ich-Funktionen stärken	x	xx
Fähigkeit, sich von Belastungen zu distanzieren	xx	xx
Innere Sicherheit	xx	xx
Imaginationsübungen etc.	xx	xx
Stabilisierende Ego-State- und Innere-Kind-Arbeit	xx	xx
Aufdeckende Ego-State und Innere-Kind-Arbeit	-/x	xx
Täterintrojekt-Arbeit	-/x	xx
Traumakonfrontation EMDR	-	xx
Psychodynamik deuten	-	x

XX = zentrale Bedeutung

X = bedeutsam

- = nicht anzuwenden

-/x = nur bedingt anzuwenden

Traumpädagogik, Traumafachberatung und Psychotraumatherapie fördern gemeinsam die Selbstheilungskräfte der Patienten, stabilisieren deren Entwicklungspotentiale und ergänzen sich in ihrer Wirkung.

Institutionelle Bedingungen traumaspezifischer Arbeit

Innerhalb der Institutionen und der Teams sollten die Regeln von allen Beteiligten getragen werden. Im Alltag von Einrichtungen schleichen sich immer wieder unterschiedliche Handhabungen der Regeln ein.

Daher sollten die Toleranzen und Grenzen innerhalb der Teams möglichst transparent sein, ansonsten sind Spaltungstendenzen zu erwarten. Dieser gemeinsam getragene Rahmen hilft Klienten auch, sich daran zu orientieren und vermittelt ihnen Vorhersehbarkeit und Sicherheit.

Für die Planung und Gestaltung der traumaspezifischen Beratung sollten die Klient/innen und alle am Prozess beteiligten Helfern/innen voreinander wissen, miteinander kooperieren, kommunizieren und sich abstimmen.

Traumaspezifische Konzeption

Institutionen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, benötigen ein traumaspezifisches Konzept. Dazu gehören ein angemessener Stellenplan, eine ausreichende traumaspezifische Ausbildung und Supervision aller Mitarbeiter/innen, sowie resilienzfördernde und die traumabedingten Symptome und Bindungsprobleme berücksichtigende Programme.

Therapie und Beratung brauchen ein wohlwollendes Umfeld, in dem alle Mitarbeitenden sich sowohl eingebunden fühlen, als auch individuell entfalten können.

Damit belastende Hilfeprozesse innerhalb eines Teams und einer Institution konstruktiv bewältigt werden können und nicht ‚bis zur Erschöpfung‘ ausgehalten werden müssen, ist ein offenes, unterstützendes Klima innerhalb des Teams erforderlich.

Wichtig ist, dass die Leitung der Einrichtung hinter dem Konzept und dem Team steht. Alle Hierarchieebenen sollten sich mit dem Konzept identifizieren und es durch Fortbildungen weiterentwickeln. Eine einzelne Fortbildung erfüllt noch nicht die Anforderungen an ein Traumakonzept in einer Einrichtung. Eienkämpfer/innen innerhalb einer Institution können nur scheitern.

Zu berücksichtigen ist auch die Kooperation zu und zwischen den Fachdisziplinen im Team wie Medizin, Psychologie, Fachberatung, Pädagogik, Sozialpädagogik, Sonderpädagogik, Fachpflege, Geburtshilfe u.a. Die Aufgaben und Grenzen der jeweiligen Berufsgruppen sollten klar benannt werden. Auch die Rahmenbedingungen müssen eindeutig definiert und verbindlich sein. Struktur gibt

Halt und Schutz auch für das Team. Wichtig ist die Transparenz von Planungsprozessen. Krisenpläne müssen erarbeitet und allen Teammitgliedern bekannt sein.

Beratungsplanung/Beratungsprozess

1. Klärung der Rahmenbedingungen und inneren Strukturen

- In welchem Rahmen bin ich tätig?
- Finanzierung/ Zeit/ Örtlichkeit
- Beratungsvertrag notwendig?
- Schweigepflicht?
- Netzwerk? Notfallnummern?
- Was ist meine Klientelgruppe und welche Besonderheiten hat diese?
- Was muss ich auf Grund meiner Klientelgruppe beachten? (Kultur, Sprache, Rechtliches ...)
- Einzel-/ Gruppensetting
- Wer hat welchen Auftrag? (Klient, System, Berater etc.)
- Wie ist meine innere Haltung (Übertragung/ Gegenübertragung)

2. Kontaktaufnahme

- Organisatorisch: Wie sind Termine möglich? Offene Beratung, Vereinbarung von Terminen etc.
- Beziehungsaufbau (Ressourcenorientiert, Wohlfühlatmosphäre, Bindungsstil, Auftrag klären (Kunde, Besucher, Klagender))
- Transparenz schaffen, maximaler Kontrast zur traumatischen Situation, Vertraulichkeit
- Auftrag/ Erwartungen klären – realistische Möglichkeiten aufzeigen
- Haltung: Symptomatik als Überlebensstrategie verstehen
- Methodik: Pacing und Leading, auf Gegenübertragungsimpulse achten, reflektiertes versus reflexhaftes Handeln

3. Anamnese

- Trauma-/ Ressourcenlandkarte
- Lebenslinie/ Biographiearbeit
- Genogrammarbeit
- Stressorbasiertes Denken (jede Symptomatik hat einen guten Grund und ist eine Überlebensstrategie, was hat es mit der Lebensgeschichte zu tun?)
- Diagnostik (Symptomatik abfragen), z.B. ETI
- Psychoedukation

- Methodik: Stresstoleranzfenster beachten, Regulationsstrategien (Skills, Achterbahn-Metapher), Mentalisieren, Sicherer Ort, Tresorübung

4. Hypothesenbildung und erweiterte Anamnese

- Was habe ich verstanden?
- Welche Symptomatik liegt vor? Um welche Überlebensstrategie/ guten Grund handelt es sich? Was liegt darunter??
- Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun? Aus den Augen des Klienten die Welt sehen...
- Was ist das Ziel/ Anliegen/ Erwartungen von wem? Was ist mein Auftrag und kann ich diesem gerecht werden?
- Welche Ressourcen hat mein Klient/ das System?
- Was braucht mein Klient, um sein Ziel zu erreichen? Ist das Ziel realistisch? Was könnten Zwischenziele sein?
- Telearbeit? Gibt es Introjekte (negative Selbstüberzeugungen/ Weltbild)? Innere Ambivalenzen?

4. Hypothesenbildung und erweiterte Anamnese

- Wo steht mein Klient? Wie früh ist das Trauma anzusiedeln? Kann er Gefühle wahrnehmen, differenzieren, benennen und regulieren? Wie sind die Selbstregulationsfähigkeiten? Kann er Zusammenhänge herstellen/ reflektieren? Leidensdruck/ Motivation?
- Ist das System sicher? Täterkontakt? Rechtliches beachten?
- Ist das System unterstützend? Müssen Netzwerke aktiviert werden?
- Reinszenierungen im Kontakt/ System?
- Methodik: Soziogramm (System im Blick haben – ‚guten Grund‘), Diagramm zur Visualisierung (Organigramm), Aufstellungsarbeit, Ressourcenlandkarte, Skalierungsfragen, Reframing, hypnotherapeutisches Fragen (was wäre, wenn), Übertragung/ Gegenübertragungsimpulse, reflektiertes versus reflexhaftes Verhalten (Selbstreflexion)

5. Stabilisierendes Arbeiten je nach Auftrag

- Stabilisierungsarbeit (verschiedene Übungen siehe Modul 2), besonders auf Körperebene
- Triggerkontrolle, Notfallkoffer, Achtsamkeitsübungen
- Biographiearbeit/ Narrativarbeit
- Kognitive Umstrukturierung
- Psychoedukation

- Lösungsorientiertes Arbeiten (wichtig dabei keine Regressionsförderung, aber auch keine Überforderung)
- System im Blick haben, Beratung dieses, evtl. Netzwerke aktivieren
- Methodik: Transparenz, Selbstwirksamkeit fördern, Kontrolle beim Gegenüber lassen, maximaler Kontrast zum Trauma, Begleiten, eigene Impulse reflektieren (immer wieder eigene innere Haltung überprüfen), Spiegeln

6. Abschluss

- Wie kann eine Beendigung gut gestaltet werden?
- Notfallprophylaxe
- Wo kann erneut Unterstützung aktiviert werden? Netzwerke
- Wo sind Grenzen in der Beratung? Wann, kann wo weiterverwiesen werden?

Trauma und Trauer

Trauerbegleitung und der Bezug zu Trauma

Der Begriff der Trauer wird im Rahmen des Themenkreises Trauma unterschiedlich verwendet. Zum einen ist **Trauer ein wichtiger Teil der Traumaverarbeitung** und damit auch der Traumatherapie: nach Stabilisierung und Traumabegegnung folgt die dritte Phase, die der **Trauer und Integration**. Trauer ist jedoch in allen Phasen wichtig (Reddemann, 2004b).

Des Weiteren gibt es den Begriff der **traumatischen Trauer**, einer Form der komplizierten Trauer, der Trauer beschreibt, die wegen traumatisierenden Umständen oder zusätzlich bestehender Traumafolgestörungen nicht ‚normal‘ ablaufen kann.

Der Begriff der komplizierten Trauer erscheint uns angemessener als pathologische Trauer, da dieser impliziert, dass es normale und pathologische Trauer gibt, nach unserer Erfahrung sind die Übergänge jedoch fließend.

Es gibt ein Sprichwort:

In jedem Verlust ist ein Trauma, in jedem Trauma ein Verlust.

Wie bei einem Trauma werden in der Trauer oft die Grundvorstellungen über das Leben, den Sinn des eigenen Lebens über die Welt und Gott verletzt.

Trauerdefinitionen

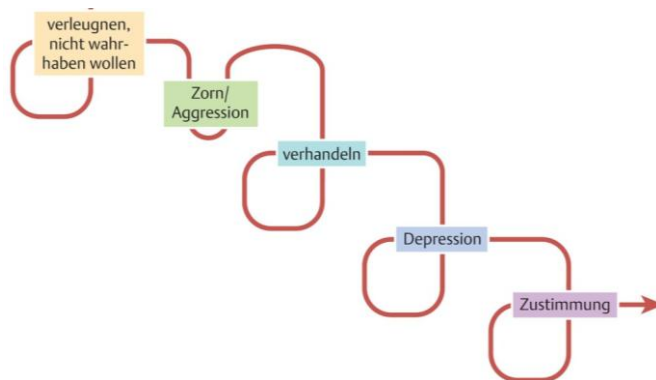
Trauern ist eine Reaktion auf verschiedene Arten von Verlust. Neben dem Verlust durch Tod gibt es viele andere Verlusterlebnisse, wie z.B. dass man gewissen Dinge nie hatte (etwa bei Kinderlosigkeit), oder den Verlust eines Körperteils oder der Gesundheit insgesamt, der Jugend, bestimmter Lebensfunktionen (im Alter), einer Vision, Lebensidee, Heimat, Beziehung, Arbeit oder einer wichtigen Funktion.

Unter Trauer versteht man den **unmittelbaren seelischen Schmerz**, die natürliche emotionale Reaktion auf einen Verlust. Verluste sind notwendig, ohne Verlust und Veränderung gibt es kein Wachstum (dies zeigt auch die neurobiologische Forschung).

Der Tod ist die unbarmherzigste, unwiederbringliche und endgültige Form des Verlusts. Der Trauerprozess, in dem um das Anerkennen und das Akzeptieren des Verlusts geht, hat psychologische, physische, soziale und spirituelle Aspekte.

Der Prozess der Trauer wurde in verschiedenen Phasenmodellen beschrieben.

Trauermodell nach Elisabeth Kübler-Ross



Trauermodell nach Verena Kast

1. Phase	2. Phase	3. Phase	4. Phase
Nicht-Wahrhaben-Wollen	Aufbrechende Emotionen	Suchen und Sich-Trennen	Neuer Selbst- & Weltbezug
Zu Beginn des Prozesses stehen die Trauernden unter Schock, sie wollen den Tod meist nicht wahrhaben.	Aufkommen von Gefühlen: Wut, Zorn, Schmerz, Schuld. Die Gefühle helfen bei der Trauerbewältigung.	Auseinandersetzen mit Orten, Erlebnissen und Erinnerungen an den Verstorbenen Menschen. - Abschiednehmen.	Die/der Trauernde setzt neue Lebensziele. Der verstorbene Mensch bleibt trotzdem ein wichtiger Teil des Lebens.
Mehrere Stunden - Mehrere Wochen	Mehrere Wochen - Mehrere Jahre	Mehrere Wochen - Mehrere Jahre	Mehrere Jahre - Ganzes Leben

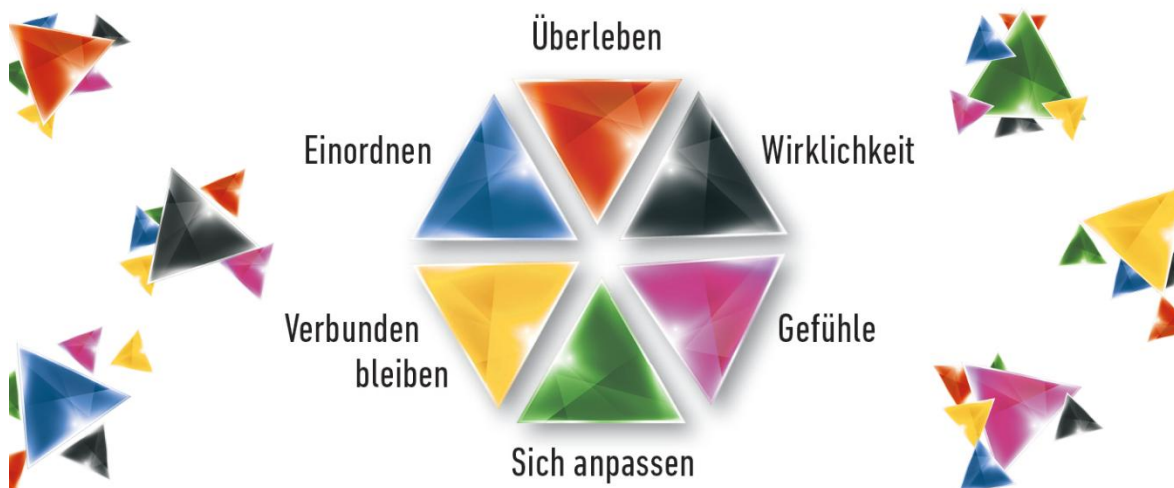
Die vier Aufgaben des Trauerns nach Worden (2004)

- Die Wirklichkeit des Verlustes verstandes- und gefühlsmäßig annehmen.
- Die Schmerzen des Trauerns durchleben.
- Sich an eine Umgebung anpassen, in der der/ die Tote fehlt.
- Der oder dem Toten einen neuen Platz zuweisen und sich dann dem eigenen Leben zuwenden

Obwohl diese Phasenmodelle einen möglichen Ablauf der Trauer beschreiben, sollte man sich nicht vorstellen, dass die Phasen genauso und chronologisch nacheinander ablaufen und dann die einzelnen Themen ‚erledigt‘ sind. Vielmehr werden die verschiedenen Phasen oder Aufgaben der Trauer zu unterschiedlichen Zeiten und mit unterschiedlicher Dauer durchlaufen, nicht in einer Reihenfolge, manchmal auch mehrmals, nicht in einem linearen, sondern eher in einem ‚spiralförmigen‘ Verlauf, d.h. ein Thema wird mehrmals berührt, aber mit abnehmender Intensität.

Eine neuere und sehr bildliche Darstellung ist das ‚Kaleidoskop der Trauer‘ von Chris Paul.

Hier wird noch einmal deutlich, dass Trauer ein dynamischer Prozess ist, mit wiederkehrenden Themen, ohne eine bestimmte Reihenfolge, ein festgelegtes Ziel oder Ende. Jeder Mensch geht seinen individuellen Trauerweg, in seinem Tempo. Aber alle Menschen bewegen sich in den gleichen ‚Facetten‘.



Darstellung von Chris Paul: ‚Kaleidoskop der Trauer‘

Trauer ist keine Krankheit, jedoch können Störungen im Trauerverlauf auftreten.

Eine Störung des Trauerverlaufs kann sich auf unterschiedliche Weise zeigen, z.B. darin, dass bestimmte Themen überhaupt nicht berührt werden oder der trauernde Mensch in einer Phase oder Facette stecken bleibt.

Trauer und Trauma – was unterscheidet sie?

Trauer:

- Ist eine normale, gesunde und individuelle Reaktion auf einen Verlust
- Setzt eine Beziehung / Bindung voraus (zu Personen, Umfeld, Tieren, Orten, Gegenständen)
- Erinnerung an das Erlebte findet innerhalb eines biographischen Gesamtzusammenhangs statt
- Erlebnis kann erzählt werden mit nachvollziehbarem Ablauf
- Erzählung des Ereignisses kann mit passendem Affekt geschildert werden
- Im Laufe der Zeit entsteht ein persönliches Narrativ und eine neue Verortung in der persönlichen Biografie

Trauma:

- Die betroffene Person wird von machtvoll einströmenden Sinneseindrücken überschwemmt, es fehlen Worte
- Der Bericht über das Geschehen wirkt bruchstückhaft mit inadäquatem Affekt
- Die Vergangenheit wird - getriggert durch ‚Auslösereize‘ - zur ständig unkontrollierbar wiederbelebten Gegenwart: ein traumatisierter Mensch geht im Gespräch ‚aus dem Kontakt‘
- Der traumatisierte Mensch zeigt eine Tendenz, das Erinnern zu vermeiden
- Es ist keine Einordnung ins persönliche Narrativ möglich
- Traumatisierte Menschen zeigen Symptome des Hyperarousal (Übererregung) und des Numbing (Erstarren)
- Isolierte Körper- und Gefühlswahrnehmungen können auftreten
- Verschiedene Zustände des Ich-Erlebens (Dissoziation) sind möglich

Mögliche Trauerstörungen – ein traumasensibler Blick

Der Verlust eines nahestehenden, geliebten Menschen oder andere Verluste, die Trauer nach sich ziehen, sind immer eine Herausforderung. Trauerprozesse sind unwillkürliche und gesunde menschliche Reaktionen. Können Betroffene einen Trauerprozess nicht abschließen oder finden keinen Weg für ein Leben ohne z.B. den Verstorbenen, so ist in der Begleitung eine differenziertere Betrachtung erforderlich.

- In der Trauerarbeit unterscheiden wir neben der ‚normalen‘ Trauer:
- Die komplizierte Trauer

- Die erschwerte Trauer (ungünstiges Verhältnis zwischen Risikofaktoren und Ressourcen)
- Die traumatischer Trauer
- Die prolongierte Trauer (ein lange anhaltender Seelenschmerz, ab 13 Monate nach Ereignis, erste Jahrestage vorüber, im neuen ICD 11 enthalten)

Komplizierte Trauer

Man geht davon aus, dass Trauer in circa 5-10% einen komplizierten Verlauf nimmt. Besonders häufig kommt es zu komplizierten Verläufen bei:

- Plötzlichem, unerwartetem Tod
- Suizid
- Gewaltvollen Umständen des Todes
- Tod eines Kindes
- Kumulativer Trauer (vorhergehende Trauer oder andere Verluste)
- Tabu oder Geheimnis (Suizid, verschwiegene Beziehung)
- Belastende Beziehungskonstellation mit dem Verstorbenen (konfliktreiche, ambivalente oder abhängige Beziehung)
- Schuld-Zuschreibungen oder Ohnmachtserleben (z.B. keine ausreichende Hilfe geleistet zu haben)
- unzureichender Bearbeitungsmöglichkeit (Überlebensmanagement, Existenzsicherung der Trauernden im Vordergrund)
- Mangel an sozialer Unterstützung (Freunde ziehen sich zurück bis zur gesellschaftlichen Ausgrenzung)

Typische Kennzeichen für komplizierte Trauer

Typische Verhaltensweisen sind **Hyperaktivität** und ein **dauerndes Beschäftigt sein**, um nicht zur Ruhe und zum Nachdenken zu kommen. Eine andere Variante ist ein **starres, von Ritualen bestimmtes Verhalten** im Alltag. Des Weiteren zeigen sich häufig eine **Überängstlichkeit** und eine **Besorgtheit** z.B. die Kinder betreffend, wenn diese abends ausgehen oder auch wenn sich jemand verspätet, ansonsten jedoch die **Unfähigkeit, unterschiedliche Gefühle** wie Wut, Liebe oder Neid wahrzunehmen.

Häufig sind auch **katastrophisierendes Denken** („worst case“), **selbstschädigendes Verhalten** (riskantes Autofahren, Suchtmittelabusus, keine Behandlung von Erkrankungen) und daraus resultierend **Vermeidungsverhalten**, auch in Bezug auf neue Kontakte und Beziehungen (Angst vor erneutem Verlust).

Ein weiteres Kennzeichen ist **ständige Beschäftigung mit dem Verstorbenen** und eine anhaltende **Idealisierung** der/ des Verstorbenen und der Beziehung mit ihr/ ihm, manchmal werden auch „unangenehme“ Verhaltensweisen des Verstorbenen übernommen.

Außerdem kommt es vor, dass Angehörige unter **Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen** leiden, weil sie z.B. lebensverlängernde Maßnahmen (Beatmung, Herzschrittmacher, Magensonde, Dialyse) abgelehnt oder entschieden haben, sie abzusetzen, und sich dann für einen schnellen Eintritt des Todes verantwortlich fühlen.

Nicht zuletzt können Einzelsymptome oder das Vollbild einer Traumafolgestörung vorliegen: Suchtverhalten, Zwänge, ABS (akute Belastungsstörung) oder PTBS (posttraumatische Belastungsstörung).

Traumatische Trauer

Die traumatische Trauer ist **eine Form der komplizierten Trauer** nach traumatischen Umständen des Todes mit Symptomen einer Traumafolgestörung, auch mit Einzelsymptomen.

Wichtig ist auch, dass **die Intensität und das Thema der Trauer sich im Lauf der Zeit nicht verändern**, sondern von Betroffenen mit Begriffen beschrieben werden, die wir von einer Traumatisierung kennen: ‚Es ist so, als wäre es gerade geschehen.‘, ‚Ich sehe es noch wie damals vor mir‘, auch wenn lange Zeit vergangen ist (‚freeze‘).

Die relevanten Symptome finden sich im Bereich der Erinnerung, des Verhaltens und des Gefühlserlebens:

- Unwillkürliche Erinnerungsblitze an belastenden Szenen (Flashbacks) im Krankheits- und Sterbeprozess.
- Auffälliger Umgang mit Orten, die an Erkrankung oder Sterben des Nahestehenden erinnern. Entweder Vermeidungsverhalten durch striktes meiden des Ortes, oder Wiederholungsverhalten durch ständiges Wiederaufsuchen.
- Auffälliger Umgang mit Situationen, die an die Erkrankung und das Sterben / die Verlustsituation erinnern, vermeiden oder wiederholen.
- Ungewöhnlicher Umgang mit eigenen Gefühlen: völliges Überschwemmt-Werden von Gefühlen bis zum Zusammenbruch oder völlige Emotionslosigkeit / Dissoziation
- Durchgehend höhere Reizbarkeit und Angespanntheit (Hyperarousal), Schlaflosigkeit, Misstrauen und Aggression.
- Symptome ab 6 Monate nach Ereignis bedenklich, analog PTBS.

Diagnostik

Bislang war es im **ICD*-10** nur möglich, eine pathologische Trauersymptomatik unter F43. 2 (Anpassungsstörung), F43. 1 (Posttraumatische Belastungsstörung), F34. 1 (Dysthymie: chronisch Depressive Verstimmung) oder unter F34 (Stimmungsstörungen) einzuordnen.

Die **anhaltende Trauerstörung** (englisch prolonged grief disorder) beschreibt eine psychische Störung, bei der ein Hinterbliebener in Folge eines schwerwiegenden Verlustes (meist Tod einer nahestehenden Person) eine pathologische Trauerreaktion entwickelt. Sie wird im **ICD-11** als eigenständige Diagnose aufgeführt.

*ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, zu Deutsch und vereinfacht: „Internationale Klassifikation der Krankheiten“. Neben der derzeit gültigen Version ICD-10 ist im Januar 2022 die neue Version ICD-11 in Kraft getreten. Für eine Übergangsfrist von 5 Jahren sind beide Versionen verwendbar. Bis die ICD-11 in Deutschland eingeführt ist, wird weiter nach ICD-10 verschlüsselt.

Begleitung und Beratung trauernder Menschen

Trauertherapie im eigentlichen Sinn gibt es nicht, da Trauer keine seelische Krankheit ist, sondern eine normale, gesunde Reaktion auf einen Verlust.

Trauernde werden primär nicht behandelt, sondern liebevoll begleitet. Häufig geschieht dies durch Freunde, Verwandte oder durch eine Trauergruppe. Unserer Erfahrung nach ist für Menschen, die ein traumatisches Erlebnis hatten, ein Gruppensetting nicht ausreichend oder manchmal ungeeignet. **Es gilt auch, dass traumatische Erinnerungen nicht ‚einfach so erzählt‘ werden sollten**, da dies für die Betroffenen nicht erleichternd ist und außerdem andere Trauernde, die ebenfalls traumatisierte Erlebnisse hatten, zusätzlich belastet oder retraumatisiert. Eine Ausnahme bilden Stabilisierungs-, Körper- und Entspannungsübungen, die gut in der Gruppe durchgeführt werden können.

Was tun bei Vermutung einer Trauerstörung?

Hier notwendig, einen ‚diagnostischen Blick‘ auf den trauernden Menschen zu werfen. Wenn sich der Verdacht einer Traumafolgestörung ergibt, ist nach einer ausführlichen Psychoedukation eine traumazentrierte Psychotherapie anzuraten, die im Einzel-Setting durchgeführt wird.

Traumazentrierte Psychotherapie kann die Trauer nicht nehmen oder beschleunigen, aber sie kann Traumafolgesymptome und -störungen, Belastendes und Unerledigtes, Konflikte oder Streit (kurz vor dem Tod) ‚bearbeiten‘ und behandeln und somit Blockaden in Form von Angst, Schuld- und Schamgefühlen nehmen, die Menschen von der Trauer (-arbeit) abhalten. Eine hilfreiche Methode ist hier EMDR.

Ziele sind, wie bei der ‚normalen‘ Trauer, eine Würdigung des Toten, das Wahrnehmen der eigenen Grenzen in der Beziehung zum Verstorbenen, ein Verzeihen der Versäumnisse, sich selbst und dem Verstorbenen, und das Akzeptieren des Todes.

(Trauma-)Arbeit mit Trauernden

- Rahmen schaffen: ruhige und angenehme Atmosphäre, von der kein Stress / Bedrohung ausgeht
- Gut auf sich selbst schauen: wie geht es mir selbst gerade? Bin ich im Gleichgewicht? Selbstfürsorge!
- Grundannahme: Alles hat einen guten Grund! Hier ist die Haltung wichtig, dass der Trauernde nichts Verdrängt, sondern sich im Moment einfach auf etwas anderes konzentriert.
- Blick aufs Gesamtsystem

Oberste Regel:

„Ich bin für mich selbst verantwortlich und nehme sorgend Anteil am Anderen, ohne mich zu seinem Retter zu machen und ohne ihn in seiner Autonomie einzuengen.“

Grundhaltungen für Gespräche in der Trauerbegleitung

Zentrale Fragestellungen, die immer mitschwingen sollten:

1. Was ist wichtig?
2. Was will mein Gegenüber als Betroffener oder Angehöriger?
3. Was kann ich tun?
4. Was soll nicht sein?

Als Gesprächspartner sollte ich mitbringen:

- Empathie
- Akzeptanz
- Kongruenz

Im Gesprächsverlauf:

- Richtig oder falsch gibt es nicht
- Haltung des Interesses (keine Neugier)
- Keine Handlungsanweisungen geben – einladen, anregen
- Statt ‚entweder-oder‘ steht ‚sowohl – als auch‘
- Statt ‚aber‘ steht ‚und‘
- Focus liegt immer auf den Ressourcen
- ‚Ring der Verantwortung‘ bleibt beim anderen
- Veränderungen sind immer möglich
- Alles hat einen guten Grund

Anhaltspunkte für das inhaltliche Gespräch mit Trauernden

- Den Trauernden spontan über seine Befindlichkeit sprechen lassen
- Ihn/ sie ermutigen, so zu sein, wie er/ sie gerade ist, sich mit allen Gefühlen zu zeigen
- Achtsam sein und das Ausgesprochene nicht bewerten
- Ggf. nachfragen oder Impulse geben wie folgende:
- Gibt es Spannungszustände oder Gefühlsausbrüche oder Gefühle großer Müdigkeit oder Antriebslosigkeit?
Wird der Verlust akzeptiert? Welche Rolle spielt die verstorbene Person im täglichen Leben?
- Kann Abschied realisiert werden und in welcher Form?
- Kommt es zu zwanghaften Gedanken, die um Tod kreisen?
- Bestimmt der/ die verstorbene das Leben des Trauernden?
- Gibt es Tabuisierungen im Zusammenhang mit dem/ der Verstorbenen?
- Wird das Thema Tod vermieden?
- Stellt sich die Frage nach dem eigenen Lebenssinn?
- Gibt es eigene Todeswünsche, Todessehnsucht oder Suizidgedanken?
- Gibt es körperliche Symptome oder allgemeine Missachtung körperlicher Bedürfnisse?
- Wird versucht, die Trauer mit Alkohol oder anderen Substanzen zu bewältigen?
- Bestehen private oder berufliche, finanzielle Schwierigkeiten?

Hilfreich ist der Einsatz **systemischer Fragetechniken**, um bei der trauernden oder traumatisierten Person festgefahrene Denkprozesse aufzuweichen und neue Sichtweisen zu finden:

Zirkuläre Fragen

Fragen über Vorstellungen:

- Was denken Sie über...? Was denken Sie, dass XY über Sie denkt?

Fragen über Handlungen:

- Was denken Sie werden Sie tun wenn...?

Hypothetische Fragen:

- Angenommen,....., was würden Sie denken / fühlen, was würden Sie tun?

Kreative Fragen

Erklärung des Problems:

- Welche Ideen haben Sie, wie das Problem entstanden sein könnte?

Verschieben der Zeitperspektive in die Zukunft:

- Wenn wir uns in einem halben Jahr wieder treffen und ich Sie frage, was aus dem Problem geworden ist, was werden Sie mir antworten?

Ausnahme:

- Wenn es Ihnen so schlecht geht, wie erkennen Sie es dann, wenn es Ihnen nicht mehr so schlecht geht?

Perspektivwechsel:

- Was glauben Sie, wie Ihr(e) Freund/in Ihr Problem beschreiben würde?

Fragen zur Möglichkeitskonstruktion

Fragen nach den Ressourcen:

- Was machen Sie gerne/was tut Ihnen gut?
- Was müssten Sie tun, um mehr davon zu machen?

Fragen nach Ausnahmen:

- Als es Ihnen nicht so schlecht ging, was haben Sie da anders gemacht?

5 Säulen der Identität

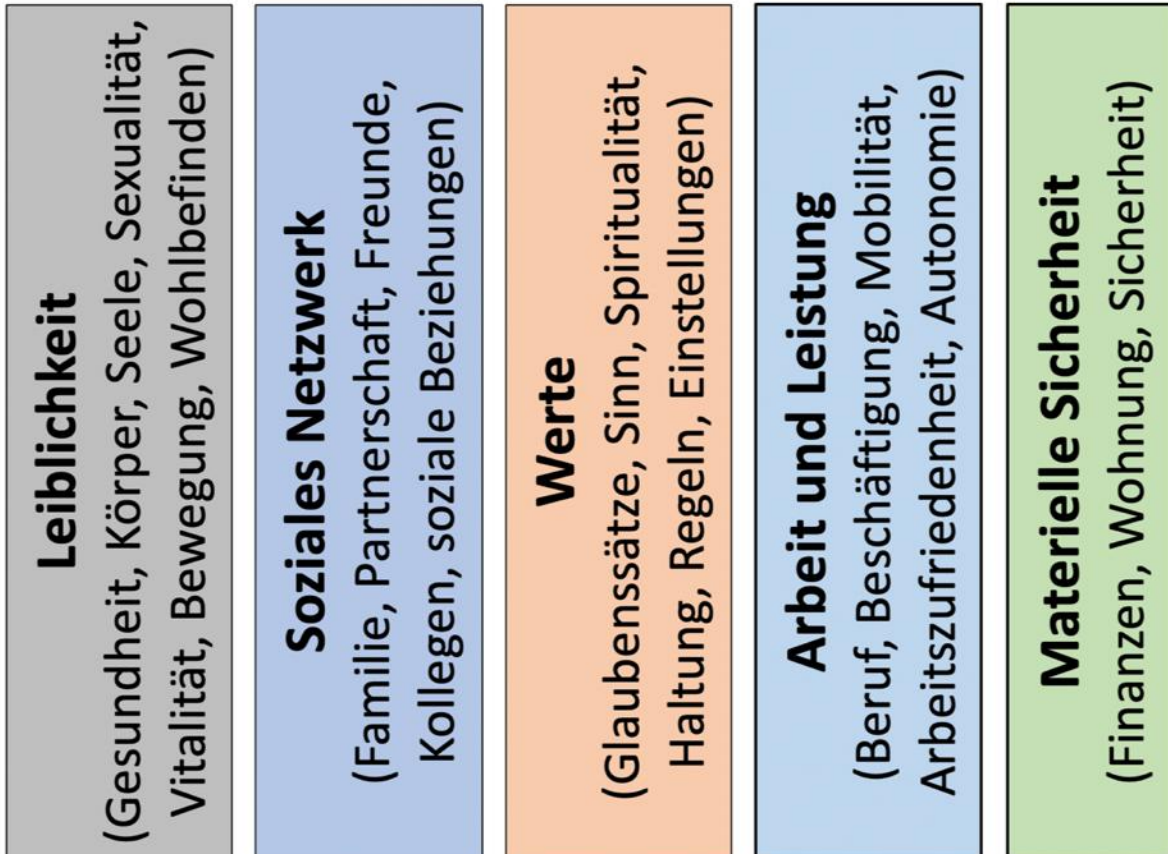
Hilarion Petzold entwickelte aus den 5 Säulen der Identität ein 5 Säulen Modell, das oft auch als **Lebenshaus** bezeichnet wird. Auf den 5 Säulen des Hauses ist das Dach errichtet, welches Identität, Zufriedenheit und persönliches Wohlbefinden symbolisiert.

Jede der 5 Säulen bildet einen Teil der menschlichen Identität und trägt damit zu persönlichen Erfüllung bei. Welchen Wert die einzelnen Säulen haben, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Während einige Menschen ihren beruflichen Erfolg priorisieren, ist anderen die Familie oder die Gesundheit wichtiger. Andere wiederum verfolgen starke Ideale, legen jedoch keinen Wert auf ihre berufliche Leistung.

Egal, wie das persönliche Lebenshaus aussieht, wenn jede Säule der Identität gepflegt wird und stabil ist, ist auch das Dach stabil und das Lebenshaus wird zu einer Quelle innerer Stärke und Resilienz. **Sind einzelne Säulen jedoch instabil, können persönliche Unsicherheiten, Identitätskrisen, Selbstzweifel und ein geringes Selbstwertgefühl die Folge sein.**

Säulen der Identität

(nach Hilarion G. Petzold)



Die Säulen bauen, stützen und tragen die Identität des Menschen.

Krisen, Trauma, Krankheit, älter werden, sterben und trauern stellen die Säulen und damit auch die Stabilität und Identität in Frage.

Mit dem Säulenmodell zu arbeiten kann eine hilfreiche Suche nach Ressourcen sein oder aber kann Klarheit bringen, welche Säulen stabil genug sind und welche gestärkt werden müssen.

Dauer einer Begleitung

Die Dauer der Trauerbegleitung ist individuell sehr verschieden, sie kann einige Monate bis zu einem Jahr dauern, in seltenen Fällen auch darüber hinaus. Zu erwartende Krisensituationen z.B. an Jahrestagen oder Feiertagen sollten angesprochen und bisher schon bewährte und neue Bewältigungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Wenn mehrere Angehörige bzw. Hinterbliebene in Beratung sind, ist ein häufiges Phänomen, dass sich die einzelnen Familienmitglieder in verschiedenen Trauerphasen befinden und/ auch auf verschiedene Art und Weise trauern. Das macht es nötig, für jede Person eine eigene Trauerbegleitung zu finden.

Ein ressourcenorientierter neuer Ansatz der Trauerbegleitung ist die hypno-systemische Arbeit nach R. Kachler (2010). Trauerarbeit wird als kreativer Beziehungsprozess verstanden, der zu einer neuen inneren sicheren und freien Beziehung zum Verstorbenen führt. Nicht das Loslassen, sondern die Liebe zum Verstorbenen steht im Zentrum des Trauerprozesses. Der verlorene geliebte Mensch und die Beziehung zu ihm werden zum Begleiter des Trauernden und damit zur Ressource.

Mehrpersonensetting/Mediation

Jenseits von richtig oder falsch liegt ein Ort.

Dort treffen wir uns.

(RUMI, afghanischer Dichter)

Was ist Mediation?

Mediation (lateinisch Vermittlung) ist ein **strukturiertes, freiwilliges Verfahren** zur konstruktiven Beilegung eines Konfliktes, bei dem **unabhängige, allparteiliche Dritte** die Konfliktparteien in ihrem Lösungsprozess begleiten.

Die Konfliktparteien, auch Medianten oder Medianden genannt, versuchen dabei, zu einer gemeinsamen Vereinbarung zu gelangen, die ihren Bedürfnissen und Interessen entspricht.

Der/die allparteiliche Dritte (ein/e Mediator/in) trifft keine eigenen Entscheidungen bezüglich des Konflikts, sondern ist lediglich für das Verfahren verantwortlich. Ob und in welcher Form ein/e Mediator/in selbst überhaupt inhaltliche Lösungsvorschläge macht, ist je nach Ausrichtung der Mediation unterschiedlich.

Die Mediation in ihrer heutigen Form entwickelte sich aus der Praxis der außergerichtlichen Konfliktregelung. Sie hat dabei Ansätze der **Konflikt- und der Verhandlungsforschung**, des **psychologischen Problemlösens**, der **Psychotherapie** sowie der **Systemischen Therapie** aufgegriffen. Eingeflossen sind auch Erkenntnisse aus den Fachgebieten **Konflikt- und Kommunikationswissenschaft** und **Humanistische Psychologie**, weshalb die Grundlagen des Verfahrens auf unterschiedlichen Quellen ruhen. In Deutschland hat sich das Verfahren seit etwa 1990 zunehmend etabliert und wurde auch empirisch evaluiert.

Die interdisziplinäre Entstehungsgeschichte der Mediation und ihre daraus folgende systematische Stellung zwischen psychosozialen, rechtswissenschaftlichen und verhandlungstheoretischen Ansätzen sowie das weitgehende Fehlen von (gesetzlichen) Vorgaben führen dazu, **dass es nur wenige allgemein anerkannte oder gar zwingende Vorgehensweisen in der Mediation gibt.**

Wo findet Mediation statt

Anwendungsfelder sind z.B.:

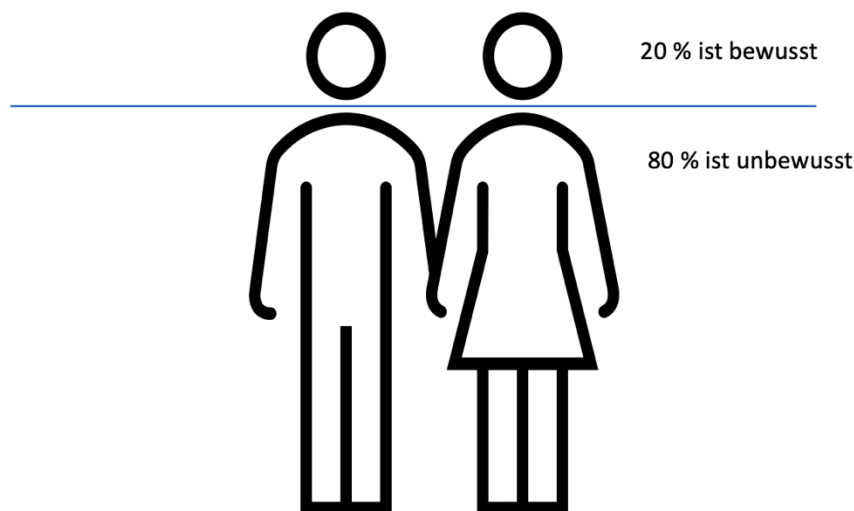
- **Trennungs- Scheidungsmediation**
- **Familienmediation** ist ein strukturiertes Verfahren, in dem Familienmitglieder in einem Konflikt – meistens die Eltern – mithilfe eines/r unparteiischen

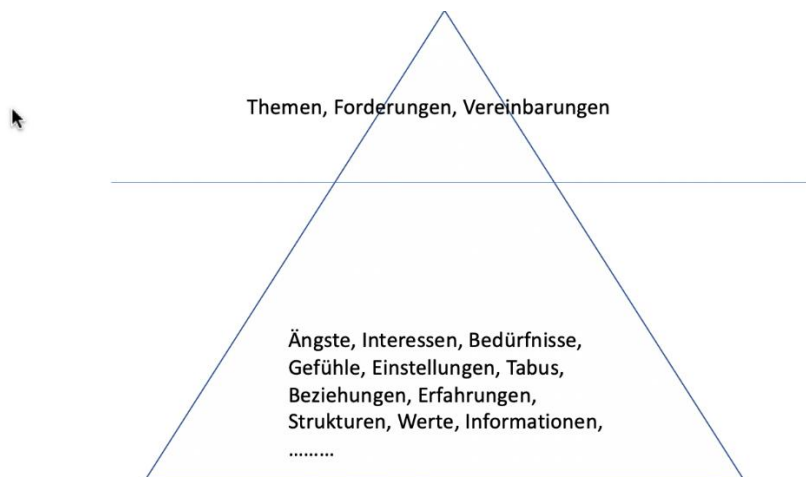
Mediators/in einen Weg finden, sich konstruktiv miteinander auseinanderzusetzen. Ziel ist es, den Konflikt durch Kommunikation und Austausch beizulegen und Lösungen zu finden, mit denen alle betroffenen Familienmitglieder einverstanden sind.

- **Paarmediation** richtet sich an zerstrittene Paare, die für einen eingrenzbaeren Bereich in eine Pattsituation geraten sind (die von beiden jeweils angestrebten Lösungen schließen sich gegenseitig aus).
- Im Vordergrund des **Täter-Opfer-Ausgleichs** steht die Kommunikation zwischen den beteiligten Parteien. Gemeinsam wird über das Geschehene gesprochen, wobei jeder der Beteiligten die Möglichkeit hat zu schildern, wie das Tatgeschehen erlebt wurde und welche Konsequenzen daraus für die Person resultierten. Über diese konstruktive Form der Konfliktbewältigung sollen die Beteiligten zu einer dauerhaften und Frieden stiftenden Lösung des Konfliktes gelangen.
- **Schulmediation**
- **Wirtschaftsmmediation**
- **Mieter-Vermieter-Mediation**

Also mind. 2 Beteiligte eines Konflikts die selbst am besten wissen, wie dieser zu lösen ist, und vom Mediator lediglich **beim Weg dorthin Unterstützung benötigen**.

Hilfreiche Grundlagen



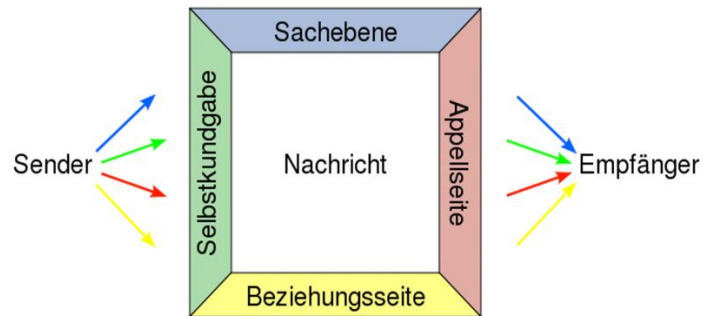


Konflikt

=

Kollision von
Standpunkten oder Interessen
unterschiedlicher Personen bzw. Gruppen
was meist mit
ausgeprägter Beteiligung des Gefühls geschieht.



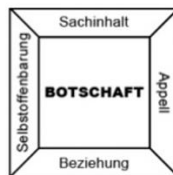


Das 4-Ohren-Modell

Hinter der **einen** Nachricht:
„Mir ist kalt!“



... stecken **VIER** verschiedene
Botschaften / Aspekte.



→ Um Missverständnisse zu vermeiden
müssen **alle Botschaften** erkannt werden!

Das 4-Ohren-Modell - Sender



Das 4-Ohren-Modell - Empfänger

Selbstoffenbarungsohr:

Was ist das für einer?
Was erfahre ich über ihn?



Sachohr:

Um welche Sache geht es eigentlich?

Beziehungsohr:

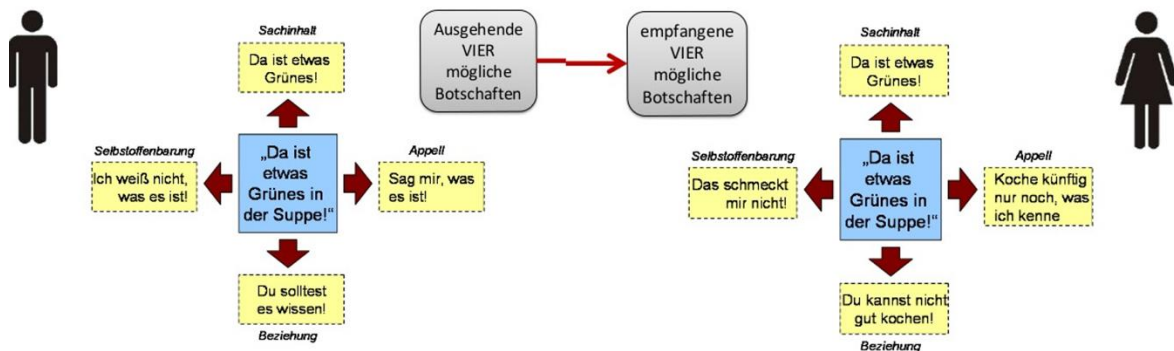
Wie stehen wir zueinander?
Wie spricht er mich an/ redet über mich?



Appellohr:

Was soll ich tun/ denken/ fühlen auf Grund der
Aussage meines Gegenübers?

Das 4-Ohren-Modell



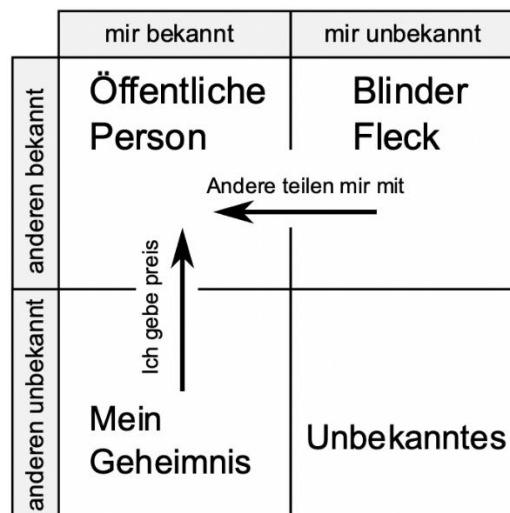
Das 4-Ohren-Modell: 8 Seiten einer Botschaft



Kommunikation: Partner-Bindungsstil

	Positives Selbstbild	Negatives Selbstbild
Positives Partnerbild	Sicherer Bindungsstil	Ängstlich-ambivalent, besitzergreifend
Negatives Partnerbild	Gleichgültig- vermeidend, abweisend	ängstlich-vermeidend

Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung. JOHARI-Fenster



Entwickelt wurde es 1955 von den amerikanischen Sozialpsychologen Joseph Luft und Harry Ingham. Die Vornamen dieser beiden wurden für die Namensgebung herangezogen. Mit Hilfe des Johari-Fensters wird vor allem der so genannte „blinde Fleck“ im Selbstbild eines Menschen illustriert.

Es spielt in der gruppendynamischen Arbeit seit den 1960er, 70er Jahren eine bedeutsame Rolle zur Demonstration der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung und gehört zum Standardrepertoire gruppendynamischer Modelle und Verfahren. Systematisch gehört es zur differentiellen und Persönlichkeitspsychologie, zu den Abwehrmechanismen, zur Sozialpsychologie und zur Gruppendynamik.

Öffentlich

Öffentlich ist alles, was ein Mensch von sich preisgibt, was also ihm selbst und anderen bekannt ist, mit anderen Worten: die Anteile der Persönlichkeit, die nach außen sichtbar gemacht und von anderen wahrgenommen werden.

- äußere Merkmale, wie zum Beispiel Erscheinungsbild, Umgangsformen oder körperliche Reaktionen,
- sowie – soweit diese nach außen erkennbar hervortreten – persönliche Eigenschaften, wie beispielsweise Ehrgeiz oder Ängstlichkeit, und
- innere Haltungen und Einstellungen, wie etwa Religiosität, Moral und ethische Werte.

Denn es sind aber vor allem die nicht-öffentlichen Bereiche, mit anderen Worten: die nicht-bewussten Faktoren, die für die Beziehungen zwischen Personen bestimmend sind.

Geheim

Geheim ist alles, was der Betroffene weiß und kennt – also was ihm bewusst ist, aber anderen entweder unwissentlich nicht zugänglich macht oder bewusst vor ihnen verbirgt.

Blinder Fleck

Unter dem ‚blinden Fleck‘ versteht man alles, was vom Betroffenen ausgesendet und vom Empfänger wahrgenommen wird, ohne dass sich der Betroffene dessen bewusst ist. Andere erkennen Verhaltensweisen und Merkmale, die der Betroffene bei sich selbst nicht wahrnimmt.

Unbekannt

Unbekannt ist alles, was weder dem Betroffenen noch anderen bekannt ist. Es handelt sich um unenthülltes Terrain, welches ergänzend zu den wahrgenommenen, reellen Tatsachen und als Kontinuum alles Möglichen, jedoch Unbekannten steht.

Da der weitaus größere Teil des ‚Eisbergs‘ Persönlichkeit unbekannt, also unbewusst ist, erklärt sich, dass dieser Quadrant einen beträchtlichen Anteil am gesamten Fenster einnimmt. Viele Faktoren, die eine Beziehung zwischen zwei Menschen ausmachen, sind auch in diesem Bereich des Fensters angesiedelt.

Mediation – aktiv oder passiv?

Mediator/in passiv

- Prinzip der Eigenverantwortlichkeit steht im Vordergrund
- Zurückhaltung Maximal – Begleitung des Prozesses

Mediator/in aktiv

- führt Schritt für Schritt den Austausch zwischen den Medianten von der Konflikterfassung und –analyse über die Vereinbarung bis zur Beilegung des Konflikts
- interveniert bei Kommunikationskrisen, bei heftigen Emotionen und drohenden Eskalationen
- sorgt für gegenseitiges Verstehen
- sorgt dafür, dass mehrere Optionen für die Beilegung des Konflikts erarbeitet werden, die dann mit Bezug auf die Anliegen, Wertorientierungen und Ansprüche der Konfliktparteien reflektiert und bewertet werden

Rolle des Mediators / der Mediatorin

Der Mediator / die Mediatorin leitet die Mediation **allparteilich bzw. allparteiisch**, das heißt, seine / ihre Haltung zeigt eine Bereitschaft zur Identifikation und Parteilichkeit mit jedem Beteiligten.

Diese Haltung geht deutlich über eine einfache Neutralität hinaus. Die inhaltliche Neutralität des Mediators erstreckt sich nicht auf seine Stellung gegenüber den Konfliktparteien.

So gleicht er beispielsweise ein Machtgefälle zwischen den Parteien aus, indem er vorübergehend als Sprachrohr der kommunikationsschwächeren Partei agiert.

Mediation -aktiv

Traumazentrierte Fachberatung kann direkt aktiv unterstützen:

- Settingvariable (Ort, sicher, geborgen, Wohlfühlatmosphäre)
- Traumatische Erfahrungen erlebt? = geändertes Verhalten / Kommunikation
- Traumatische Erlebnisse in der Kindheit? Stresstoleranzfenster?
- Bindungsstile (sicher, unsicher-ambivalent, unsicher-vermeidend, desorganisiert)?
- Kommunikationsverhalten
- Stabilisierung (Tresor/sicherer Ort etc.)
- Ressourcen - Aktivierung / Rekonsolidierung
- Psychoedukation

Trauma Informed Mediation (TIM)



Prozedurale Voraussetzungen für die Durchführung einer Mediation

Freiwilligkeit

- Alle Beteiligten einschließlich des Mediators können die Mediation jederzeit abbrechen.

Verschwiegenheit

- Der Mediator und die in die Durchführung des Mediationsverfahrens eingebundenen Personen äußern sich außerhalb der Mediation nicht zu den Verfahrensinhalten.

Eigenverantwortlichkeit der Parteien

- Die Lösung des Konflikts wird von den Parteien selbst entwickelt; der Mediator hat die Prozessverantwortung für die Gesprächs- bzw. Verhandlungsführung.

Ergebnisoffenheit

- Eine Mediation ist dann nicht möglich, wenn das Ergebnis bereits zu Beginn feststehen soll. Alle Konfliktparteien müssen mit einer gewissen Verhandlungsbereitschaft in die Mediation gehen.

Mediationsprozess



Phase 0: Vorphase

In der Vorphase findet ein Erstkontakt statt, die Parteien entschließen sich zu einer Mediation oder werden zu einer Mediation aufgefordert.

- Die Konfliktparteien an einen Tische bekommen
- Gute Atmosphäre schaffen: angenehmes Umfeld, entspannt, vertrauensvoll
- Mediator/in stellt sich vor, ‚Chemie-Check‘
- Organisatorische Fragen klären (Ort, Zeit, Ablauf, Kosten, etc.)

Phase 1: Einleitung

Grundsätzliches:

- Prinzip der Mediation erklären
- Rolle der MediatorInnen erklären: er ist ein neutraler Dritter, der die Kommunikation nur steuert und begleitet! Also: die falsche Vorstellung ‚Schiedsrichter? Wertevermittler? Höhere Instanz?‘ muss unbedingt vermieden werden.
- Erwartung der Beteiligten und offene Fragen klären
- Zeitrahmen und organisatorisches klären
- Verschwiegenheit
- Gemeinsame Regeln

Regeln

- Ausreden lassen
- Der Andere hört aufmerksam zu
- Gleiche Redezeit
- Nicht verletzen (Beleidigungen / Unterstellungen)
- MediatorInnen unterbrechen, falls Regeln nicht eingehalten werden
- Sitzungen / Gespräche sind vertraulich
- Handy aus
- Noch weitere Regeln gewünscht?

Phase 2: Identifizierung der Themen

Der erste inhaltliche Schritt wird in der zweiten Phase vorgenommen, in der mehr oder weniger der Umfang der Mediation geklärt werden muss. Mit ihr beginnt die eigentliche Konfliktbehandlung.

Die Themen werden benannt und dienen als ‚Fahrplan‘ der Mediation - ihr Ende ist erst erreicht, wenn alle Themen abgearbeitet wurden.

Sind alle Themen genannt, legen die Parteien gemeinsam fest, in welcher Reihenfolge die Themen bearbeitet werden sollen (mit dem dringendsten? mit dem einfachsten beginnen?). Allerdings bleibt die Liste offen und kann später vervollständigt werden, wenn einer Partei Themen einfallen!

Bei der Themensammlung ist Visualisierung an der Tafel / auf einem Flipchart sinnvoll. Wird dabei das Platz durch die Parteien geteilt (z. B. in Form einer Tabelle oder in Form von Spalten) müssen die Parteien stets gleichmäßig berücksichtigt werden.

Wichtig ist auch, dass alle in die Liste aufgenommenen Themen in die Zukunft gewandt sind - keine Vergangenheitsbewältigung, Schuldbearbeitung!

Neben der Unterstützung für Formulierung der Themen überwacht der Mediator / die Mediatorin lediglich - ob die Kommunikation freundlich ist, ob die Parteien ‚auf den Punkt kommen‘. Er stellt auch sicher, dass sich die Parteien gleichmäßig beteiligen - jeder nennt, was er bearbeitet haben möchte (ungestört!).

Phase 3: Konfliktgegenstände erfassen und strukturieren

Die Beteiligten erhalten nun die Gelegenheit, ihre Sicht des jeweiligen Aspekts des Konflikts zu jedem Themenpunkt umfassend darzustellen. Informationen, Daten Wahrnehmungen und Emotionen werden ausgetauscht, bevor auf die

unterschiedlichen und gemeinsamen Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der Parteien vertieft eingegangen und damit der Konflikt umfassend erhellt werden kann.

Es geht an diesem Punkt um das Verstehen der subjektiven Sichtweise jedes Beteiligten, darum, jeweils zu einzelnen Aspekten und Problemen Klärung und gegenseitiges Verständnis zu erreichen.

Darlegung der Sichtweisen

- Wer fängt an?
- Sichtweise von Person A erzählen lassen, ausschließlich im Dialog mit Mediator/in
 - Person B schweigt und hört zu: macht evtl. Notizen, Verständnisfragen dürfen gestellt werden
 - Mediator/in hört aktiv zu und stellt ggf. offene Fragen
- Zusammenfassung durch Mediator
- Sichtweise von Person B erzählen lassen, ausschließlich im Dialog mit Mediator/in
 - Person A schweigt und hört zu; macht evtl. Notizen, Verständnisfragen dürfen gestellt werden
 - Mediator/in hört aktiv zu und stellt ggf. offene Fragen
- Zusammenfassung durch Mediator

Phase 4: Lösungssuche und Tiefenstruktur des Konflikts aufdecken

- Konflikte evtl. in Teilkonflikte zerlegen
- Geht es um den dargestellten Konflikt oder um etwas anderes? Welchen guten Grund gibt es für die Symptomatik, das Verhalten?
- Was hat es mit der Lebensgeschichte zu tun? Bindungsstil?
- Mitteilung an die Gegenseite – nichtwertendes Klima schaffen
- Keine Schuldzuweisung
- Methodik: Hypnotherapeutische Vermutungen, vorsichtiges Spiegeln und Konfrontieren, aktives Zuhören

Erarbeitung von Optionen und Lösungen

- Was hält den Konflikt aufrecht?
- Welche Probleme sind durch den Konflikt entstanden?
- Hoffnung, auf produktive Konfliktbeilegung wecken
- Wie könnte eine Lösung aussehen und was braucht es dazu?
- Methodik: Zusammenfassen in eigenen Worten (Übersetzen), guten Grund aufzeigen, Transparenz, Hoffnung wecken, Brainstorming, Systeme berücksichtigen

Brainstorming

- keine Bewertung
- auch sinnloseste Beiträge willkommen!
- Flipchart zur Visualisierung nutzen!

Phase 5: Übereinkunft, Vereinbarungen

- Keine Scheinlösungen
- Alle Möglichkeiten geprüft
- Problem wirklich gelöst
- Funktioniert die Lösung in der Realität
- Wollen alle den Plan ausführen
- Fragen der Umsetzung und den Umgang mit zukünftigen Problemen klären
- Externe Hilfe notwendig (Therapeut; Arzt)
- Übereinkunft formulieren, auch schriftlich
- Abschluss – Ritual?

Controlling nach der Mediation

- Überprüfung und ggfs. Korrektur der Übereinkunft
- Umsetzen der vereinbarten Schritte
- Einhalten der Regeln
- Ggfs. weitere unterstützende Mediationssitzungen
- Hilfreich in der Bearbeitung der Schritte: Kommunikation mittels GfK
- Ich-Botschaften

Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg

1. Schritt: Die reine Beobachtung
2. Schritt: Gefühle
3. Schritt: Unsere Bedürfnisse
4. Schritt: Die Bitte

Hilfsmittel

- Flipchart: Welche Themen gibt es? / Was stört mich? / Was finde ich gut?
- Zwiegespräch
- Fluss zeichnen / Lebensfluss (Abschnitt) / Beziehungsfluss
- Lebenslinie legen
- Ressourcenlandkarte / Traumalandkarte
- Person gegenseitig positionieren - so wie sie auf einen selbst wirkt
- Psychoedukation, Kommunikationsmodelle
- Entspannungs- und Achtsamkeitstechniken
- JOHARI-Fenster

Diagnostik

Auswertung Essener Trauma-Inventar für Erwachsene (ETI)

Akute Belastungsstörung (ABS):

- DSM-IV Stressorkriterium A ETI-Item Nummer 18: A1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus mindestens 1 Intrusions-, 1 Vermeidungs-, 1 Hyperarousal- und 3 Dissoziations-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet (Teil B, 1-23)
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis max. 4 Wochen (Teil C, 24-27)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, 28)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD / PTBS):

- DSM-IV Stressorkriterium A ETI-Item Nummer 18: A_1= A1, A2, A3, A4 (mind. 1 Item muss positiv sein) und A2_= A5, A6, A7, A8 (mind. 1 Item muss positiv sein)
- Plus mindestens 1 Intrusions-, 3 Vermeidungs- und 2 Hyperarousal-Symptome mit mind. 3 (sehr oft) beantwortet (Teil B, 1-23)
- Dauer der Symptomatik sowie Abstand zum traumatischen Ereignis mind. 1 Monat (Teil C, 24-27)
- Klinische Beeinträchtigung in psychosozialen Funktionsbereichen mind. 1 (stark) vorhanden (Teil C, 28)

Der Internationale Trauma Questionnaire (ITQ)

- Ein kurzes und einfaches Verfahren, welches sich auf die Kernsymptome der PTBS und KPTBS bezieht und einfachen diagnostischen Regeln folgt. Der ITQ wurde in Übereinkunft mit den organisierenden Prinzipien der ICD-11 entwickelt, entsprechend der Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- Diese sind: die Maximierung des klinischen Nutzens und die Sicherung der internationalen Anwendbarkeit durch ein Fokussieren auf die Kernsymptome einer vorhandenen Störung. Der ITQ steht allen Interessierten zur Verfügung.
- Verfahren und Auswertungsanleitung siehe Anhang Skript.

International Trauma Interview (ITI)

- entwickelt von Neil Roberts, Marylene Cloitre, Jonathan Bisson, Chris R. Brewin
- strukturiertes Interview aus zwei Teilen.

- Teil 1 beinhaltet die Erfassung der PTBS-Symptome gemäß ICD-11 und Teil 2 beinhaltet die Erfassung der Symptome einer KPTBS gemäß ICD-11.
- Wichtig hierbei ist die Handreichung zur Anwendung und die entsprechende Vorbereitung des Interviews, um belastbare Ergebnisse zu erzielen.
- Verfahren und Auswertungsanleitung siehe Anhang Skript.

Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS)

- entwickelt von Ricky Greenwald
- bewährtes Traumascreening und TherapieevaluationsInstrument für Kinder ab 7 Jahren
- Ausfülldauer maximal 10 Minuten, Auswertung in 5 Minuten
- einfacher Summen-Wert wird ermittelt
- ‚gar nicht‘ = 0 Punkte, ‚etwas‘ = 1 Punkt und ‚sehr‘ = 2 Punkte.
- Der beste Cut-Off-Wert für eine ABR/PTBS-Diagnose liegt für den CROPS bei 19 Punkten

Parents Report of Post-Traumatic Symptoms (PROPS)

- entwickelt von Ricky Greenwald
- wird von den Eltern ausgefüllt
- einfacher Summen-Wert wird ermittelt
- ‚gar nicht‘ = 0 Punkte, ‚etwas‘ = 1 Punkt und ‚sehr‘ = 2 Punkte
- Der beste Cut-Off-Wert für eine ABR/PTBS-Diagnose 16 Punkten

Anhang