WZPP®

WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Traumapädagogik/ Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/FVTP)

Modul 8a/8b:

Vertiefung - Traumazentrierte Fachberatung

WZPP® - WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Alfred-Delp-Straße 2	Tel Büro 07965-802 7258	www.wzpp.de
D- 73430 Aalen	Tel Praxis 07965-802 7259	info@wzpp.de

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Inhalt

1. Traumazentrierte Fachberatung: Arbeitsfelder, Aufträge und Ziele 6
Arbeitsfelder 6
Mögliche Aufträge 6
Ziele der Traumaberatung 7
2. Traumapädagogik, Traumafachberatung und Traumapsychotherapie: Gemeinsamkeiten und Unterschiede 8
Begriffe und Arbeitsfelder 8
Beratungsansätze 8
Gemeinsamkeiten 10
3. Krisen erkennen und das passende Hilfesetting wählen 12
Interventionen: beratungsbezogene Verwendung und Abgrenzung 12
4. Beratungsplanung und Beratungsprozess 14
Klärung der Rahmenbedingungen und inneren Strukturen 14
Recht, Ethik und transparenter Beratungsauftrag 14
Finanzierung und Zugang zur Beratung 15
Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung 16
Person- und Settingvariablen in konkrete Anpassungen übersetzen 16
Kontaktaufnahme 18
Traumasensible Gesprächsführung im Erstkontakt 18
Anamnese 18
Hypothesenbildung 19
Vom Fallverstehen zum überprüfbaren Beratungsplan 19
Stabilisierendes Arbeiten je nach Auftrag 20
Abschluss, Abschied und Weiteranbindung 20
Indikationen zur Weiterverweisung 21
5. Spezielle Beratungssettings: Möglichkeiten und Grenzen 22
6. Trauerbegleitung 24
Definition des Trauerbegriffs 24
Phasen- und Aufgabenmodelle der Trauer 24
Anhaltende Trauerstörung und andere belastende Trauerverläufe 25
Aktuelle Kriterien einordnen 25
Umstände, die einen belastenden Verlauf begünstigen können 26
Beschwerden, nach denen im Gespräch gefragt werden kann 26
Kriterien zur Unterscheidung 27

Traumatische Trauer 27
Begleitung und Beratung Trauernder 28
Leitfaden für das Gespräch mit Trauernden (ergänzt nach Znoj, 2004) 28
Vertiefung Trauerberatung: ein Beratungsplan am Fall 29
7. Mehrpersonensetting und Mediation 31
Wo findet Mediation statt? 31
Voraussetzungen der Mediation 32
Traumasensible Mediation – Orientierung für das Vorgehen 32
Sicherheit und Rollenklärung in Paar- und Familienberatung 33
Konflikte verstehen: Konfliktbegriff und Eisbergmodell 33
Das Vier-Ohren-Modell (Kommunikationsquadrat) 34
Vier mögliche Seiten der Aussage „Mir ist kalt“ 35
Beispiel: „Da ist etwas Grünes in der Suppe!“ 35
Das Johari-Fenster 36
Historisches Vier-Kategorien-Modell der Erwachsenenbindung 37
Die mediierende Person: aktiv oder passiv? 37
Vorgehen bei der Mediation 38
Vorphase 38
Phasen der Mediation im Überblick 38
Phase 1: Einleitung 38
Phase 2: Identifizierung der Themen 39
Phase 3: Konfliktgegenstände erfassen und strukturieren 39
Phase 4: Interessen klären und Lösungen suchen 40
Phase 5: Übereinkunft 40
Umsetzungsphase und Controlling 41
Hilfsmittel 41
Das Zwiegespräch 41
1. Regel: Feste Zeiten, keine Störung 42
2. Regel: Jede Person spricht nur über sich selbst – so konkret wie möglich 42
3. Regel: Gleiche Verteilung der Sprechzeiten, kein Sprechzwang 42
Einzelgespräche in der Mediation 43
Vertiefung Paar- und Familienberatung: vom Streit zum Auftrag 43
8. Diagnostik und Screening – Instrumente fachgerecht einordnen 44
Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ): historischer DSM-IV-Bezug 44
PTBS-Abklärung bei Kindern und Jugendlichen 44
Essener Trauma-Inventar für Erwachsene (ETI): instrumentgebundene Auswertung 45

Aktuelle PTBS-Diagnostik 45
Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS) 45
Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms (PROPS) 46
Praxisübung: Screeningergebnisse rückmelden 46
Historisches Arbeitsblatt zu Veränderungsambivalenz 47
PROPS – historische Fassung als Lehrbeispiel 48
CROPS – Selbstbericht als Lehrbeispiel 49
9. Vertiefung: Praxisberatung in Jugendhilfe und Schule 50
Übung zur fallbezogenen Fachberatung 50
10. Lehrfall: Fallvorstellung nach dem Schema der Qualifizierung Traumapädagogik 52
1. Basisdaten 52
2. Anamnese 52
2.1 Familienklima 52
2.2 Mittlerfaktoren 54
2.3 Entwicklung der Ich-Funktionen 55
2.4 Transgenerationale Traumaweitergabe 56
2.5 Diagnostische Befunde 56
3. Die individuelle Belastung des Kindes 56
3.1 Prätraumatische Ausgangslage 56
3.2 Was ist passiert? Wann ist es passiert? Was waren die Umstände der traumatischen Erfahrungen? 57
3.3 Wie bewertet das Kind die Geschehnisse? 57
3.4 Welche Mechanismen des Selbstschutzes hat das Kind angewandt, welche Widerstandsformen hat es entwickelt? 57
3.5 Für wen hat das Kind Verantwortung übernommen? 58
3.6 Die Beziehungen unter Gleichaltrigen sowie das schulische Umfeld 58
3.7 Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung der Bezugspersonen 58
4. Traumabezogene Diagnostik 58
4.1 Welche entwicklungspsychologischen Beeinträchtigungen hat das Kind entwickelt? 58
4.2 Welche traumabezogenen Auswirkungen kannst du beschreiben bzw. wurden bereits diagnostiziert? 60
4.3 Beschreibe Übertragungen, Reinszenierungen und deine Gegenreaktionen; beschreibe die Gegenreaktionen im Team 61
5. Ressourcen des Kindes, der Herkunftsfamilie und des Umfeldes 62
5.1 Körperliche, soziale und psychische Stabilität 62
5.2 Talente 62
5.3 Glauben, spirituelle Ressourcen 62

5.4 Selbstwirksamkeitsüberzeugungen 62
6. Einfluss kultureller Bindungen bei Migrationshintergrund 62
7. Persönliche Belastung, Belastung des Teams 63
Persönliche Belastung 63
Belastungen des Teams 63
8. Hilfeplanung 63
8.1 Welche Interventionen erfolgten? 63
8.2 Welche Hilfen sind jetzt nötig bzw. sinnvoll? 64
9. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumapädagogischen Ausbildung 64
Literatur zum Lehrfall 64
11. Schema zur Fallvorstellung (Qualifizierung Traumafachberatung) 65
1. Basisdaten 65
2. Anamnese 65
3. Diagnostische Befunde 65
4. Die individuelle Belastung der ratsuchenden Person 65
5. Beratungsbezogenes Fallverstehen und vorliegende klinische Befunde 66
6. Ressourcen der ratsuchenden Person und des direkten Umfeldes 66
7. Persönliche Belastung, Belastung des Teams 66
8. Hilfeplanung 66
9. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumafachberaterischen Ausbildung 67
12. Literatur 68

1. Traumazentrierte Fachberatung: Arbeitsfelder, Aufträge und Ziele

Traumafachberatung findet sich in verschiedensten Bereichen der Beratung und des Coachings wieder. Je nach Setting müssen neben den traumaspezifischen Aspekten 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.

Arbeitsfelder

Traumazentrierte Fachberatung findet man unter anderem in folgenden Bereichen:

- Telefonseelsorge, Sorgentelefon
- Psychische erste Hilfe (PEH)
- Berufs- und Karriereberatung, Arbeitslosenberatung
- Schuldnerberatung
- 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
- Trauerberatung
- Beratung von Hochrisikopopulationen und -organisationen
- Beratung im 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
- Beratung im Kontext der Behindertenhilfe
- Beratung im Kontext von Schulen und schulischen Beratungsdiensten, Beratung im Kontext Kindergarten und Frühförderung

Mögliche Aufträge

Die inhaltlichen Aufträge sind breit und sollten bereits im Vorfeld bzw. Erstgespräch geklärt und aufgezeigt werden.

- Prävention
- Krisenintervention/Suizidberatung

- Telefon- und Online-Beratung (kein face-to-face)
- „Geschickte“ Klientinnen und Klienten: äußerer Auftrag oder Sanktionsdruck; eigene Ziele und verfügbare Entscheidungsspielräume gemeinsam klären.
- Traumaberatung außerhalb einer Beratungsstelle, z. B. aufsuchende Familienhilfe oder Straßensozialarbeit: Sicherheit, Privatsphäre und erreichbare Unterstützung vor Ort prüfen.
- Zeitlich stark befristete Settings, z. B. für Lokführerinnen und Lokführer nach Personenunfällen
- Klientinnen und Klienten in Ausnahmesituationen, z. B. bei akutem Schockzustand oder unter Drogeneinfluss

Ziele der Traumaberatung

Je nach Kontext und Auftrag kann Traumaberatung folgende Ziele verfolgen:

- 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 und Selbstbemächtigung (Empowerment): Selbsthilfe und eigene Entscheidungen fördern, Hilfebedarf anerkennen und Verantwortung gemeinsam so verteilen, dass weder Abhängigkeit noch Überforderung verstärkt werden.
- Unterstützung des Selbstausdrucks und der Gestaltungskraft
- Die Klientinnen und Klienten sollen mehr Einfluss auf ihr Handeln gewinnen und automatische Stressreaktionen zunehmend erkennen, einordnen und regulieren können.
- Belastende Wiederholungsmuster gemeinsam erkennen und sichere neue Handlungsmöglichkeiten entwickeln; eine Wiederholung ist weder gewollt noch aus dem Verhalten allein beweisbar.
- Hilfen zur Überwindung von Loyalitätskonflikten gegenüber der Ursprungsfamilie

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

2. Traumapädagogik, Traumafachberatung und Traumapsychotherapie: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Traumapädagogik und traumazentrierte Fachberatung verbinden psychotraumatologisches Wissen mit den jeweiligen pädagogischen, psychosozialen und beraterischen Theorien und Methoden. Beratung kann sich an Betroffene, Angehörige, Fachkräfte oder Organisationen richten.

Die **beratenden Berufsgruppen** sind gewohnt und geübt, mit den Beeinträchtigungen der traumatisierten Menschen im Alltag konfrontiert zu sein und deren **Verbesserung als direktes Ziel** in der Beratungsplanung zu berücksichtigen.

Begriffe und Arbeitsfelder

Das DeGPT/FVTP-Curriculum unterscheidet mehrere Aufträge, die in der Praxis sorgfältig vereinbart werden müssen. Eine Zusatzqualifikation erweitert Fachkompetenz, ersetzt aber keine erforderliche berufliche Grundqualifikation oder Heilkundeerlaubnis (DeGPT/FVTP, 2025; PsychThG § 1; HeilprG § 1).

Arbeitsfeld	Auftrag und typischer Gegenstand
Traumaberatung	Direkte psychosoziale Unterstützung betroffener Menschen und ihrer Bezugspersonen: Orientierung, Schutz, Alltagsbewältigung, Rechte, Ressourcen und Zugang zu passenden Hilfen.
Traumazentrierte Fachberatung / Praxisberatung	Traumabezogenes Fachwissen für einen konkreten Beratungsauftrag nutzen. In der Praxisberatung sind Fachkräfte, Teams oder Einrichtungen die Ratsuchenden; es geht z. B. um Fallverstehen, Beziehungsgestaltung, Schutzkonzepte und institutionelle Abläufe. Betroffene werden dadurch nicht automatisch zu eigenen Klientinnen oder Klienten.
Traumacoaching	Ein klar begrenzter, vereinbarter Entwicklungs- oder Arbeitsauftrag, z. B. Rückkehr in den Beruf oder Umgang mit einer belastenden Führungsaufgabe. Ziele des Arbeitgebers und der ratsuchenden Person werden getrennt; vertrauliche Inhalte gehen nicht automatisch an die zahlende Stelle.
Traumapsychotherapie	Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen mit psychotherapeutischen Verfahren durch entsprechend befugte und qualifizierte Behandelnde. Beratung kann begleitend praktische und soziale Aufgaben übernehmen.

Beratungsansätze

Die folgende Übersicht ordnet typische Denk- und Arbeitsweisen ein. Sie ist keine Rangliste der Wirksamkeit. Die Auswahl richtet sich nach Anliegen, Lebenslage und Qualifikation; aus einem

gemeinsamen Werkzeug wird nicht automatisch derselbe Auftrag (DGfB, 2020; DeGPT/FVTP, 2025).

Ansatz	Leitidee und Umsetzung in der Fachberatung
Klientenzentriert	Die subjektive Bedeutung verstehen, empathisch zuhören und wertschätzend rückmelden. Beispiel: „Was ist Ihnen an dem heutigen Gespräch besonders wichtig?“ Keine Bewertung darüber, welche Gefühle richtig sind.
Systemisch	Beziehungen, Wechselwirkungen und institutionelle Bedingungen erkunden. Unterschiedliche Aufträge sichtbar machen; mit Perspektivwechseln arbeiten, ohne Gewalt als gleich verteilten Beziehungskonflikt zu erklären.
Psychoanalytisch orientiert	Wiederkehrende Erwartungen, Beziehungserfahrungen und eigene Gegenreaktionen reflektieren. Deutungen als überprüfbare Hypothesen anbieten; aus Abwehr oder Schweigen kein verborgenes Ereignis ableiten.
Verhaltensorientiert	Konkrete Auslöser, Verhalten und Folgen beschreiben; hilfreiche Alltagsschritte planen und üben. Beispielsweise einen überfordernden Behördenkontakt in vorbereitete Teilaufgaben zerlegen.
Lösungsorientiert	Ausnahmen, bereits Gelungenes, Ressourcen und kleine erreichbare Ziele erkunden. Eine Skalierungsfrage ergänzt das Zuhören; sie ersetzt weder Gefährdungsabklärung noch materielle Unterstützung.
PITT-orientierte Ressourcenarbeit	Aus dem Ansatz von Reddemann können Mitgefühl, Distanzierung und freiwillige hilfreiche Vorstellungen für einen Beratungsauftrag genutzt werden. Passung und Wirkung gemeinsam prüfen; keine Erinnerungen durch Imagination „ermitteln“ und keine unbemerkte Übernahme eines psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans (Reddemann, 2021).
Sozialraumorientierung / Community Counselling	Zugang zu Wohnraum, Bildung, Arbeit, sozialen Netzen, Rechten und gemeinschaftlichen Ressourcen mitgestalten. Wiederholte Terminprobleme können z. B. durch fehlendes Fahrgeld oder Kinderbetreuung entstehen.

Übung zur Rollenklärung: Eine Führungskraft bezahlt drei Gespräche nach einem Überfall und verlangt anschließend einen Bericht über die „psychische Belastbarkeit“ einer Mitarbeiterin. Formulieren Sie getrennt den Auftrag der Mitarbeiterin, das zulässige Angebot der Beratung und die Grenze gegenüber einer Begutachtung. Vereinbaren Sie vor dem ersten Gespräch, ob lediglich die Teilnahme oder überhaupt etwas zurückgemeldet werden darf. Benennen Sie eine Alternative, falls eine klinische Abklärung erforderlich ist.

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Gemeinsamkeiten

Traumaberatung, Traumapädagogik und Traumapsychotherapie können sich in einem abgestimmten Hilfesystem ergänzen. Überschneidungen bei Beziehungsgestaltung, Psychoedukation und Ressourcenarbeit sind möglich. Auftrag, Ziel, Qualifikation, berufliche Befugnis und Verantwortung bestimmen den Einsatz einer Methode; ihre bloße Bezeichnung entscheidet nicht darüber.

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

Ziele von Traumaberatung 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
- Gemeinsame Überprüfung von Selbst- und Fremdwahrnehmungen unter Berücksichtigung tatsächlicher Gefahren und Beziehungserfahrungen
- Zukunftsvisionen wagen

Beratung und Therapie erschließen Ressourcen und unterstützen neue Handlungsschritte. In der Beratung kann etwa ein selbst gewählter, sicherer Alltagskontakt eingeübt werden. Gezielte traumafokussierte Exposition zur Behandlung einer psychischen Störung gehört in einen qualifiziert verantworteten psychotherapeutischen Behandlungsplan. Schutz vor realer Gewalt ist keine dysfunktionale Vermeidung (DeGPT, 2026).

Beide regen zur Reflexion eigener und fremder Perspektiven an. Wahrnehmungen werden gemeinsam überprüft; sie werden nicht vorschnell als verzerrt abgewertet. Die tatsächlichen Lebensbedingungen und möglichen Gefahren bleiben Teil dieser Prüfung.

Beide würdigen die mögliche Schutz- und Bewältigungsfunktion bisherigen Verhaltens, ohne jedes Symptom als Traumafolge oder jede Strategie als damals bestmöglich zu erklären. Heutige Folgen, Alternativen und die Verantwortung für schädigendes Handeln werden mitbedacht.

Beide vermitteln verständliches Wissen über mögliche Traumafolgen, Ressourcen und Selbstregulation. Art und Umfang stabilisierender Unterstützung richten sich nach Bedarf; eine lange vorgeschaltete Stabilisierungsphase ist keine allgemeine Voraussetzung evidenzbasierter Traumapsychotherapie (DeGPT, 2026).

Für helfende Berufsgruppen sind Innehalten, Verstehen und Reflektieren wesentlich. Belastendes Verhalten kann mit Schutzversuchen zusammenhängen; gleichzeitig gelten klare Grenzen gegen Gewalt und Gefährdung. Fachkräfte benötigen Wissen, verlässliche institutionelle Unterstützung, Supervision und Selbstfürsorge. Verständnis verlangt nicht, Übergriffe auszuhalten.

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

3. Krisen erkennen und das passende Hilfesetting wählen

Folgende Hinweise erfordern eine zeitnahe, konkrete Gefährdungseinschätzung und gegebenenfalls ein anderes Hilfesetting:

- **Suizidgedanken und -handlungen:** aktuell nach Gedanken, Absicht, Plan, verfügbaren Mitteln, Vorbereitung, früheren Versuchen und erreichbarer Unterstützung fragen.
- **Zunehmende Selbstverletzung, Kontrollverlust bei Substanzkonsum oder schwere Intoxikation:** Verletzungen und körperliche Risiken zeitnah medizinisch abklären.
- **Akute psychotische Symptome, schwere Desorientierung oder deutlich eingeschränkte Kontaktfähigkeit:** zeitnahe fachärztliche beziehungsweise notfallmedizinische Abklärung.
- **Hinweise auf erhebliche körperliche Gefährdung, etwa bei Essstörungen, Unterernährung, Kreislaufproblemen oder Bewusstseinsstörungen:** medizinische Einschätzung veranlassen.
- **Zunehmende dissoziative Beschwerden, fortgesetzte Gewalt oder Täterkontakt:** aktuelle Sicherheit, medizinische Ursachen und Bedarf an spezialisierter Hilfe prüfen.

Bei unmittelbarer Lebensgefahr, schwerer Bewusstseinsstörung oder akut nicht beherrschbarer Selbst- beziehungsweise Fremdgefährdung wird der Rettungsdienst über 112 hinzugezogen. Bis zur Übergabe Kontakt und Schutz im Rahmen der eigenen Möglichkeiten sichern. Suizidgedanken oder Substanzkonsum allein bedeuten nicht automatisch stationäre Aufnahme oder Zwangsunterbringung; das geeignete Setting wird anhand der konkreten Gefahr, körperlichen Situation und verfügbaren Unterstützung fachlich entschieden (NICE, 2022).

Eine freiwillige, gemeinsam vorbereitete Überleitung ist anzustreben. Freiheitsentziehende Maßnahmen benötigen eine einschlägige gesetzliche Grundlage und die zuständige fachliche beziehungsweise gerichtliche Entscheidung; Fachberatung ordnet sie nicht allein aufgrund einer Checkliste an. Anlass, Abklärung, Beteiligte und Übergabe werden dokumentiert. Ein gemeinsamer Sicherheitsplan und verbindliche Anschlusskontakte sind hilfreicher als ein vermeintlich absichernder „Antisuizidvertrag“ (Stanley et al., 2018). Die Beratung bleibt im vereinbarten Rahmen ansprechbar und stimmt die Weiterbegleitung mit dem Hilfesystem ab (NICE, 2022; siehe Basismodul Krisenintervention).

Interventionen: beratungsbezogene Verwendung und Abgrenzung

Intervention	Beratungsbezogene Verwendung und Abgrenzung
Psychoedukation, äußere Sicherheit und Alltag	Zentrale mögliche Beratungsaufgaben: verständlich informieren, praktische Sicherheit und Versorgung organisieren, Teilhabe und Alltag strukturieren. Keine Heilungszusage.
Stabilisierung, Selbstregulation und Ich-Funktionen	Orientierung, Distanzierung, Bedürfnisse, Grenzen und Handlungsmöglichkeiten fördern; gemeinsam erproben, dosieren und auswerten. Nicht jedes Verfahren passt zu jeder Person.

Intervention	Beratungsbezogene Verwendung und Abgrenzung
Innere Sicherheit und Imagination	Freiwillige unterstützende Vorstellungen, offene Augen oder äußere Orientierung als Alternativen. Bei stärkerer Belastung oder Dissoziation anpassen oder beenden.
Stabilisierende Teile-, Ego-State- und Innere-Kind-Arbeit	Ambivalenzen und Selbstmitgefühl können mit persongewählten Metaphern erkundet werden. Daraus folgen keine Diagnose eigenständiger Persönlichkeitsanteile und kein Nachweis bestimmter früher Ereignisse.
Aufdeckende Arbeit, Täterintrojekte und komplexe Dissoziation	Negative Selbstüberzeugungen können im Beratungsauftrag besprochen werden. Zielgerichtete störungsspezifische Behandlung, vertiefte Erinnerungsbearbeitung oder die Behandlung dissoziativer Identitätsproblematik erfordern entsprechende klinische Qualifikation und Befugnis.
Bilaterale Stimulation und EMDR	Ein freiwilliges beruhigendes Selbsttapping oder rhythmisches Wechseln kann als Regulationsangebot im passenden Auftrag erprobt werden. Es ist dadurch keine EMDR-Behandlung. Gezielte traumafokussierte EMDR zur Störungsbehandlung verlangt klinische Indikation, qualifizierte Durchführung und Heilkunde-Befugnis.
Psychodynamische Reflexion	Eigene Gegenreaktionen und Beziehungsmuster reflektieren. Aussagen über unbewusste Ursachen bleiben Hypothesen; keine suggestive Aufdeckung oder autoritative Biografiedeutung.

Entscheidend ist das Ziel der Intervention: psychosoziale Unterstützung, Praxisberatung oder heilkundliche Behandlung.

Voraussetzungen sind verständliche Aufklärung, Freiwilligkeit, passende Qualifikation, beobachtete Verträglichkeit und eine vereinbarte Stoppmöglichkeit.

Bei jeder Methode werden Nutzen, Belastung und Auswirkungen auf den Alltag gemeinsam überprüft.

Die Zusatzqualifikation allein erweitert keine gesetzlichen Heilkunde-Befugnisse (PsychThG § 1; HeilprG § 1).

Traumapädagogik, traumazentrierte Fachberatung und Traumapsychotherapie können Selbstwirksamkeit, Ressourcen und Entwicklung fördern. Ihre Zusammenarbeit benötigt abgestimmte Ziele, klare Zuständigkeiten und einen transparenten Informationsaustausch.

4. Beratungsplanung und Beratungsprozess

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? (ratsuchende Person, System, Beratende etc.)
- Wie ist meine innere Haltung (Übertragung/Gegenübertragung)?

Recht, Ethik und transparenter Beratungsauftrag

Vor Beginn wird geklärt: Wer ist ratsuchende Person, wer beauftragt und bezahlt, was soll sich verändern und welche Leistungen sind vereinbart? Ein verständlicher Beratungsvertrag kann auch in einfacher Sprache oder mündlich erläutert und dokumentiert werden. Er enthält Ziel, Umfang, Erreichbarkeit, Kosten, Absageregeln, Vertraulichkeit, mögliche Rückmeldungen an Dritte und den Umgang mit Krisen. Im Zwangs- oder Pflichtkontext werden nicht vorhandene Freiheiten nicht versprochen; vorhandene Wahlmöglichkeiten werden ausdrücklich benannt.

In Deutschland ist die Ausübung von Heilkunde rechtlich geregelt. Die Berufsbezeichnung, das Ziel und die tatsächliche Tätigkeit sind zu unterscheiden: Soziale Konfliktklärung, Teilhabeförderung oder alltagsbezogene Unterstützung sind nicht allein deshalb Psychotherapie, weil sie psychologisch wirksam sind. Die Feststellung, Heilung oder Linderung psychischer Krankheiten mit psychotherapeutischen Mitteln benötigt die entsprechende Befugnis. Eine DeGPT/FVTP-Weiterbildung verleiht diese nicht selbst. Bei einem Doppelberuf wird ein Rollenwechsel ausdrücklich vereinbart, dokumentiert und mit den jeweiligen rechtlichen Anforderungen verbunden (PsychThG § 1; HeilprG § 1).

Ethische Grundlage sind Würde, Selbstbestimmung, Nichtdiskriminierung und eine überprüfbare professionelle Beziehung. Die ratsuchende Person entscheidet mit, darf widersprechen und Angebote ablehnen. Nähe und Abhängigkeiten werden reflektiert; sexuelle, wirtschaftliche oder weltanschauliche Ausnutzung ist unvereinbar mit der Beratungsrolle. Die eigenen Werte werden nicht zum verpflichtenden Lebensentwurf. Beschwerden müssen ohne Nachteile möglich sein; ein zugänglicher Beschwerdeweg wird genannt (DGfB, 2020).

Vertraulichkeit wird konkret erklärt. § 203 StGB erfasst bestimmte Berufsgruppen, etwa Berufspsychologinnen und Berufspsychologen , staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Beraterinnen und Berater in öffentlich-rechtlich anerkannten Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Jugend- und Suchtberatungsstellen (§ 203 Abs. 1 Nr. 2, 4 und 6 StGB); nicht jede selbst gewählte Beratungsbezeichnung begründet automatisch dieselbe strafrechtliche Schweigepflicht. Unabhängig davon sind die einschlägigen Datenschutz- und Vertragsregeln zu beachten. Für

Gesundheitsdaten braucht es eine passende Rechtsgrundlage nach Art. 6 und 9 DSGVO, begrenzte Zwecke, Datensparsamkeit und gesicherte Zugriffe. Informationsweitergabe wird auf das Erforderliche begrenzt und, soweit passend, konkret mit der Person vereinbart; eine pauschale Schweigepflichtentbindung an „alle Beteiligten“ ist keine gute Regelpraxis (StGB § 203; DSGVO).

Die Grenzen der Vertraulichkeit werden vorab beschrieben. Bei gewichtigen Hinweisen auf Kindeswohlgefährdung gilt je nach Beruf und Träger das Verfahren nach § 8a beziehungsweise § 8b SGB VIII und § 4 KKG; fachliche Beratung, Beteiligung und Information des Jugendamts werden entsprechend den gesetzlichen Voraussetzungen organisiert. Die betroffene Person wird einbezogen, soweit der Schutz dadurch nicht gefährdet wird. Für akute Gefahren gelten der Notfallplan und die einschlägigen Offenbarungsbefugnisse. Dokumentiert wird, warum welche Information an wen weitergegeben wurde. Die Einzelheiten der Gefährdungseinschätzung werden im Basismodul Krisenintervention vertieft.

Finanzierung und Zugang zur Beratung

Die Finanzierung beeinflusst Zugang und Umfang, darf aber nicht verdeckt über die Ziele der Person entscheiden. Vor einer Zusage wird geprüft, welches konkrete Angebot zuständig ist und was tatsächlich finanziert wird. Eine Traumafachberatungsqualifikation ist für sich keine Abrechnungszulassung und begründet keine automatische Kostenübernahme.

Finanzierungsweg	Was vorher geklärt wird
Öffentlich oder gemeinnützig finanzierte Beratungsstelle	Zielgruppe, Zuständigkeit, Zugang, Wartezeit, Leistungsumfang und mögliche Eigenkosten transparent benennen. In der Kinder- und Jugendhilfe sind z. B. die Beratungsaufträge nach §§ 16–18 und 28 SGB VIII relevant; Hilfeplanung und örtliche Angebote beachten.
Betrieblicher oder institutioneller Auftrag	Auftraggeber, Kosten, Anzahl der Gespräche und Berichtspflichten getrennt vereinbaren. Der Geldgeber erhält keine automatischen Ansprüche auf persönliche Gesprächsinhalte.
Selbstzahlung	Honorar, Dauer, Absagekosten, Grenzen und mögliche kostengünstige Alternativen vor Beginn verständlich vereinbaren. Keine Erfolgs- oder Erstattungsversprechen.
Klinische Behandlung / Soziale Entschädigung	Bei Behandlungsbedarf den Zugang zum zuständigen Versorgungssystem unterstützen. Nach Gewalttaten kommen unter den gesetzlichen Voraussetzungen Schnelle Hilfen nach SGB XIV in Betracht: Fallmanagement und Traumaambulanz. Sie sind nicht mit jeder frei angebotenen Traumaberatung gleichzusetzen (BMAS, 2023; SGB XIV §§ 29–31).

Praxisbeispiel: Eine Person kann wegen fehlenden Fahrgelds nicht regelmäßig erscheinen. Zunächst werden erreichbare Angebote, Fahrtmöglichkeiten, sichere Telefontermine und Unterstützung bei Anträgen geprüft. Die Schwierigkeit wird nicht vorschnell als geringe Motivation bewertet. Bei begrenzter Finanzierung werden Abschluss und Anschluss früh

besprochen; eine stille Verlängerung kostenpflichtiger Gespräche ohne neue Vereinbarung entfällt.

Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung

Eine knappe Verlaufsnotiz enthält Datum und Beteiligte, Auftrag, die wesentlichen Angaben der Person, eigene Beobachtungen, gemeinsam vereinbarte Ziele und Schritte sowie offene Fragen. Berichte anderer werden als solche gekennzeichnet; Diagnosen werden mit Quelle und Datum übernommen. Beobachtung und Hypothese bleiben getrennt: „verlässt bei lautem Streit den Raum“ ist eine Beobachtung; „möglicherweise Überlastung“ ist eine Hypothese. Detaillierte Traumaerzählungen werden nicht vorsorglich gesammelt. Aufbewahrung, Einsichtsrechte, Löschung und sichere Übermittlung richten sich nach dem jeweiligen Rechts- und Trägerrahmen (DSGVO; bei Jugendhilfe zusätzlich §§ 61–65 SGB VIII).

Evaluation beginnt mit einem gemeinsam verständlichen Ziel. Beispiel: „Ich kann den nächsten Termin beim Jugendamt mit einer selbst gewählten Begleitung wahrnehmen.“ Zu Beginn, an vereinbarten Zwischenpunkten und am Ende wird geprüft, was im Alltag leichter oder schwerer geworden ist. Eine einfache Selbsteinschätzung von 0 bis 10 kann Gesprächshilfe sein, ist jedoch kein normierter Test. Neben Fortschritten werden Belastungen durch die Beratung, neue Risiken, Abbrüche und unerwartete Folgen erfragt. Ein zufriedener Abschluss allein belegt keine kausale Wirksamkeit der Methode.

Qualitätssicherung umfasst drei Ebenen: verlässliche Strukturen mit qualifizierten Fachkräften, Sprachmittlung, Vertretung und Notfallwegen; nachvollziehbare Prozesse mit Auftrag, Beteiligung und abgestimmter Überleitung; sowie Ergebnisse, die aus Sicht der Person und ihres Alltags überprüft werden. Regelmäßige Supervision, kollegiale Fallberatung, Fortbildung und eine Auswertung von Beschwerden oder Zwischenfällen führen zu konkreten Änderungen im Angebot. Fallbesprechungen verwenden nur die notwendigen, möglichst anonymisierten Informationen (DeGPT/FVTP, 2025; DGfB, 2020).

Übung „Ein Termin, eine nachvollziehbare Notiz“: Verwenden Sie eine fiktive Beratungssituation. Schreiben Sie in fünf Sätzen Anlass und Auftrag, die Sicht der Person, eine eigene Beobachtung, eine ausdrücklich vorläufige Hypothese sowie den nächsten Schritt mit Zuständigkeit und Überprüfungstermin. Eine zweite Person markiert unklare Diagnosen, Wertungen und unnötige Identifikationsmerkmale. Überarbeiten Sie die Notiz so, dass die ratsuchende Person sie verstehen und korrigieren könnte.

Person- und Settingvariablen in konkrete Anpassungen übersetzen

Die folgenden ausgewählten Variablen werden nicht als starre Gruppenmerkmale behandelt. Entscheidend ist die konkrete Person. Beratung fragt nach Selbstbezeichnung, Lebenslage und gewünschten Hilfen, statt aus Alter, Geschlecht, Herkunft oder Behinderung eine Erklärung abzuleiten.

Variable	Konkrete Anpassung
Alter und Entwicklung	Kinder erhalten kurze, anschauliche Erklärungen, Spiel- und Visualisierungsmöglichkeiten und altersgerechte Beteiligung. Sorgeberechtigung und Vertraulichkeit klären. Bei Jugendlichen eigene Gesprächsanteile ermöglichen; bei älteren Menschen Hör-, Seh-, Mobilitäts- und Verlustbelastungen berücksichtigen, ohne automatisch Demenz anzunehmen.
Verständigung und kognitive Voraussetzungen	Ein Gedanke pro Satz, Bilder oder Unterstützte Kommunikation, Pausen und Rückfragen in eigenen Worten. Bei Demenz oder intellektueller Beeinträchtigung situative Einwilligungs- und Kommunikationsfähigkeit prüfen und eine geeignete Vertrauensperson nach Wunsch und Rechtslage einbeziehen.
Gender und Diversity	Gewalt-, Diskriminierungs- und Versorgungserfahrungen offen erfragen; geschlechtliche und sexuelle Identität respektieren. Wünsche zu Fachkraft, Anrede, Begleitung und körperlicher Nähe besprechen, ohne Gruppenzugehörigkeit mit Trauma gleichzusetzen.
Kultur, Sprache und Religion	Bedeutung von Beschwerden, familiäre Erwartungen, Trauerrituale und hilfreiche Gemeinschaften erfragen. Bei Bedarf qualifizierte Sprachmittlung mit klarer Rolle und Vertraulichkeit einsetzen; Kinder und möglicherweise gewaltausübende Angehörige sind dafür keine geeignete Standardlösung.
Strukturelle Gewalt und soziale Teilhabe	Wohnungsnot, Rassismus, unsicherer Aufenthalt, Armut, Barrieren und institutionelle Macht in die Zielplanung aufnehmen. Neben Selbstregulation konkrete Zugangsprobleme bearbeiten; soziale Benachteiligung nicht psychologisieren.
Einzel-, Mehrpersonen- und Organisationssetting	Im Einzelkontakt persönliche Ziele und Vertraulichkeit sichern; im Mehrpersonensetting unterschiedliche Interessen, Macht und Informationsgrenzen klären; in der Organisationsberatung Zuständigkeit, Leitungshandeln und Arbeitsbedingungen bearbeiten.
Dauer, Zugang und Auftrag	Im einmaligen Kontakt ein erreichbares Anliegen und einen Anschlussweg priorisieren. Bei längerem Verlauf Ziele wiederholt überprüfen. Niedrigschwellige, aufsuchende und angeordnete Kontakte benötigen jeweils andere Vereinbarungen zu Ort, Freiwilligkeit und Rückmeldung.

Übung: Eine 16-jährige Person kommt auf Anweisung der Schule, versteht komplexe Texte schlecht und fürchtet eine Rückmeldung an die Eltern. Planen Sie die ersten zehn Minuten: eigene Sicht erfragen, den tatsächlichen Schulauftrag erläutern, einfache Sprache wählen und die Grenzen der Vertraulichkeit erklären. Lassen Sie die Person einen kleinen eigenen Nutzen

formulieren. Ergänzen Sie, welche Zuständigkeit und Rechtslage Sie vor einer Datenweitergabe prüfen müssen.

Kontaktaufnahme

- Wie sind Termine möglich? Offene Sprechstunde, Terminvereinbarung etc.
- **Beziehungsaufbau:** Ressourcen und gewünschte Unterstützung erfragen, Atmosphäre und Gesprächsform abstimmen. Beziehungserwartungen erkunden, ohne aus dem Erstkontakt einen Bindungsstil zu diagnostizieren. Externe Aufträge und eigene Anliegen unterscheiden.
- Transparenz aufzeigen, maximaler Kontrast zur traumatischen Situation, Vertraulichkeit schaffen
- Auftrag/Erwartungen klären – realistische Möglichkeiten aufzeigen
- Mögliche Schutz- und Bewältigungsfunktionen von Beschwerden verstehen; aktuelle Auslöser, andere Ursachen und Belastungen mitprüfen.
- **Methodik:** Pacing und Leading, auf Gegenübertragungsimpulse achten, reflektiertes versus reflexhaftes Handeln

Traumasensible Gesprächsführung im Erstkontakt

Der Beginn gibt Orientierung: Name und Rolle, verfügbare Zeit, Ablauf und Wahlmöglichkeiten erklären. Fragen Sie zuerst nach dem heutigen Anliegen und danach, was das Gespräch erleichtern würde. Eine ausführliche Traumaerzählung ist keine Eintrittskarte in die Beratung. Offene Fragen, kurze Zusammenfassungen und eine Rückfrage wie „Habe ich Sie richtig verstanden?“ machen Missverständnisse korrigierbar.

Wenn die Person still wird, wegschaut oder das Thema wechselt, zunächst nachfragen statt Widerstand oder Dissoziation zu diagnostizieren. Beispielsweise: „Ist die Frage gerade zu viel, unklar oder einfach nicht passend?“ Bei steigender Anspannung kann ein kurzer Blick in den Raum, Wasser oder eine Pause angeboten werden. Berührungen und Übungen erfolgen nur nach Absprache. Die Person entscheidet, ob und wie sie fortsetzen möchte.

Eigene Rettungsimpulse, Ärger oder das Gefühl, unbedingt eine Ursache finden zu müssen, werden als Anlass zur Selbstreflexion genutzt. Beziehungserwartungen können den Kontakt beeinflussen; sie beweisen keinen Bindungsstil und keine Absicht, Helfende zu steuern. Ein Konflikt wird offen repariert: Missverständnis benennen, eigenen Anteil übernehmen, Wirkung erfragen und eine neue Vereinbarung treffen (siehe Basismodul Bindung und Beziehung).

Anamnese

- Trauma-/ Ressourcenlandkarte
- Lebenslinie/Biographiearbeit
- Genogrammarbeit
- **Stressorbezogen und mehrperspektivisch denken:** Welche Belastungen sind bekannt? Welche Funktion könnte ein Verhalten haben? Welche anderen Erklärungen sind möglich? Eine plausible Hypothese ist noch kein Nachweis einer Traumabiografie.
- **Beratungsbezogene Bedarfserhebung:** Beschwerden, Ressourcen, Alltag und Sicherheit besprechen; Screening nur passend zur Qualifikation. Klinische Diagnostik bei Bedarf vermitteln.

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

Hypothesenbildung

- Was habe ich verstanden?
- Welche Beschwerden und Schutzversuche werden berichtet oder beobachtet? Was spricht für die jeweilige Hypothese, was dagegen? Welche Information fehlt noch?
- Was hat das mit der Lebensgeschichte zu tun? Die Welt aus den Augen der ratsuchenden Person sehen …
- Was ist das Ziel/Anliegen/Erwartungen von wem? Was ist mein Auftrag und kann ich diesem gerecht werden?
- Welche Ressourcen haben die ratsuchende Person und das System?
- Was braucht die ratsuchende Person, um ihr Ziel zu erreichen? Ist das Ziel realistisch? Was könnten Zwischenziele sein?
- Gibt es widersprüchliche Bedürfnisse oder belastende Selbstüberzeugungen? Teilemetaphern nur gemeinsam und nachvollziehbar verwenden; daraus keine verborgenen Persönlichkeitsanteile oder Tatgeschehen ableiten.
- Welche Fähigkeiten zur Wahrnehmung, Benennung und Regulation von Gefühlen sind aktuell verfügbar? Welche Unterstützung, Sprache und Dosierung helfen? Aus gegenwärtigen Schwierigkeiten lässt sich weder Zeitpunkt noch Art eines früheren Traumas bestimmen.
- Ist das System sicher? Täterkontakt? Rechtliches beachten?
- Ist das System unterstützend? Müssen Netzwerke aktiviert werden?
- Reinszenierungen im Kontakt/System?
- **Methodik:** Soziogramm, Organigramm, Ressourcenlandkarte, Skalierungsfragen, Perspektivwechsel und vorsichtiges Reframing. Aufstellungen oder „Was wäre, wenn“-Fragen als freiwillige Veranschaulichung nutzen, nicht als Tatsachenermittlung. Eigene Gegenreaktionen und alternative Erklärungen in der Supervision prüfen.

Vom Fallverstehen zum überprüfbaren Beratungsplan

Der Beratungsprozess folgt einem flexiblen Arbeitsbogen: Kontakt und Auftrag klären, Bedarf und Sicherheit einschätzen, Ziele vereinbaren, passende Schritte erproben, Wirkung überprüfen und Abschluss oder Übergang gestalten. Die Phasen können sich überlappen; neue Gewalt, ein Wohnungsverlust oder eine Krise machen eine erneute Sicherheits- und Auftragsklärung nötig. Dies ist kein vorgeschriebener Ablauf „Stabilisierung – Konfrontation – Integration“ für jede Beratung.

Planungsfrage	Beispiel einer gemeinsamen Vereinbarung
Anliegen und heutige Belastung	„Beim Elternabend werde ich so angespannt, dass ich nicht hingehe.“ Zunächst klären, ob reale Bedrohung, Verständigungsprobleme oder andere Hindernisse bestehen.

Planungsfrage	Beispiel einer gemeinsamen Vereinbarung
Ziel der Person	„Ich möchte ein Gespräch über die Unterstützung meines Kindes führen können.“
Nächster kleiner Schritt	Termin mit einer vertrauten Begleitperson vereinbaren, zwei Anliegen aufschreiben und eine kurze Pause als Möglichkeit vorab absprechen.
Verantwortung und Ressourcen	Die Person wählt Begleitung und Anliegen; die Beratung unterstützt auf Wunsch bei der Kontaktvorbereitung. Die Schule nennt eine feste Ansprechperson.
Überprüfung und Anpassung	Nach dem Termin besprechen: Was gelang? Was belastete? Was braucht eine Änderung? Bei anhaltend erheblicher klinischer Symptomatik zusätzlich eine passende Behandlung vermitteln.

Übung: Formulieren Sie zu einem eigenen anonymisierten Fall zwei konkurrierende Erklärungen und ein Ziel in den Worten der ratsuchenden Person. Entwerfen Sie eine Maßnahme, die auch dann hilfreich wäre, wenn Ihre bevorzugte Erklärung falsch ist. Prüfen Sie anschließend, ob das Ziel erreichbar, der Beitrag jeder beteiligten Stelle klar und der Überprüfungstermin vereinbart ist.

Stabilisierendes Arbeiten je nach Auftrag

- Stabilisierungsarbeit (verschiedene Übungen siehe Modul 2), besonders auf Körperebene
- Triggerkontrolle, Notfallkoffer, Achtsamkeitsübungen
- **Biografie- und Narrativarbeit im vereinbarten Beratungsauftrag:** selbst gewählte Lebensereignisse, Bedeutungen und Ressourcen; keine erzwungene detaillierte Traumaerzählung.
- Belastende Gedanken gemeinsam prüfen und hilfreiche realistische Sichtweisen entwickeln; reale Benachteiligung und Gefahr nicht positiv umdeuten.
- Psychoedukation
- **Lösungsorientiertes Arbeiten:** erreichbare Schritte und Eigeninitiative unterstützen, notwendigen Beistand anbieten und Überforderung vermeiden.
- Das System im Blick haben, es bei Bedarf beraten und 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

Abschluss, Abschied und Weiteranbindung

Leitfragen zum 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?

Der Abschluss wird bereits bei der Auftragsklärung vorbereitet und rechtzeitig wieder aufgegriffen. Gemeinsam wird auf konkrete Veränderungen, hilfreiche Fähigkeiten und offene Anliegen geschaut. Die Person erhält eine verständliche Zusammenfassung der selbst gewählten nächsten Schritte. Es wird geklärt, ob die Beratung endet, pausiert oder in ein anderes Angebot übergeht und wie ein erneuter Kontakt möglich ist.

Abschied kann Erleichterung, Traurigkeit, Ärger, Angst oder wenig sichtbare Reaktion auslösen. Diese Reaktionen dürfen angesprochen werden, ohne sie als Beweis einer frühen Bindungsstörung zu deuten. Ein vorzeitiges Ende wird respektvoll besprochen; erreichbar gebliebene Personen erhalten auf geeignetem Weg eine klare Abschluss- oder Anschlussinformation. Bei akuter Gefährdung wird der dafür vereinbarte Schutz- und Übergabeprozess ausgelöst. Eigene Enttäuschung, Rettungswünsche und Verlängerungsimpulse gehören in die Reflexion.

Ein hilfreicher Abschlussplan benennt frühe Belastungszeichen, selbst gewählte hilfreiche Schritte, erreichbare Vertrauenspersonen, die zuständige Anlaufstelle und das Vorgehen im Notfall. Er beschreibt Zuständigkeiten realistisch; eine Beratungsstelle mit Sprechzeiten ist kein rund um die Uhr erreichbarer Krisendienst. Mit Einverständnis kann ein erster Anschlusskontakt gemeinsam vorbereitet werden.

Indikationen zur Weiterverweisung

Anlass	Passende nächste Unterstützung
Anhaltende, belastende oder funktionell einschränkende traumaassoziierte Beschwerden	Psychotherapeutische beziehungsweise fachärztliche Abklärung. Bei PTBS sind leitliniengerechte traumafokussierte Psychotherapien relevant; Beratung kann parallel Alltag und Teilhabe unterstützen (DeGPT, 2026).
Andere vorrangige Probleme	Je nach Bedarf z. B. hausärztliche Abklärung, psychiatrische Behandlung, Suchtberatung, spezialisierte Essstörungsversorgung oder trauerspezifische Behandlung; nicht jede Belastung nach Trauma ist eine PTBS.
Fortgesetzte Gewalt oder soziale Notlage	Schutz- und Fachberatungsstellen, Jugendhilfe, qualifizierte Rechtsberatung, Sozialleistungs-, Wohnungs- oder Schuldnerberatung. Die passende Hilfe wird mit der Person ausgewählt.
Akute Gefährdung oder schwere medizinische Auffälligkeit	Sofortige geeignete Krisen- oder Notfallversorgung; keine Wartezeit bis zum nächsten regulären Beratungstermin. Die aktuelle Gefährdung wird konkret eingeschätzt und übergeben.

Eine Überweisung wird nicht nur als Adresse ausgehändigt. Fragen Sie, ob das Angebot erreichbar, finanzierbar, sprachlich zugänglich und akzeptabel ist. Vereinbaren Sie auf Wunsch einen begleiteten Erstkontakt, notwendige Informationen und die Zuständigkeit bis zum Übergang. Prüfen Sie beim vereinbarten Folgetermin, ob der Kontakt zustande kam. Wenn Hilfe abgelehnt wird, Gründe und Alternativen erkunden; akute Schutzpflichten bleiben davon getrennt.

5. Spezielle Beratungssettings: Möglichkeiten und Grenzen

Die folgende Übersicht fasst Möglichkeiten und Grenzen in besonderen Beratungssituationen zusammen.

Situation	Mögliches Vorgehen	Grenze und Anschluss
Prävention	Wissen über Belastungsreaktionen, Schutzfaktoren, Rechte und verfügbare Hilfe vermitteln; Arbeitsbedingungen und soziale Unterstützung verbessern.	Keine PTBS-Prävention durch verpflichtendes emotionales Durcharbeiten oder einmaliges psychologisches Debriefing versprechen (DeGPT, 2026).
Krise und Suizidgedanken	Direkt und ruhig nach aktueller Gefährdung fragen; gemeinsam Sicherheit und nächste Hilfe organisieren.	Kein Summenwert oder Versprechen ersetzt die konkrete Einschätzung; bei unmittelbarer Gefahr Notfallversorgung.
Telefon und Online	Identität beziehungsweise gewünschte Anonymität, Kommunikationskanal, Privatsphäre und Rückrufmöglichkeiten klären; kurze klare Fragen und Zusammenfassungen nutzen.	Fehlende Sicht auf körperlichen Zustand und Umgebung berücksichtigen. Bei akuter Gefahr möglichst Aufenthaltsort und erreichbare Hilfe klären; Grenzen eines anonymen oder zeitversetzten Kanals erklären.
Angeordneter oder vermittelter Kontakt	Externen Auftrag, mögliche Folgen und eigene Entscheidungsräume offenlegen; ein kleines eigenes Anliegen der Person suchen.	Keine Freiwilligkeit behaupten und keine vertraulichen Inhalte ohne passende Grundlage an die zuweisende Stelle geben.
Aufsuchende Beratung	Vor Ort Sicherheit, Privatsphäre, Beteiligte, Ausstiegsmöglichkeit und erreichbare Unterstützung klären. Materielle Hilfe und Orientierung haben oft Vorrang.	Ein Wohn- oder Unterkunftsort ist nicht automatisch ein sicherer Gesprächsort. Bei Gewalt oder Überwachung kein belastendes Gespräch erzwingen.
Stark befristeter Kontakt	Ein Anliegen priorisieren, praktische Hilfe und Orientierung geben, einen verständlichen nächsten Schritt vereinbaren.	Keine umfassende Lebensgeschichte oder garantierte Traumaverarbeitung erwarten; ein Anschlussangebot konkret benennen.
Schock, Intoxikation, stark eingeschränkte Ansprechbarkeit	Einfache Orientierung, körperliche Sicherheit und medizinischen Bedarf prüfen; kurze unterstützende Anwesenheit.	Keine komplexe Entscheidungs- oder Erinnerungsarbeit verlangen. Bewusstseinsstörung und medizinische Gefahr brauchen entsprechende Versorgung.

Rollenspiel „Ein Anruf mit engem Zeitfenster“: Eine Person ruft nach einem belastenden Vorfall an, spricht stockend und berichtet, gerade allein zu sein. Die beratende Person klärt in

ruhigen, kurzen Schritten das Anliegen, die aktuelle Umgebung, unmittelbare körperliche Gefahren und gewünschte Unterstützung. Wird ein Todeswunsch geäußert, folgen direkte Fragen nach Absicht, Plan, Mitteln und aktuellem Handlungsdruck. Je nach Ergebnis werden eine erreichbare Vertrauensperson, ein Krisendienst oder bei unmittelbarer Gefahr 112 einbezogen. Keine ausführliche Ereignisschilderung verlangen. Zum Ende lässt die Person den nächsten Schritt in eigenen Worten wiederholen.

Auswertung des Rollenspiels: Wurde zunächst geklärt, ob die Person sicher sprechen kann? Waren Kontaktabbruch und Rückruf bedacht? War die Gefährdung konkret statt nur mit „geht es Ihnen besser?“ angesprochen? War eine zuständige Hilfe tatsächlich erreichbar? Benennen Sie außerdem eine Grenze Ihres Settings, die Sie transparent gemacht haben. Bei einer reinen Chatberatung muss ein zeitversetztes Antwortfenster ausdrücklich erklärt werden.

6. Trauerbegleitung

Trauer kann Verluste nach belastenden Ereignissen und in allen Phasen eines Unterstützungs- oder Therapieprozesses betreffen. Phasenmodelle können Orientierung geben; Trauer beginnt jedoch nicht erst nach einer abgeschlossenen Stabilisierung oder Traumabearbeitung und muss keinem festen Ablauf folgen (Reddemann, 2021).

„Traumatische Trauer“ beschreibt Trauer unter besonders belastenden Todesumständen oder mit zusätzlichen traumaassoziierten Beschwerden. Der Begriff ist keine eigenständige Diagnose. PTBS, anhaltende Trauerstörung und Depression können gemeinsam oder unabhängig voneinander auftreten und werden getrennt geprüft.

„Komplizierte Trauer“ ist ein älterer, uneinheitlich verwendeter Sammelbegriff. Aktuelle Klassifikationen beschreiben die anhaltende Trauerstörung (Prolonged Grief Disorder, PGD) mit konkreten Kriterien. Intensität, Dauer und kultureller Kontext sind zu beachten; starke Trauer allein ist keine Krankheit (WHO, 2024; APA, 2022).

> Trauma kann mit Verlusten verbunden sein; nicht jeder Verlust erfüllt jedoch ein klinisches Traumakriterium. Trauer verdient Unterstützung auch dann, wenn keine Traumafolgestörung vorliegt.

Ähnlich wie nach einem Trauma können in der Trauer grundlegende Annahmen über das Leben, über den Sinn des eigenen Lebens, über die Welt und gegebenenfalls über Gott erschüttert werden (Janoff-Bulman, 1992).

Definition des Trauerbegriffs

Trauern ist eine Reaktion auf verschiedene Arten von Verlust. Neben dem Verlust durch Tod gibt es viele andere Verlusterlebnisse, wie z. B. dass man gewisse 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.

Trauer ist eine vielgestaltige Reaktion auf Verlust und kann Gefühle, Körpererleben, Denken, Verhalten und Beziehungen betreffen. Menschen können im Verlauf neue Fähigkeiten oder Perspektiven entwickeln; Verlust und Leid sind dafür weder notwendig noch eine Pflicht zum persönlichen Wachstum.

Der Tod ist die unbarmherzigste, unwiederbringliche und endgültige Form des Verlusts. Der Trauerprozess, in dem es 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.

Phasen- und Aufgabenmodelle der Trauer

Historisches Modell: fünf häufig benannte Reaktionen nach Elisabeth Kübler-Ross (1969). Kübler-Ross beschrieb sie ursprünglich anhand von Gesprächen mit schwer kranken, sterbenden Menschen; erst später wurden sie auf Trauernde übertragen. Die Liste beschreibt

keine verbindliche Reihenfolge oder Pflichtphasen der Trauer (Elisabeth Kübler-Ross Foundation, o. J.):

- Leugnen
- Zorn
- Verhandeln
- Depression
- Zustimmung (Akzeptanz)

Ein eigenes Phasenmodell der Trauer beschrieb Verena Kast (1982): Nicht-wahrhaben-Wollen, aufbrechende Emotionen, Suchen und Sich-Trennen sowie neuer Selbst- und Weltbezug. Auch diese Phasen dienen der Orientierung und sind keine feste Abfolge.

Die vier Aufgaben des Trauerns nach Worden (2025):

1. Die Wirklichkeit des Verlustes verstandes- und gefühlsmäßig annehmen.
2. Den Trauerschmerz verarbeiten.
3. Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen – äußerlich, innerlich und spirituell.
4. Eine tragfähige innere Verbindung zur verstorbenen Person finden und sich zugleich dem eigenen weiteren Leben zuwenden.

Phasen- und Aufgabenmodelle können unterschiedliche Erfahrungen benennbar machen. Reaktionen können sich überlappen, wiederkehren oder ausbleiben; auch ihre Intensität nimmt nicht notwendigerweise gleichmäßig ab. Jahrestage und neue Lebensereignisse können Trauer erneut verstärken. Für eine feste Abfolge von Trauerphasen gibt es keine empirische Bestätigung; kein Modell legt fest, wie eine Person „richtig“ trauern muss (Stroebe et al., 2017).

Ob professionelle Abklärung erforderlich ist, wird anhand anhaltender Beschwerden, Belastung, Alltagsbeeinträchtigung und Kontext geprüft. Das vermeintliche Auslassen oder „Steckenbleiben“ in einer Modellphase ist kein Diagnosekriterium.

Anhaltende Trauerstörung und andere belastende Trauerverläufe

Eine deutsche repräsentative Bevölkerungsbefragung aus Oktober bis Dezember 2021 umfasste 2.509 Personen, darunter 1.071 Hinterbliebene; nach Ausschluss fehlender Angaben wurden 1.062 Hinterbliebene ausgewertet. Je nach ICD-11-/DSM-5-TR-Algorithmus ergab sich in dieser Gruppe eine geschätzte Punktprävalenz anhaltender Trauerstörung von 4,7–6,8 %. Die Angaben beruhen auf Fragebogenkriterien, nicht auf klinischen Einzelinterviews. Sie sind keine allgemeine Quote für jeden Verlust oder jede Beratungsstelle (Treml et al., 2024).

Aktuelle Kriterien einordnen

Eine anhaltende Trauerstörung bezieht sich auf den Tod eines nahestehenden Menschen. Bei ICD-11 stehen andauernde Sehnsucht oder gedankliche Beschäftigung mit der verstorbenen Person und intensiver seelischer Schmerz im Mittelpunkt; die Reaktion besteht mindestens sechs Monate und überschreitet die im jeweiligen sozialen, kulturellen oder religiösen Kontext erwartbare Trauer deutlich. Erhebliche Funktionsbeeinträchtigung gehört zur Beurteilung. DSM-5-TR setzt bei Erwachsenen mindestens zwölf Monate seit dem Tod voraus, bei Kindern und Jugendlichen sechs Monate; zusätzliche Symptome und klinisch bedeutsame Belastung oder Beeinträchtigung müssen geprüft werden. Die Zeitgrenze allein stellt keine Diagnose (WHO, 2024; APA, 2022; APA, o. J.).

Unterstützung setzt keine Diagnose und kein Abwarten dieser Zeiträume voraus. Bei Suizidgedanken, schwerer Selbstvernachlässigung, erheblicher Beeinträchtigung oder anderen akuten Problemen wird sofort passend geholfen. Andere Verluste, etwa Heimat, Gesundheit oder Beziehung, können ebenfalls intensive Trauer auslösen; die spezifischen Kriterien der anhaltenden Trauerstörung werden darauf nicht einfach übertragen.

Umstände, die einen belastenden Verlauf begünstigen können

Folgende Umstände können einen belastenden Verlauf begünstigen; sie stellen allein keine Diagnose und erlauben keine sichere individuelle Vorhersage (Lobb et al., 2010):

- plötzlicher, unerwarteter Tod
- Suizid
- gewaltsame Todesumstände
- Tod eines Kindes
- kumulative Trauer (vorhergehende Trauer oder andere Verluste)
- Tabu oder Geheimnis (Suizid, verschwiegene Beziehung)
- belastende Beziehungskonstellation mit dem Verstorbenen (konfliktreiche, ambivalente oder abhängige Beziehung)
- Schuldzuschreibungen oder Ohnmachtserleben (z. B. keine ausreichende Hilfe geleistet zu haben)
- unzureichende Bearbeitungsmöglichkeit (Überlebensmanagement, Existenzsicherung der Trauernden im Vordergrund)
- Mangel an sozialer Unterstützung (Freunde ziehen sich zurück bis zur gesellschaftlichen Ausgrenzung)

Beschwerden, nach denen im Gespräch gefragt werden kann

Mögliche Hinweise auf Belastung sind anhaltende innere Unruhe, starkes Beschäftigtsein, ausgeprägter Rückzug, Angst oder emotionales Taubheitsgefühl. Solche Erfahrungen sind unspezifisch und können auch in nicht krankhafter Trauer vorkommen. Entscheidend sind das eigene Erleben, Verlauf, Beeinträchtigung und weitere mögliche Ursachen.

Möglich sind auch katastrophisierendes Denken („worst case“), selbstschädigendes Verhalten (riskantes Autofahren, Suchtmittelkonsum, Vernachlässigung eigener Erkrankungen) sowie Vermeidungsverhalten, auch in Bezug auf neue Kontakte und Beziehungen (Angst vor erneutem Verlust).

Anhaltende intensive Sehnsucht oder eine beherrschende gedankliche Beschäftigung mit der verstorbenen Person können zentral für eine anhaltende Trauerstörung sein. Erinnerungsrituale, zeitweise Idealisierung und eine innere Beziehung zum verstorbenen Menschen sind für sich genommen keine Störung (WHO, 2024).

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.

Zusätzlich können etwa depressive, Angst-, Zwangs- oder substanzbezogene Beschwerden auftreten. Eine akute Belastungsstörung oder PTBS wird nur bei erfülltem Ereignisbezug und

den jeweiligen weiteren Kriterien erwogen. Die verschiedenen Problembereiche werden differenziert abgeklärt.

Kriterien zur Unterscheidung

Zur normalen Trauer gehören (Znoj, 2004):

- Wiederaufleben von Fragen, Konflikten, Gefühlen, früheren Verlusten, die scheinbar überwunden waren
- Erleben von anderen Gefühlen als Trauer, wie z. B. Scham, Schuld, Wut
- Das Gefühl, dass ein Teil von einem selbst gestorben ist
- Selbstmitleid
- Das Gefühl, dass die Beziehung, die Liebe bleibt
- Die Traurigkeit verstärkt sich bei bestimmtem Verhalten, etwa beim Hören einer speziellen Musik
- **Die verstorbene Person zeitweise hören, sehen oder ihre Anwesenheit spüren:** Dies kann im Trauerkontext auftreten und ist nicht automatisch eine Psychose. Anhaltende Verwirrtheit, deutlicher Realitätsverlust, erhebliche Belastung oder Gefährdung benötigen fachliche Abklärung.
- Ärger, Hass auf andere, die leben und nicht trauern
- Dinge nicht ändern wollen

Historische Beschreibungen belastender Trauerverläufe (keine aktuellen diagnostischen Unterkategorien):

- **Trauer bei ungewissem Verlust:** Wenn eine Person vermisst wird, fehlt möglicherweise Gewissheit über Tod oder Weiterleben. Das ist nicht automatisch Verleugnung; Beratung unterstützt das Leben mit der Ungewissheit.
- **Zeitversetzt erlebte oder zunächst wenig sichtbare Trauer:** Alltagsanforderungen, Versorgung von Kindern und verfügbare Unterstützung können beeinflussen, wann und wie Gefühle ausgedrückt werden.
- Traumatische Trauer
- Sich überlagernde Trauer (mehrere Verluste durch Tod oder etwas anderes, z. B. Heimatverlust, kurz hintereinander)
- **Lange anhaltender Trauerschmerz:** Eine fortdauernde Verbindung oder ein gegebenes Versprechen ist nicht an sich krankhaft. Belastung, Funktionsbeeinträchtigung und kulturelle Erwartungen sind gemeinsam zu prüfen.
- **Vorherrschende andere Gefühle wie Wut oder Schuld:** Diese können zum Trauerprozess gehören und sollten ohne vorschnelle Wertung erkundet werden.
- **Stark körperlich erlebte Trauer, etwa Schmerzen oder Atembeschwerden:** ernst nehmen und bei Bedarf medizinisch abklären; körperliche Ursachen nicht vorschnell ausschließen.

Traumatische Trauer

Bei belastenden Todesumständen können Erinnerungsbilder, Vermeidung oder Alarmreaktionen den Trauerprozess erschweren. Aussagen wie „Es fühlt sich an, als wäre es gerade geschehen“ werden ernst genommen, beweisen allein aber weder PTBS noch einen

neurobiologischen „Freeze“-Zustand. Im Gespräch wird unterschieden, ob vor allem Sehnsucht und Verlustschmerz, wiedererlebte Bedrohung, depressive Beschwerden oder andere Belastungen im Vordergrund stehen.

Begleitung und Beratung Trauernder

Trauer ist grundsätzlich eine menschliche Reaktion auf Verlust und braucht häufig soziale Begleitung. Bei anhaltender Trauerstörung oder anderen psychischen Erkrankungen gibt es dagegen spezifische psychotherapeutische Behandlung. Eine deutsche randomisierte Studie mit 212 Betroffenen untersuchte trauerspezifische kognitive Verhaltenstherapie und gegenwartszentrierte Therapie; beide Gruppen verbesserten sich. Die trauerspezifische Behandlung zeigte am Behandlungsende einen kleinen Vorteil bei der Trauerschwere, der im primären Vergleich zwölf Monate nach Randomisierung nicht eindeutig fortbestand (Rosner et al., 2025).

Unterstützung kann durch Freundinnen und Freunde, Familie, Selbsthilfe, Beratung oder eine geleitete Gruppe erfolgen. Die Passung eines Gruppensettings hängt von Wunsch, Belastbarkeit, Schutz und fachlichem Rahmen ab. Traumatische Inhalte werden nicht ungefragt detailliert eingefordert; freiwilliges Erzählen ist aber nicht grundsätzlich schädlich. Regeln zu Vertraulichkeit, belastenden Details, Pausen und individueller Unterstützung werden gemeinsam vereinbart. Bei klinischem Behandlungsbedarf wird geeignete Therapie vermittelt; Übungen zur Regulation sind ein mögliches Angebot, keine Pflicht.

Für das Gespräch gelten die Erkenntnisse über Gespräche mit Trauernden unter besonderer Berücksichtigung möglicher Traumasymptome.

Leitfaden für das Gespräch mit Trauernden (ergänzt nach Znoj, 2004)

- Die trauernde Person spontan über ihre Befindlichkeit sprechen lassen
- Sie ermutigen, so zu sein, wie sie gerade ist, und sich mit allen Gefühlen zu zeigen
- Achtsam sein und das Ausgesprochene nicht bewerten
- Gegebenenfalls nachfragen oder Impulse geben, zum Beispiel:
  - Gibt es Anspannung, Gefühlsausbrüche, Müdigkeit oder Antriebslosigkeit? Wie wird der Verlust erlebt? Welche Rolle spielt die verstorbene Person im täglichen Leben?
  - Kann Abschied realisiert werden und in welcher Form?
  - Gibt es belastendes Grübeln oder aufdrängende Gedanken über den Tod? „Zwanghaft“ wird dabei nicht ohne weitere Abklärung als Diagnose verwendet.
  - Bestimmt die verstorbene Person das Leben der trauernden Person?
  - Gibt es Tabuisierungen im Zusammenhang mit der verstorbenen Person?
  - 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?

Zusätzlich sind Symptome von Traumafolgestörungen zu eruieren.

Bei anhaltend hoher Belastung wird eine qualifizierte diagnostische Abklärung angeboten. Dabei werden anhaltende Trauerstörung, PTBS, Depression und andere mögliche Erklärungen unterschieden. Das geeignete Behandlungsverfahren und Einzel- oder Gruppenformat richten sich nach Befund, Präferenz und Versorgungssituation; nicht jede belastende Trauer verlangt Traumapsychotherapie.

Psychotherapie kann belastende Trauerbeschwerden und Begleiterkrankungen gezielt behandeln, ohne die Bedeutung der Beziehung oder das Recht auf Trauer infrage zu stellen. Für anhaltende Trauerstörung ist trauerspezifische Psychotherapie untersucht (Rosner et al., 2025). EMDR ist eine leitliniengestützte Behandlungsoption bei PTBS; aus dieser Evidenz folgt keine pauschale Empfehlung für jede Trauerreaktion (DeGPT, 2026).

Mögliche selbst gewählte Ziele sind, den Verlust schrittweise in das eigene Leben einzuordnen, Erinnerungen und die Bedeutung der Beziehung zu würdigen, mit Schuldgefühlen umzugehen und wieder Handlungsspielräume zu gewinnen. Verzeihen ist keine Voraussetzung; auch ambivalente, entlastete oder ablehnende Gefühle dürfen Raum haben.

Die Dauer und Intensität einer Trauerbegleitung richten sich nach Anliegen, Belastung, Nutzen und verfügbarem Rahmen. Es gibt keine allgemeine Obergrenze von einem Jahr. Ziele und Bedarf werden regelmäßig gemeinsam überprüft. Jahrestage, Feiertage und andere erwartbare Belastungssituationen werden auf Wunsch vorbereitet.

Familienmitglieder können unterschiedlich und zu verschiedenen Zeiten trauern. Gemeinsame Beratung kann Verständnis und Absprachen fördern; zusätzlich können individuelle Gespräche oder andere Angebote passend sein. Die Entscheidung hängt von Bedarf, Freiwilligkeit und Sicherheit ab, nicht von einer vermuteten einheitlichen Phasenfolge.

Ein ressourcenorientierter Ansatz der Trauerbegleitung ist die hypnosystemische Arbeit nach R. Kachler (2010). Sie versteht Trauer als möglichen kreativen Beziehungsprozess, in dem eine hilfreiche innere Verbindung zur verstorbenen Person entstehen kann. Dieses Modell ist ein Angebot, kein vorgeschriebener Verlauf und keine allgemeine Wirksamkeitsgarantie. Fortdauernde Verbundenheit kann eine Ressource sein; wer andere Formen des Erinnerns oder Abstand wünscht, wird ebenso unterstützt.

Vertiefung Trauerberatung: ein Beratungsplan am Fall

Konstruierter Übungsfall: Eine Frau sucht acht Monate nach dem unerwarteten Tod ihres Partners Unterstützung. Sie vermisst ihn stark, meidet gemeinsame Bekannte und hat Schwierigkeiten mit Unterlagen und Finanzen. An manchen Tagen kann sie ihren Alltag gestalten, an anderen kaum. Ihre Schwester drängt sie, endlich „loszulassen“. Ob eine klinische Störung vorliegt, ist zu Beginn offen.

Im Erstgespräch werden ihr eigenes Anliegen, dringende praktische Probleme und verfügbare Unterstützung geklärt. Die Beratung erkundigt sich behutsam nach Schlaf, Versorgung, sozialer Teilhabe, Schuldgefühlen und gegebenenfalls Suizidgedanken. Nicht der Wunsch der Schwester nach schneller Normalisierung bestimmt das Ziel. Auf Wunsch werden ein vertrauliches Gespräch und ein Termin zur Sichtung der Unterlagen vereinbart.

Ein erster Plan kann zwei Stränge verbinden: Platz für Gefühle und Erinnerungen sowie konkrete Entlastung im Alltag. Die Frau wählt beispielsweise, eine vertraute Person um Begleitung bei einem Behördentermin zu bitten und ein Erinnerungsritual beizubehalten. Die Beratung erfragt kulturelle oder religiöse Bedeutungen und vermeidet die Vorgabe, ein bestimmtes Ritual oder eine innere Beziehung müsse aufgegeben werden. Werden

fortbestehend erhebliche Beeinträchtigung und klinisch relevante Beschwerden deutlich, wird eine diagnostische Abklärung angeboten, ohne das Ergebnis vorwegzunehmen.

Arbeitsauftrag: Führen Sie in Dreiergruppen ein zwölfminütiges Beratungsgespräch mit Beobachtung. Formulieren Sie ein Ziel in den Worten der Frau, einen praktischen und einen emotional unterstützenden Schritt, einen Überprüfungstermin und einen begründeten möglichen Überweisungsanlass. Die Beobachtung achtet darauf, ob Trauer erlaubt bleibt, Selbstbestimmung erkennbar ist und keine starre Frist oder Modellphase verlangt wird. Besprechen Sie anschließend, wie Sie eine gemeinsame Sitzung mit der Schwester vorbereiten würden, falls die Frau diese wünscht.

7. Mehrpersonensetting und 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.

Die allparteiliche dritte Person (Mediatorin oder Mediator) trifft keine eigenen Entscheidungen bezüglich des Konflikts, sondern ist lediglich für das Verfahren verantwortlich. **Ob und in welcher Form die mediierende Person 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.

In Deutschland setzt das Mediationsgesetz seit 2012 verbindliche Grundsätze: freiwillige Teilnahme, Eigenverantwortung, eine unabhängige und neutrale vermittelnde Person, faire Einbeziehung und geregelte Verschwiegenheit. Die Parteien können das Verfahren jederzeit beenden; auch die mediierende Person kann es beenden, insbesondere wenn eigenverantwortliche Kommunikation oder Einigung nicht zu erwarten ist. Unterschiedliche methodische Schulen arbeiten innerhalb dieses Rahmens (MediationsG §§ 1–4).

Wo findet Mediation statt?

Anwendungsfelder sind zum Beispiel:

- Trennungs- und Scheidungsmediation
- **Familienmediation:** ein strukturiertes Verfahren, in dem Familienmitglieder in einem Konflikt – meistens die Eltern – mithilfe einer allparteilichen mediierenden Person 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:** für zerstrittene Paare, die für einen eingrenzbaren Bereich in eine Pattsituation geraten sind (die von beiden jeweils angestrebten Lösungen schließen sich gegenseitig aus).
- **Täter-Opfer-Ausgleich:** ein eigenständiges, rechtlich eingebettetes Verfahren. Beteiligung der verletzten Person ist freiwillig; Schutz, informierte Entscheidung und fachlich geeignete Durchführung haben Vorrang. Ein Gespräch oder eine Versöhnung darf nicht als Voraussetzung für Unterstützung verlangt werden. Er kann nicht gegen den ausdrücklichen Willen der verletzten Person als geeignet angenommen werden (§ 155a StPO).
- Schulmediation
- Wirtschaftsmediation
- Mieter-Vermieter-Mediation

Mindestens zwei Beteiligte bearbeiten einen abgrenzbaren Konflikt eigenverantwortlich. Die mediierende Person unterstützt das Verfahren und prüft seine Voraussetzungen. Nicht jeder Konflikt ist verhandelbar; anhaltende Bedrohung oder erheblicher Zwang können eine faire Teilnahme ausschließen.

Voraussetzungen der Mediation

Prozedurale Voraussetzungen für die Durchführung einer Mediation sind unter anderem:

- **Freiwilligkeit:** Alle Beteiligten einschließlich der mediierenden Person können die Mediation jederzeit abbrechen.
- **Verschwiegenheit:** Grundsatz und Grenzen werden erläutert. § 4 MediationsG sieht Ausnahmen vor, unter anderem bei bestimmten Vereinbarungsfragen sowie vorrangigen Gründen der öffentlichen Ordnung, insbesondere Kindeswohlgefährdung oder schwerer Beeinträchtigung körperlicher beziehungsweise psychischer Integrität.
- **Eigenverantwortlichkeit der Parteien:** Die Lösung des Konflikts wird von den Parteien selbst entwickelt; die mediierende Person 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.
- **Allparteilichkeit:** Die mediierende Person ist allen Parteien gleichermaßen verpflichtet und ermöglicht eine angemessene, faire Beteiligung. Unterschiedliche Kommunikationsmöglichkeiten werden berücksichtigt. Ein Machtgefälle oder fortgesetzte Gewalt lässt sich jedoch nicht zuverlässig durch gleich verteilte Redezeit ausgleichen. Wenn Sicherheit oder eigenverantwortliche Entscheidung nicht gewährleistet werden können, braucht es ein anderes Vorgehen (MediationsG § 2).

Traumasensible Mediation – Orientierung für das Vorgehen

Bezug der ursprünglichen Modellgrafik	Bedeutung für die Mediation
Regulation von Körper und Erleben	Aktuelle Anspannung und Orientierung wahrnehmen; Tempo, Pausen und Gesprächsbedingungen gemeinsam anpassen.
Kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Orientierung	Verständliche Informationen geben, Gefühle anerkennen und nächste Handlungsmöglichkeiten besprechen. Dies bezeichnet keine automatisch durchgeführte Verhaltenstherapie.
Empowerment und Anerkennung	Entscheidungsspielräume sichern, Erfahrungen ernst nehmen und Verantwortung für Gewalt klar zuordnen.
Ressourcen im sozialen Umfeld	Passende Vertrauenspersonen, Beratung, Schutzangebote und andere Unterstützung erschließen.

Bezug der ursprünglichen Modellgrafik	Bedeutung für die Mediation
Mediationsfähigkeit	Freiwilligkeit, Informiertheit, Verständigung und ausreichenden Schutz prüfen. Die Beteiligten dürfen unterbrechen oder beenden.
Zusammenwirken	Bedingungen fortlaufend überprüfen; bei anhaltender Bedrohung oder nicht ausgleichbarer Machtasymmetrie ein anderes Vorgehen wählen.

Didaktische Übertragung der vorhandenen Modellgrafik in prüfbare Fragen an das Beratungssetting. Die Darstellung ist kein diagnostisches Modell. Sie begründet weder eine neurobiologische Einzelfalldiagnose noch die Durchführung einer Psychotherapie durch die Mediatorin oder den Mediator.

Sicherheit und Rollenklärung in Paar- und Familienberatung

Traumasensible Mehrpersonenberatung klärt, wer teilnehmen möchte, wessen Anliegen verfolgt wird und welche Informationen geteilt werden dürfen. Die beratende Person kann unterstützen und psychoedukativ arbeiten; ein Wechsel in die Rolle einer Mediatorin oder eines Mediators wird ausdrücklich vereinbart. Für eine rechtliche Bewertung oder Begutachtung werden entsprechend qualifizierte Stellen hinzugezogen. Eine zugleich bestehende therapeutische oder parteiliche Beratungsbeziehung kann einen Interessenkonflikt erzeugen.

Vor einem gemeinsamen Gespräch wird bei Hinweisen auf Gewalt oder Einschüchterung getrennt und vertraulich geprüft: Kann jede Person frei sprechen und ablehnen? Drohen Nachteile nach dem Termin? Bestehen Überwachung, Drohungen, wirtschaftliche Kontrolle oder Gefährdungen von Kindern? Gleiche Redezeit schafft unter Zwang keine gleiche Verhandlungsmacht. Bei fehlender Sicherheit werden Schutz, getrennte Beratung und gegebenenfalls spezialisierte Gewaltberatung priorisiert. Die Istanbul-Konvention untersagt verpflichtende alternative Streitbeilegung einschließlich Mediation bei den erfassten Gewaltformen; eine freiwillige Beteiligung muss im Einzelfall tatsächlich möglich sein (Europarat, 2011, Art. 48).

Kinder werden altersgerecht beteiligt und vor Loyalitätsdruck geschützt. Sie übernehmen weder Sprachmittlung noch die Aufgabe, die Erwachsenen zu beruhigen. Elternverantwortung, Sorgerecht und die Perspektive des Kindes werden unterschieden. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung wird das passende Schutzverfahren unabhängig davon umgesetzt, ob die Erwachsenen eine Einigung wünschen (SGB VIII §§ 8, 8a, 8b; KKG § 4).

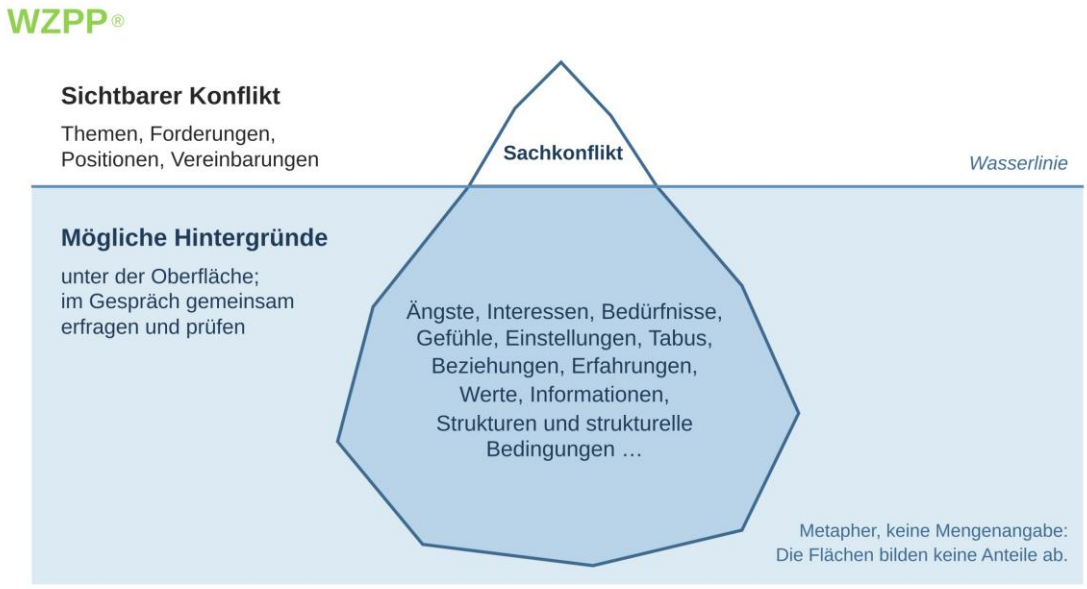
Konflikte verstehen: Konfliktbegriff und Eisbergmodell

> **Konflikt** = Kollision von Standpunkten oder Interessen unterschiedlicher Personen bzw. Gruppen, was meist mit ausgeprägter Beteiligung des Gefühls geschieht.

Eine in Beratung und Mediation verbreitete fachliche Definition stammt von Glasl (2017): Ein sozialer Konflikt liegt vor, wenn mindestens eine beteiligte Partei Unvereinbarkeiten im Denken,

Wahrnehmen, Fühlen oder Wollen mit einer anderen Partei so erlebt, dass sie sich bei der Verwirklichung ihrer Anliegen durch diese beeinträchtigt sieht.

Das Eisbergmodell veranschaulicht, dass neben den sichtbaren Streitpunkten weitere Hintergründe für einen Konflikt bedeutsam sein können.



© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

Abbildung: Konflikteisberg – sichtbarer Konflikt und mögliche Hintergründe (eigene Darstellung nach WZPP-Lehrmaterial). Das Eisbergbild ist eine Metapher: Neben sichtbaren Sachfragen können Erfahrungen, Bedürfnisse und Beziehungserwartungen bedeutsam sein. Welche davon tatsächlich vorliegen, wird offen erfragt. Zuschreibungen unterhalb der Wasserlinie sind mögliche Gesprächsfragen, keine gesicherten Tatsachen; die Beteiligten können vorgeschlagene Deutungen zurückweisen.

Die im Eisbergbild gezeichneten Flächen haben keine quantitative Bedeutung. Ein allgemeingültiges Verhältnis von 20 Prozent bewussten zu 80 Prozent unbewussten Anteilen ist damit nicht belegt. In der Beratung werden konkrete Wahrnehmungen und plausible, gemeinsam überprüfte Hypothesen besprochen.

Das Vier-Ohren-Modell (Kommunikationsquadrat)

Das Kommunikationsquadrat nach Friedemann Schulz von Thun unterscheidet Sachinhalt, Selbstkundgabe, Beziehungshinweis und Appell. Diese Ebenen helfen, mögliche Bedeutungen zu prüfen. Was jemand tatsächlich gemeint hat, wird durch Nachfragen geklärt und nicht aus dem Modell abgelesen (Schulz von Thun, 1981; Schulz von Thun Institut, o. J.).

Seite der Nachricht	Sendende Person: Was teile ich mit?	Empfangende Person: Was höre ich heraus?
Sachinhalt	Worüber informiere ich?	Sach-Ohr: Wie ist der Sachverhalt zu verstehen? Um welche Sache geht es eigentlich?

Seite der Nachricht	Sendende Person: Was teile ich mit?	Empfangende Person: Was höre ich heraus?
Selbstkundgabe (Selbstoffenbarung)	Was gebe ich von mir zu erkennen? Wie stelle ich mich dar?	Selbstkundgabe-Ohr: Was ist das für eine Person? Was ist mit ihr?
Beziehungshinweis	Was halte ich von dir? Wie stehen wir zueinander?	Beziehungs-Ohr: Wie redet die Person mit mir? Wie stehen wir zueinander?
Appell	Wozu möchte ich dich veranlassen?	Appell-Ohr: Was soll ich tun, denken oder fühlen?

Vier Seiten einer Nachricht und die entsprechenden „Ohren“ (nach Schulz von Thun, 1981; ursprünglich als Grafiken eingefügt). Welche Seite gemeint war, wird durch Nachfragen geklärt.

Vier mögliche Seiten der Aussage „Mir ist kalt“

Aspekt	Mögliche Bedeutung	Mögliche Klärung
Sachinformation	Die Person beschreibt ihr Temperaturempfinden.	„Ist dir hier im Raum zu kalt?“
Selbstkundgabe	Die Person fühlt sich unbehaglich.	„Wie geht es dir gerade damit?“
Beziehungshinweis	Die Person hofft vielleicht auf Aufmerksamkeit.	„Möchtest du mir sagen, dass du Unterstützung brauchst?“
Appell	Die Person wünscht vielleicht eine Decke oder ein geschlossenes Fenster.	„Soll ich etwas verändern, oder wolltest du es nur mitteilen?“

Eigene Beispielsätze nach dem Kommunikationsquadrat. Die Deutungen sind Alternativen, keine Gedankenlesetechnik. Nachfragen kann Missverständnisse verringern; das Modell garantiert keine eindeutige Verständigung. Quelle zum Modell: Schulz von Thun Institut (o. J.).

Beispiel: „Da ist etwas Grünes in der Suppe!“

Seite	Möglicherweise gemeint (sendende Person)	Möglicherweise gehört (empfangende Person)
Sachinhalt	„Da ist etwas Grünes.“	„Da ist etwas Grünes.“
Selbstkundgabe	„Ich weiß nicht, was es ist.“	„Das schmeckt mir nicht.“
Beziehungshinweis	„Du solltest es wissen.“	„Du kannst nicht gut kochen!“
Appell	„Sag mir, was es ist!“	„Koche künftig nur noch, was ich kenne!“

Beispiel in Anlehnung an das Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun (1981), ursprünglich als Gesprächsbild eingefügt. Dieselbe Äußerung kann anders gehört werden, als

sie gemeint war. Die Rollen sind austauschbar; aus dem Beispiel wird keine allgemeine Aussage über Frauen, Männer oder Paare abgeleitet.

Das Johari-Fenster

Kenntnisstand	Mir bekannt	Mir nicht bekannt
Anderen bekannt	Öffentlicher Bereich	Blinder Bereich
Anderen nicht bekannt	Privater bzw. verborgener Bereich	Beiden unbekannter Bereich

Das Johari-Fenster ist ein heuristisches Modell zur Reflexion von Selbstwahrnehmung, Mitteilung und Rückmeldung. Die Felder sind keine gemessenen Bewusstseinsanteile. Ein „unbekannter Bereich" ist kein Nachweis verdrängter Traumata. Selbstmitteilung und Feedback bleiben freiwillig; das Recht auf Privatheit ist zu achten. Quellen: Luft und Ingham (1955); Luft (1961).

1. 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. Dazu zählen

- 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.

2. 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.

3. Blinder Fleck: Im Modell bezeichnet dies Aspekte, die andere wahrnehmen, die der Person selbst aber nicht bewusst sind. Rückmeldungen werden als Wahrnehmung angeboten und gemeinsam geprüft; sie sind nicht automatisch eine objektive Wahrheit.

4. Unbekannt: Gemeint sind Aspekte, die der Person und anderen nicht bekannt sind. Das Modell beschreibt damit eine Wissensgrenze, keinen Nachweis verdrängter Erinnerungen oder eines bestimmten unbewussten Inhalts.

Die Felder sind ein heuristisches Modell für die Verteilung von Wissen über eine Person. Ihre Größe ist nicht gemessen; „nicht öffentlich" ist auch nicht gleichbedeutend mit „unbewusst". Menschen entscheiden selbst, was sie in welcher Beziehung mitteilen möchten (Luft, 1961).

Das Johari-Fenster legt weder Prozentanteile der Persönlichkeit noch die Ursache eines Konflikts fest. Freiwillige Rückmeldung und Selbstmitteilung können Perspektiven erweitern; Offenbarung darf nicht erzwungen werden (Luft, 1961).

Historisches Vier-Kategorien-Modell der Erwachsenenbindung

Arbeitsmodell von anderen	Positives Arbeitsmodell des Selbst	Negatives Arbeitsmodell des Selbst
Positiv	Sicher (secure)	Ängstlich-verstrickt (preoccupied)
Negativ	Distanziert-vermeidend (dismissing)	Ängstlich-vermeidend (fearful)

Vereinfachte Darstellung des Forschungsmodells von Bartholomew und Horowitz (1991). Die Kategorien beschreiben hier erwachsene Beziehungsorientierungen anhand von Selbst- und Fremdmodellen. Sie sind keine klinischen Bindungsstörungen, keine unveränderlichen Persönlichkeitstypen und keine Grundlage, um Gewalt oder einen individuellen Beziehungsverlauf sicher vorherzusagen.

Die mediierende Person: aktiv oder passiv?

Passive Rolle

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

Aktive Rolle

- 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, auch und insbesondere der Tiefenstrukturen von Konflikten
- 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

Traumazentrierte Fachberatung kann direkt aktiv unterstützen

Mögliche Werkzeuge, z. B.:

- Settingvariablen (Ort, Sicherheit, Geborgenheit, angenehme Atmosphäre)
- Wie beeinflussen bekannte Belastungen oder Erfahrungen das aktuelle Gespräch? Beobachtete Kommunikation nicht automatisch einem Trauma zuschreiben.
- Welche Dosierung, Pausen und Orientierung helfen aktuell? Kindheitserfahrungen nur so weit einbeziehen, wie die Person es wünscht und der Auftrag es erfordert.
- Welche Beziehungserwartungen und Bedürfnisse sind erkennbar? Bindungsmodelle als Reflexionshilfe verwenden, keine Bindungsdiagnose aus einer Konfliktsituation ableiten.
- Kommunikationsverhalten
- Stabilisierung (z. B. Tresorübung, sicherer Ort)
- Ressourcen aktivieren und erproben; eine beobachtete Entlastung belegt keinen bestimmten neurobiologischen Rekonsolidierungsprozess.
- Psychoedukation

Vorgehen bei der Mediation

1. Vorphase
2. Mediationsgespräch – Phasen der Mediation
3. Umsetzungsphase

Vorphase

- Zunächst freiwillige und sichere Teilnahme prüfen; erst dann ein gemeinsames Gespräch vereinbaren.
- Gute Atmosphäre schaffen: angenehmes Umfeld, entspannt, vertrauensvoll
- Sich und die eigene Rolle vorstellen
- Organisatorische Fragen klären
- Evtl. Themen sammeln und gewichten

Phasen der Mediation im Überblick

1. Einleitung: Prinzip, Rolle, Regeln und Ziel klären
   – Können sich alle Beteiligten auf ein allgemein formuliertes Ziel einigen?
2. Themen identifizieren: Sichtweisen darstellen, Themen sammeln und gewichten
3. Konfliktgegenstände erfassen und strukturieren
   – Es geht an diesem Punkt um das Verstehen der subjektiven Sichtweise jedes Beteiligten
   – **Methodik:** aktives Zuhören, strukturierende Fragen stellen, Nachfragen in eigenen Worten, ob es richtig verstanden wurde, keine Vorwürfe, keine Rechtfertigung, kein Provozieren
4. Interessen klären und Lösungen suchen
   – Bedürfnisse, Befürchtungen und Bedeutungen gemeinsam verstehen; Optionen entwickeln und bewerten
5. Übereinkunft: Lösungen auf ihre Umsetzbarkeit prüfen und eine verbindliche Vereinbarung formulieren

Phase 1: Einleitung

- Prinzip der Mediation erklären
- Rolle der mediierenden Person erklären
  – Die mediierende Person ist eine allparteiliche dritte Person, die die Kommunikation steuert und begleitet, aber nicht entscheidet. Falsche Vorstellungen (Schiedsrichter? Wertevermittler? Höhere Instanz?) werden ausgeräumt.
- Regeln:
  – Ausreden lassen
  – Die andere Person hört aufmerksam zu
  – Gleiche Redezeit
  – Nicht verletzen (Beleidigungen / Unterstellungen)
  – Die mediierende Person unterbricht, falls Regeln nicht eingehalten werden
  – Vertraulichkeit und ihre gesetzlichen Grenzen werden vor Beginn erklärt und vereinbart.

  - Noch weitere Regeln gewünscht?
- Erwartung der Beteiligten und offene Fragen klären
- Einverständnis für Regeln einholen
- Zeitrahmen und Organisatorisches
- Verschwiegenheit

Phase 2: Identifizierung der Themen

In dieser Phase werden die Themen als vorläufiger gemeinsamer Fahrplan gesammelt und gewichtet. Die Reihenfolge wird gemeinsam entschieden; die Liste darf ergänzt oder eingegrenzt werden. Ein Abschluss kann eine Teilvereinbarung, eine Unterbrechung oder die Beendigung ohne Einigung sein. Niemand muss bleiben, bis sämtliche Themen abgearbeitet sind.

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

Die Zielplanung richtet sich auf tragfähige nächste Schritte. Vergangene Ereignisse dürfen soweit besprochen werden, wie dies zum Verstehen und zur Klärung von Verantwortung notwendig und gewünscht ist. Gewalt wird nicht aus dem Gespräch ausgeschlossen oder zu einem bloßen Kommunikationsproblem umgedeutet.

Die mediierende Person unterstützt verständliche Themenformulierung, faire Beteiligung und einen sicheren Gesprächsrahmen. Sie achtet auf Überforderung, Einschüchterung und tatsächliche Entscheidungsfreiheit und unterbricht oder beendet das Verfahren bei fehlenden Voraussetzungen.

- Sichtweisen der einzelnen Personen:
  - Die Beteiligten tragen ihre Sichtweise vor
  - Nachfragen, aktives Zuhören, Spiegeln, Umformulieren, Zusammenfassen
  - Verständnisfragen der Beteiligten sind zulässig
  - Zusammenfassung → Gemeinsamkeiten und Differenzen aufzeigen

Ablauf der Sichtweisen-Runde:

1. Wer fängt an?
2. Sichtweise von Person A erzählen lassen
3. Person B hört zu und macht evtl. Notizen
4. Die mediierende Person hört aktiv zu und stellt ggf. offene Fragen
5. Zusammenfassung durch die mediierende Person
6. Sichtweise von Person B erzählen lassen
7. Person A hört zu und macht evtl. Notizen
8. Ggf. weitere Techniken zur Identifizierung der Themen hinzuziehen
9. Zusammenfassung durch die mediierende Person

Phase 3: Konfliktgegenstände erfassen und strukturieren

In der dritten Phase **beginnt die eigentliche Konfliktbearbeitung** mit der Entscheidung über das erste zu behandelnde Thema.

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: Zu einzelnen Aspekten und Problemen sollen jeweils Klärung und gegenseitiges Verständnis erreicht werden.

Phase 4: Interessen klären und Lösungen suchen

- Konflikte ggf. in Teilkonflikte zerlegen
- Worum geht es den Beteiligten jeweils? Welche Bedürfnisse, aktuellen Bedingungen oder Befürchtungen könnten das Verhalten verständlich machen? Die Erklärung wird gemeinsam geprüft.
- Welche selbst benannten Beziehungserfahrungen sind für den heutigen Konflikt bedeutsam? Keine frühe Traumatisierung oder Bindungskategorie aus der aktuellen Auseinandersetzung ableiten.
- Nur nach Absprache mitteilen, was im gemeinsamen Gespräch geteilt werden soll; ein respektvolles Klima sichern.
- Keine Beschämung oder pauschale Schuldzuschreibung; Verantwortung für konkrete Grenzverletzung und Gewalt klar benennen.
- **Methodik:** offene, nicht suggestive Fragen, vorsichtiges Spiegeln, gemeinsames Prüfen von Hypothesen und aktives Zuhören. Hypothetische Fragen sind keine Tatsachenermittlung.

Erarbeitung von Optionen und Lösungen

- Was hält den Konflikt aufrecht?
- Welche Probleme sind durch den Konflikt entstanden?
- Hoffnung auf eine 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

Regeln für das Brainstorming:

- keine Bewertung
- auch ungewöhnliche Beiträge sind willkommen
- Ideen sichtbar festhalten, z. B. auf einem Flipchart

Phase 5: Übereinkunft

- Keine Scheinlösungen
  - Relevante und tatsächlich verfügbare Möglichkeiten gemeinsam geprüft?
  - Ist das vereinbarte Problem ausreichend bearbeitet, und welche Fragen bleiben offen?
  - Funktioniert die Lösung in der Realität?
  - Wollen alle den Plan ausführen?
- Übereinkunft im Konsens formulieren

- Fragen der Umsetzung und den Umgang mit zukünftigen Problemen klären
- Ist externe Hilfe notwendig (z. B. Psychotherapie, ärztliche Behandlung)?
- Abschluss – Ritual?

Umsetzungsphase und Controlling

- Überprüfung und ggf. Korrektur der Übereinkunft
- Umsetzen der „Hausaufgaben“
  - Exploration
  - Umsetzung der getroffenen Absprachen
  - Kommunikation
    - Ich-Botschaften
    - Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg
    - 1. Schritt: Die reine Beobachtung
    - 2. Schritt: Gefühle
    - 3. Schritt: Unsere Bedürfnisse
    - 4. Schritt: Die Bitte
  - Einhaltung der abgesprochenen Regeln (Verbindlichkeit)

Hilfsmittel

- Zwiegespräch
- Fluss zeichnen / Lebensfluss (Abschnitt) / Beziehungsfluss
- Ressourcenlandkarte / Traumalandkarte
- Flipchart: Welche Themen gibt es? / Was stört mich? / Was finde ich gut?
- Perspektiven auf Beziehungen freiwillig mit Figuren oder auf Papier darstellen; keine Person ohne Einverständnis positionieren oder körperlich in eine Szene bringen.
- Lebenslinie legen

Das Zwiegespräch

Das „Zwiegespräch“ ist ein Selbsthilfekonzept von Michael Lukas Moeller und Celia Fatia (Moeller, 1988). Zwei Personen berichten abwechselnd, wie sie sich selbst, die andere Person und ihre Beziehung erleben. Regelmäßige, respektvolle Gespräche können Zuhören und wechselseitiges Verständnis fördern; diese Wirkungen entstehen nicht automatisch. Die Form wird nur eingesetzt, wenn beide sie wünschen und sicher teilnehmen können. Bei Bedrohung, Zwang oder eskalierender Gewalt ist sie keine ausreichende Intervention.

Die Grundidee lautet, über das eigene Erleben zu sprechen und die vereinbarten Gesprächszeiten zu respektieren. Ob und wann anschließend weitergesprochen wird, wird gemeinsam vereinbart. Eine Regel darf niemals verhindern, dass eine Person Unterstützung sucht oder eine belastende Situation anspricht.

1. Regel: Feste Zeiten, keine Störung

Im ursprünglichen Konzept werden längere feste Gesprächszeiten empfohlen. Für eine traumasensible Anwendung werden Dauer und Wechsel jedoch gemeinsam an Aufmerksamkeit, Alltag und Belastbarkeit angepasst; ein kürzerer Einstieg ist möglich. Beide dürfen jederzeit eine Pause oder das Ende verlangen. Es gibt keine Pflicht, unabhängig vom Verlauf mindestens 60 oder 90 Minuten durchzuhalten.

Für die vereinbarte Zeit möglichst einen ruhigen, privaten Rahmen schaffen und Betreuungspflichten berücksichtigen. Notwendige Erreichbarkeit und ein jederzeit möglicher Ausstieg bleiben erhalten. Ein Spaziergang passt nur, wenn beide ihn wünschen und ungestört sowie sicher sprechen können.

2. Regel: Jede Person spricht nur über sich selbst – so konkret wie möglich

Dies ist der zweite Hauptunterschied zu gewöhnlichen Gesprächen. ***Keine Fragen, keine Ratschläge, keine Vorwürfe, keine Interpretationen, keine Abwertungen, keine Verallgemeinerungen*.** Zwiegespräche sind ganz bewusst **keine Dialoge** im üblichen Sinne**, sondern eher wechselseitige Monologe.**

Zuhören heißt, nicht sofort zu bewerten, zu widerlegen oder mit Ratschlägen zu antworten. Verständnisfragen und vereinbarte Pausensignale bleiben erlaubt. Steigt Wut, Angst oder Überforderung stark an, wird pausiert, die Sicherheit geprüft und das weitere Vorgehen gemeinsam entschieden. Niemand muss unter erheblichem Druck schweigend ausharren. Nach einer Pause kann das Gespräch mit kürzeren Redezeiten fortgesetzt oder beendet werden.

Sprechen: Satzanfänge mit „Du“ vermeiden, denn sie wirken leicht als Vorwurf („Du machst dies …“, „Weil du das machst …“, „Schon wieder hast du …“). Noch ungewohnter ist es für die meisten, beim Sprechen bei sich zu bleiben, also in sogenannten Ich-Botschaften zu kommunizieren. „Ich glaube, es wäre gut, wenn du mehr mit unserer Tochter spielen würdest“ ist ein Ratschlag. Eine Ich-Botschaft wäre z. B.: „Ich glaube, unsere Tochter braucht zurzeit viel Zuwendung, und mich belastet der Gedanke, dass sie zu kurz kommen könnte. Ich wünsche mir dann oft, dass du mehr mit ihr spielst.“

Wundern Sie sich nicht, wenn es am Anfang gerade hier eine Menge Regelübertretungen gibt. Haben Sie Geduld, denn diese Art der Kommunikation muss man lernen.

3. Regel: Gleiche Verteilung der Sprechzeiten, kein Sprechzwang

Beide sollten darauf achten, dass die Sprechzeiten in etwa gleich verteilt sind. Ob man sich im Takt von wenigen Minuten abwechselt oder in größeren Blöcken spricht, bleibt dem Stil eines Paares überlassen; für den Anfang kann es auch sinnvoll sein**, 15-Minuten-Blöcke zu vereinbaren**. Jeder signalisiert, wann er fertig ist (am Anfang kann ein Redestab helfen). Es ist **auch erlaubt, die eigene Sprechzeit mit Schweigen zu verbringen** - der andere darf trotzdem nicht mehr als die Hälfte der Gesamtzeit beanspruchen. Es kann sehr sinnvoll sein, wenn in den ersten 5 bis 10 Minuten beide schweigen, um erst einmal in sich zu gehen und darauf zu achten, welche Themen heute aufsteigen und angesprochen werden wollen.

Jeder erzählt freiwillig das von sich, was er/sie erzählen möchte. Der eine **muss, wie erwähnt, keinen Bezug auf das nehmen, was der andere vorher gesagt hat**; vielleicht erzählt die Frau etwas über ihre Gefühle in der Beziehung und der Mann etwas über seine Sorgen in der Arbeit. In einem Zwiegespräch ist das in Ordnung, es wird nicht als Aneinander-vorbei-Reden betrachtet.

Zwiegespräche heißt: Ich male vor dem anderen an meinem Selbstportrait.

Einzelgespräche in der Mediation

Einzelgespräche innerhalb einer Mediation werden häufig als „Caucus“ bezeichnet. Nach § 2 Abs. 3 MediationsG kann die mediierende Person im Einverständnis mit allen Parteien getrennte Gespräche führen.

Einzelgespräche benötigen das Einverständnis aller Parteien. Vorab klären, welche Inhalte vertraulich bleiben und welche in das gemeinsame Gespräch übernommen werden dürfen.

Einzelgespräche können aus folgenden Gründen sinnvoll sein:

- Eine Partei ist emotional sehr belastet.
- Eine Partei hält sich nicht an die Mediationsregeln.
- Eine Partei möchte etwas sehr Persönliches mitteilen.
- Eine Partei muss ihre Bedürfnisse und Gefühle zunächst für sich klären.
- Die Mediation stockt, und ein Einzelgespräch kann den weiteren Verlauf fördern.

Während ein Einzelgespräch die Vertrauensbeziehung zwischen Mediator und Mediand fördern kann, wird diese in Bezug auf die andere Partei gefährdet. Es besteht das Risiko, dass die nicht am Einzelgespräch beteiligte Partei den Mediator nicht mehr als allparteilich und neutral einschätzt.

Vertiefung Paar- und Familienberatung: vom Streit zum Auftrag

Konstruierter Übungsfall: Zwei getrennte Eltern streiten über Übergaben ihres zehnjährigen Kindes. Ein Elternteil möchte über frühere Kränkungen sprechen, der andere will ausschließlich einen festen Übergabeplan. Das Kind klagt vor den Wechseln über Bauchschmerzen. Zunächst ist offen, ob ein eskalierter Konflikt, eine aktuelle Gefährdung, Überforderung oder mehrere Faktoren vorliegen.

Die Beratung klärt zunächst in geeigneter Form Sicherheit, Freiwilligkeit, Rollen und die Sicht des Kindes. Bei tragfähigen Voraussetzungen wird ein begrenztes gemeinsames Ziel gesucht, etwa vorhersehbare, möglichst stressarme Übergaben. Die Eltern schildern konkrete Abläufe statt Eigenschaften der anderen Person. Das Kind erhält eine altersgerechte Möglichkeit mitzuteilen, was ihm hilft; es entscheidet nicht über den Konflikt der Eltern. Bauchschmerzen werden bei Bedarf medizinisch abgeklärt und nicht aus dem Streit heraus diagnostiziert.

Eine überprüfbare Vereinbarung kann Ort, Zeit, kurze sachliche Kommunikation, zuständige Kontaktperson und einen Umgang mit Verzögerungen enthalten. Nach zwei vereinbarten Übergaben wird überprüft, ob die Lösung praktisch und aus Sicht des Kindes hilfreich ist. Werden Drohungen, Kontrolle oder Gewalt sichtbar, wird die gemeinsame Konfliktbearbeitung unterbrochen und ein geeigneter Schutz- und Beratungsweg organisiert. Ein fehlender Konsens gilt nicht als persönliches Versagen.

Arbeitsauftrag: Spielen Sie getrennt Auftragsklärung, gemeinsame Zielsuche und Abschlussvereinbarung. Die Beobachtung prüft, ob jedes Anliegen gehört wird, Zuständigkeiten klar sind und kein gemeinsames Gespräch unter Zwang fortgeführt wird. Formulieren Sie einen Satz, mit dem die beratende Person eine problematische Situation unterbricht, und benennen Sie eine konkrete alternative Anlaufstelle. Im zweiten Durchgang ergänzen Sie eine Sprachmittlerin oder einen Sprachmittler und klären deren Rolle.

8. Diagnostik und Screening – Instrumente fachgerecht einordnen

Die folgenden Instrumente gehören zur Entwicklungsgeschichte traumabezogener Diagnostik und bleiben als Lehrmaterial erhalten. Ein Screening strukturiert Hinweise; eine Diagnose erfordert eine fachlich qualifizierte Gesamtabklärung. In der Fachberatung werden nur Verfahren eingesetzt, die zum Auftrag, Alter, Sprachverständnis und zur eigenen Qualifikation passen. Zweck, freiwillige Teilnahme, Datenschutz und Rückmeldung werden vorher erklärt.

Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ): historischer DSM-IV-Bezug

Das ETI-KJ wurde zur Erfassung traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Beschwerden auf der Grundlage des DSM-IV entwickelt. Die veröffentlichte Beschreibung umfasst 53 Items und eine Selbstbeurteilung für 12- bis 17-Jährige (Tagay et al., 2007).

Die frühere Auswertung unterscheidet das objektive Ereigniskriterium A 1 und das damalige subjektive Reaktionskriterium A 2. Diese DSM-IV-Struktur darf nicht unverändert auf DSM-5-TR oder ICD-11 übertragen werden.

Insbesondere ist die frühere Forderung nach drei dissoziativen Symptomen für eine akute Belastungsstörung kein aktuelles allgemeines Diagnosekriterium. Symptomanzahl, Antwortschwelle und Zuordnung dürfen nur der tatsächlich verwendeten Instrumentfassung und ihrem Manual entnommen werden.

Der historische Bezug auf die ersten vier Wochen beschreibt den DSM-IV-Instrumentstand. Im DSM-5-TR setzt die akute Belastungsstörung eine Symptomdauer von drei Tagen bis zu einem Monat voraus; die Kriterien unterscheiden sich von denen der PTBS (APA, 2022).

Belastung und Alltagsbeeinträchtigung werden zusätzlich erfragt. Ein Fragebogenwert ersetzt weder das klinische Gespräch noch die Prüfung anderer Erklärungen, körperlicher Ursachen und aktueller Gefährdung.

PTBS-Abklärung bei Kindern und Jugendlichen

Ein auffälliger ETI-KJ-Befund begründet weiteren Abklärungsbedarf. Die im älteren Skript genannten DSM-IV-Symptomgruppen und Summenregeln sind keine aktuelle eigenständige Diagnoseanleitung. Bei einer heutigen Fragestellung werden altersgerechte Verfahren passend zu DSM-5-TR beziehungsweise ICD-11 und die qualifizierte klinische Beurteilung gewählt.

Ein aktuelles Beispiel ist der CATS-2 für 7- bis 17-Jährige, der Symptome nach DSM-5 und ICD-11 einschließlich komplexer PTBS erfasst. Auch hier bleiben Screening, gegebenenfalls vorläufige algorithmische Zuordnung und klinische Diagnosestellung getrennte Schritte (Sachser et al., 2022).

Essener Trauma-Inventar für Erwachsene (ETI): instrumentgebundene Auswertung

Historischer Bezug und heutige Verwendung

Auch das ETI für Erwachsene basiert laut Testverlag auf DSM-IV. Es kann Ereignisse, Beschwerden und ihren Verlauf strukturiert erfassen; für die Auswertung sind Originalmanual, Fassung, Bezugszeitraum und Anwenderqualifikation maßgeblich (Tagay und Senf, 2014).

Die damalige Aufteilung in Intrusion, Vermeidung, Übererregung und Dissoziation bleibt eine Beschreibung des Instruments. Sie ist nicht mit den heutigen Kriterien einer akuten Belastungsstörung oder PTBS gleichzusetzen.

Zeitkriterien werden passend zum gewählten Diagnosesystem geprüft. Kurz nach einem Ereignis stehen Sicherheit, praktische Hilfe und bei Bedarf medizinische beziehungsweise psychotherapeutische Abklärung im Vordergrund; eine starke unmittelbare Reaktion allein ist noch kein Nachweis einer psychischen Störung.

Für die Beratungsdokumentation genügt eine nachvollziehbare Beschreibung: verwendete Fassung und Datum, berichtete Beschwerden, relevante Alltagsbeeinträchtigung, aktueller Unterstützungsbedarf und vereinbarter nächster Schritt.

Aktuelle PTBS-Diagnostik

DSM-5-TR und ICD-11 unterscheiden sich in Ereignisdefinition, Symptomstruktur und weiteren Kriterien. Deshalb keine gemischten Algorithmen aus DSM-IV-Fragebogen, DSM-5-TR-Schwellen und ICD-11-Diagnosebezeichnung bilden (APA, 2022; WHO, 2024).

Eine fachgerechte Abklärung erfasst Ereignisbezug, Art und Dauer der Beschwerden, Beeinträchtigung, Ressourcen, Begleiterkrankungen und Differentialdiagnosen. Der Beratungsauftrag wird davon getrennt festgehalten (DeGPT, 2026).

Ein positives Screening ist ein Gesprächs- und gegebenenfalls Überweisungsanlass. Ein unauffälliger Summenwert schließt eine relevante Belastung oder eine akute Gefährdung nicht aus.

Child Report of Post-Traumatic Symptoms (CROPS)

Entwicklung und erste Validierung: Greenwald und Rubin (1999).

CROPS ist ein Selbstbeurteilungs-Screening mit 26 Items für 7- bis 17-Jährige. Es erfasst ein breites Spektrum von Beschwerden in den vergangenen sieben Tagen und kann Veränderungen über die Zeit beschreiben (NCTSN, o. J.-a).

Die Bearbeitung ist kurz; bei Verständnisproblemen wird neutral unterstützt. Auswertung und Interpretation setzen Vertrautheit mit dem Instrument voraus.

- Ein einfacher Summenwert wird ermittelt.
- „gar nicht“ = 0 Punkte, „etwas“ = 1 Punkt, „sehr“ = 2 Punkte

Der häufig genannte Wert von 19 Punkten ist laut Instrumentbeschreibung ein Hinweis auf klinischen Abklärungsbedarf. Er bestätigt weder eine akute Belastungsreaktion noch eine PTBS. Aussagekraft und Schwellen hängen auch von Fassung, Sprache und Untersuchungspopulation ab (NCTSN, o. J.-a).

Eine unmittelbar nach einer Sitzung geänderte Antwort auf Fragen zur vergangenen Woche belegt keinen sofortigen Therapieerfolg. Verlaufsmessungen erfolgen in sinnvollen Abständen bei gleichem Bezugszeitraum; subjektives Befinden, Alltag und andere Informationsquellen werden einbezogen.

Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms (PROPS)

Entwicklung und erste Validierung: Greenwald und Rubin (1999).

PROPS wird von Eltern oder anderen geeigneten Bezugspersonen ausgefüllt. Die NCTSN-Beschreibung nennt 32 Items, 7- bis 17-Jährige und die vergangenen sieben Tage. Der im Skript erhaltene historische Scan enthält 30 Items; diese Fassungen nicht stillschweigend vermischen (NCTSN, o. J.-b).

- Ein einfacher Summenwert wird ermittelt.
- „gar nicht“ = 0 Punkte, „etwas“ = 1 Punkt, „sehr“ = 2 Punkte

Der genannte Wert von 16 Punkten zeigt in der Instrumentbeschreibung klinischen Abklärungsbedarf an. Er ist keine eigenständige ABR-/PTBS-Diagnose. Für die konkrete Fassung gelten deren Manual und Validierungsgrundlagen.

Eltern- und Kindberichte können voneinander abweichen, weil sie unterschiedliche Perspektiven erfassen. Abweichungen werden besprochen; sie beweisen weder eine falsche Aussage noch fehlende Belastung. Veränderungen des PROPS allein belegen keinen spezifischen oder sofortigen EMDR-Effekt.

Praxisübung: Screeningergebnisse rückmelden

Eine Jugendliche berichtet im CROPS 21 Punkte, ihre Bezugsperson im PROPS 10 Punkte. Formulieren Sie eine Rückmeldung ohne Diagnose: „Du berichtest Belastungen, die wir genauer verstehen sollten.“ Fragen Sie nach aktuellen Schwierigkeiten, Sicherheit, Ressourcen und der unterschiedlichen Wahrnehmung. Vereinbaren Sie bei anhaltender Beeinträchtigung eine qualifizierte Abklärung. Ein niedriger Elternwert entkräftet den Selbstbericht nicht. Ein vereinbarter Nachmesszeitpunkt orientiert sich am Bezugszeitraum des Instruments, nicht am Wunsch, eine einzelne Sitzung zu bestätigen.

Historisches Arbeitsblatt zu Veränderungsambivalenz

ARBEITSBLATT BLOCKIERENDE SELBSTÜBERZEUGUNG

Das Problem, das ich lösen möchte -

	Nach meinem Gefühl absolut wahr ---->------>------>------>absolut falsch 1	2	3	4	5	6
Es ist mir peinlich, dieses Problem zu haben.						
Ich werde dieses Problem niemals bewältigen.						
Ich bin mir nicht sicher, ob ich dieses Problem bewältigen möchte.						
Wenn ich dieses Problem löse, wird mir etwas fehlen.						
Mir fehlt die Stärke oder die Willenskraft, um dieses Problem zu lösen.						
Wenn ich wirklich über dieses Problem sprechen würde, würde etwas Schlimmes passieren.						
Das ist ein Problem, das nur jemand anders lösen kann.						
Sollte ich dieses Problem jemals lösen, würde ich ein Stück von meinem wahren Ich verlieren.						
Ich will nie wieder über dieses Problem nachdenken.						
Ich sollte dieses Problem lösen, aber ich tue nicht immer, was ich soll.						
Ich mag Menschen, die dieses Problem haben lieber als Menschen, die es nicht haben.						
Es könnte gefährlich für mich sein, dieses Problem zu bewältigen.						
Immer wenn ich versuche, über dieses Problem nachzudenken, schweifen meine Gedanken ab.						
Ich behaupte, dieses Problem lösen zu wollen, tue es aber nie.						
Es könnte für jemand anderen schlecht sein, wenn ich dieses Problem bewältige.						
Wenn ich dieses Problem bewältige, ist es für immer weg: Es gibt keinen Weg zurück.						
Ich verdiene es nicht, dieses Problem zu bewältigen.						
Dieses Problem ist zu groß für mich.						
Wenn ich dieses Problem bewältigen würde, ginge das gegen meine Moralvorstellungen.						
Es gibt jemanden in meinem Leben, der dieses Problem hasst.						
Es hat auch etwas Gutes, dieses Problem zu haben.						
Ehrlich gesagt: ich habe gar kein Problem.						
Ich habe dieses Problem schon so lange - ich werde es niemals ganz lösen.						
Ich muss noch warten, bis ich dieses Problem lösen kann.						
Wenn ich dieses Problem löse, könnte ich dadurch viel verlieren.						
Wenn ich dieses Problem löse, dann vor allem wegen jemand anderem.						

QUELLENANGABE

Popky, A.J., Smoking Protocol, EMDR Annual Conference, Sunnyvale, Ca., 1994.

Historisches Arbeitsblatt aus dem vorhandenen Lehrmaterial; dortiger Herkunftshinweis: A. J. Popky, Smoking Protocol, EMDR Annual Conference, Sunnyvale, 1994. Die Skalen sind hier keine validierte Traumadiagnostik und liefern keine Diagnose oder Kausalbeweise. In der Beratung können ausgewählte, selbst gewählte Aussagen ein Gespräch über Sorgen, Nutzen und Hindernisse einer Veränderung eröffnen. Nicht passende Aussagen dürfen ausgelassen werden. Keine vorgegebene Aussage wird als verborgene Wahrheit unterstellt.

PROPS – historische Fassung als Lehrbeispiel

Ausgefüllt von:_____ Datum:_____

Elternfragebogen PROPS

Wie gut beschreiben die folgenden Aussagen über Zustände oder Eigenschaften das Verhalten Ihres Kindes **in der letzten Woche**?
Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuzen Sie den ersten Kreis an. Wenn eine Aussage etwas zutrifft, kreuzen Sie bitte den mittleren Kreis an. Wenn sie sehr zutrifft, kreuzen Sie den letzten Kreis an.
Lassen Sie bitte keine Aussage aus, selbst wenn Sie sich nicht sicher sind. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	gar nicht	*etwas*	*sehr*
traurig oder deprimiert	O	O	O
vermeidet frühere Interessen	O	O	O
Konzentrationsschwierigkeiten	O	O	O
denkt an schlechte Erlebnisse	O	O	O
fühlt sich schuldig	O	O	O
schaltet ab	O	O	O
macht sich Sorgen	O	O	O
nervös	O	O	O
Schlafstörungen	O	O	O
Alpträume oder schlechte Träume	O	O	O
Bauchschmerzen	O	O	O
Kopfschmerzen	O	O	O
zieht sich zurück	O	O	O
Stimmungsschwankungen	O	O	O
besorgt / ängstlich	O	O	O
wiederholt die gleichen Spiele oder Aktivitäten	O	O	O
klammert sich an Erwachsene	O	O	O
unbegründete Ängste	O	O	O
in Probleme/Konflikte verwickelt	O	O	O
fühlt sich ungerecht behandelt	O	O	O
gereizt / reizbar	O	O	O
überwachsam	O	O	O
Prügeleien	O	O	O
kommandiert Gleichaltrige	O	O	O
ängstlich	O	O	O
leicht zu erschrecken	O	O	O
aufbrausend	O	O	O
streitet	O	O	O
geheimnistuerisch	O	O	O
gleichgültig	O	O	O
(16)	0 P	1P	2P

Erhaltene historische 30-Item-Fassung; die NCTSN-Instrumentbeschreibung führt eine spätere 32-Item-Fassung. Auswertung nur passend zur tatsächlich verwendeten Fassung und ihrem Manual. Die Angabe „16“ ist ein Screeninghinweis auf Abklärungsbedarf, keine Diagnosegrenze. Bezugszeitraum: vergangene Woche. Quelle: Greenwald und Rubin (1999); NCTSN (o. J.-b).

CROPS – Selbstbericht als Lehrbeispiel

Name:_____ Datum:_____

Fragebogen für Kinder und Jugendliche CROPS

Wie gut treffen folgende Aussagen auf Dich **in der letzten Woche** zu? Wenn die Aussage gar nicht zutrifft, kreuze den ersten Kreis an. Wenn die Aussage etwas zutrifft, kreuze den mittleren Kreis an. Wenn die Aussage sehr zutrifft, kreuze den letzten Kreis an.
Lass bitte keine Aussage aus, selbst wenn Du Dir nicht sicher bist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

	gar nicht	*etwas*	*sehr*
Ich fühle mich traurig oder deprimiert.	O	O	O
Ich habe zu nichts Lust.	O	O	O
Ich kann mich nur schwer konzentrieren.	O	O	O
Ich denke an schlechte Dinge, die passiert sind.	O	O	O
Ich glaube ich bin schuld daran, wenn schlechte Dinge passieren.	O	O	O
Ich schalte ab, wenn man mit mir redet.	O	O	O
Ich mache mir Sorgen, das etwas Schlimmes passieren wird.	O	O	O
Ich bin nervös und zappelig.	O	O	O
Mir fällt es schwer, abends einzuschlafen.	O	O	O
Ich träume schlecht oder habe Alpträume.	O	O	O
Ich bekomme Bauchschmerzen.	O	O	O
Ich bekomme Kopfschmerzen.	O	O	O
Ich fühle mich ganz allein.	O	O	O
Ich habe Tagträume.	O	O	O
Ich versuche, schlechte Dinge, die passiert sind, zu vergessen.	O	O	O
Ich vermeide Sachen, die mich an schlimme Ereignisse erinnern.	O	O	O
Ich tue Dinge, um sicher zu gehen, das nichts Schlimmes passiert.	O	O	O
Ich tue Dinge, für die ich wahrscheinlich zu alt bin.	O	O	O
Ich fühle mich krank oder habe Schmerzen.	O	O	O
Ich fühle mich müde oder schlapp.	O	O	O
Ich fühle mich eigenartig oder anders als die anderen Kinder.	O	O	O
Ich habe das Gefühl, etwa stimmt nicht mit mir.	O	O	O
Ich fühle mich wie verhext oder wie ein Pechvogel.	O	O	O
Dinge regen mich auf und machen mich verrückt.	O	O	O
Ich bin auf der Hut vor schlechten Dingen, die geschehen könnten.	O	O	O
(19)	0 P	1P	2P

CROPS mit 26 Items; Bezugszeitraum: vergangene Woche. Der Wert 19 weist in der Instrumentbeschreibung auf klinischen Abklärungsbedarf hin und bestätigt keine PTBS. Der Bogen ersetzt kein Gespräch über Ereignisbezug, Beeinträchtigung, Sicherheit und andere Erklärungen. Quelle: Greenwald und Rubin (1999); NCTSN (o. J.-a).

9. Vertiefung: Praxisberatung in Jugendhilfe und Schule

Der ausführliche Lehrfall in Kapitel 10 wird als historische Fallvorstellung aus dem damaligen Berichtszeitraum gelesen. Seine dokumentierten Ereignisse, fachlich übernommenen Diagnosen, Ressourcen und bisherigen Hilfen bleiben erhalten. Beobachtungen, Fremdberichte und nachträgliche Deutungen werden unterschieden. Der Fall beschreibt keine aktuelle Personensituation und erlaubt keine Ferndiagnose.

Für die traumazentrierte Fachberatung lautet ein möglicher Auftrag: Wie können Schule und Wohngruppe für den beschriebenen Jungen einen verlässlichen, schützenden und im Alltag umsetzbaren Rahmen gestalten? Ratsuchende sind hier die beteiligten Fachkräfte; das Kind und seine Sorgeberechtigten bleiben beteiligte Personen mit eigenen Rechten und Perspektiven. Fachberatung entscheidet weder allein über Umgangskontakte noch ersetzt sie Hilfeplanung, Kinderschutz oder klinische Behandlung.

Im ersten Praxisberatungsgespräch werden Auftrag, vorhandene Informationen, Verantwortlichkeiten und Grenzen der Datenweitergabe geklärt. Was möchte Kevin selbst verändern? Was wünschen Schule, Wohngruppe und Sorgeberechtigte? Welche Ziele sind gemeinsam, welche widersprechen einander? Die Fachberatung prüft, ob der Auftrag Hilfe zum Verstehen und Handeln oder eine implizite Bestätigung einer bereits feststehenden Schuld- oder Diagnosethese verlangt.

Für den Alltag werden zunächst konkrete Situationen untersucht: Was geschah unmittelbar vor einer Eskalation, wer reagierte wie und was war anschließend anders? Frühere Gewalt ist ein relevanter Kontext, aber nicht die einzige Erklärung jedes heutigen Verhaltens. Unterrichtsgestaltung, Leistungsanforderungen, Schlaf, Gleichaltrige, aktuelle Beziehungen und Wirkung vorhandener Hilfen werden mitbetrachtet. Hypothesen bleiben überprüfbar; aus Unaufmerksamkeit wird nicht automatisch Dissoziation und aus Nähe-Distanz-Problemen keine Bindungsdiagnose (APA, 2022; WHO, 2024).

Ein gemeinsamer Plan könnte einen berechenbaren Schulbeginn, eine vertraute Ansprechperson, eine abgestimmte Pause bei Überlastung und einen verlässlichen Rückkehrschritt umfassen. Grenzen gegen Gewalt bleiben klar; sie werden ohne Beschämung erklärt und umgesetzt. Wünsche und Rückmeldungen des Kindes werden altersgerecht einbezogen. Bei Hinweisen auf fortgesetzte Gefährdung folgt eine fachliche Schutzabklärung. Bei klinischem Bedarf wird mit Einwilligung beziehungsweise passender gesetzlicher Grundlage die Behandlung abgestimmt; pädagogische Bezugspersonen nehmen keine eigenständigen Medikamentenänderungen vor.

Praxisberatung überprüft auch das Helfersystem: Sind Regeln zwischen Schule und Gruppe widersprüchlich? Werden Aufgaben wiederholt weitergereicht? Welche Arbeitsbedingungen begünstigen Erschöpfung oder vorschnelle Deutungen? Ein gemeinsamer Plan benennt Verantwortliche, Vertretung, Informationswege und einen Überprüfungstermin. Erfolg zeigt sich beispielsweise an mehr Teilnahme und weniger belastenden Unterbrechungen, nicht daran, dass eine bevorzugte Traumaerklärung bestätigt wird.

Übung zur fallbezogenen Fachberatung

Arbeiten Sie mit dem Lehrfall in Kapitel 10 in vier Rollen: Fachberatung, Schule, Wohngruppe und Vertretung der Perspektive des Kindes. Wählen Sie eine konkrete Alltagssituation. Ordnen Sie zuerst Beobachtungen, berichtete Ereignisse, dokumentierte Diagnosen und Hypothesen in

vier Spalten. Entwickeln Sie anschließend zwei alternative Erklärungen und eine gemeinsame, praktisch umsetzbare Unterstützung für die nächsten zwei Wochen.

Halten Sie fest, wer mit Kevin und seinen Sorgeberechtigten spricht, welche Information weitergegeben werden darf, wer einen möglichen Schutzbedarf abklärt und woran der Nutzen der Maßnahme erkennbar wird. Die Auswertung prüft, ob die Interessen des Kindes vorkommen, die Fachberatung in ihrer Rolle bleibt und Verantwortung nicht dem Kind für die Hilflosigkeit der Erwachsenen zugeschrieben wird. Ergänzen Sie eine Frage, die das Team in Supervision weiterbearbeiten sollte.

© WZPP® WeiterbildungsZentrum für Pädagogik und Psychologie

10. Lehrfall: Fallvorstellung nach dem Schema der Qualifizierung Traumapädagogik

1. Basisdaten

Kevin B., Jahrgang 1999.

Über Auffälligkeiten in der Schwangerschaft und während der Geburt gibt es keinerlei Daten. Kevin ist altersgemäß entwickelt. Aufgrund einer Wespenallergie musste Kevin in den letzten Jahren im vierwöchigen Turnus zur Desensibilisierung, die er regelmäßig und selbständig wahrgenommen hat.

Kevin ist seit dem 11.03.2011 in der Intensivgruppe „Haus 7“ des Kinder- und Jugenddorfes untergebracht. In der Gruppe werden 6 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 9 und 13 Jahren betreut. Gleichzeitig besucht er die Schule, eine zum Kinder- und Jugenddorf gehörende Heimsonderschule für Erziehungshilfe mit den Bildungsgängen Förderschule – Werkrealschule.

2. Anamnese

2.1 Familienklima

Kevin ist als zweites Kind von Frau R. in eine konfliktreiche, sich in der Auflösung befindliche Familie hineingeboren. Von Kevins leiblichem Vater (wohnhaft in Norddeutschland) trennt sich die Mutter (*1975), bevor Kevin geboren wird.

Kevin besucht einen Regelkindergarten, wechselt allerdings sehr schnell wegen Verhaltensauffälligkeiten in einen integrativen Kindergarten.

Nach Einschulung in eine Volksschule zum Schuljahr 2005/06 erfolgt im ersten Schuljahr ein Umzug und ein Besuch der Volksschule am neuen Wohnort.

In Klasse 3 erfolgt eine Umschulung in ein sonderpädagogisches Förderzentrum mit Heimunterbringung (Kinderdorf in N.).

Vorausgegangen war der empfohlene stationäre Aufenthalt nach einer ambulanten Krisenintervention. Gründe für die Aufnahme waren vornehmlich selbst- und fremdaggressive Verhaltensweisen, sowohl in der Schule als auch zu Hause, besonders gegenüber der jüngeren Halbschwester. „… Konflikte seiner Eltern als auch Albträume belasten ihn …“

Im Oktober 2009 Wechsel der Gruppe wegen körperlicher Übergriffe

Im Mai 2010 Entlassung aus dem Kinderdorf wegen provokanten, aggressiven Verhaltens in Verbindung mit häufiger Abwesenheit und Autoaggression (Ritzen…).

Von Mai bis Juli 2010 erneuter stationärer Aufenthalt in der KJP. Im Anschluss erfolgt bis März 2011 eine Unterbringung in einer Clearingstelle.

Ab 11.03.2011 Aufnahme am Kinder- und Jugenddorf Intensivgruppe Haus 7.

Vater

Bis heute sucht der Vater (*1969) keinen Kontakt zu Kevin, sondern nur zu dessen älterem Bruder Jan (*1996). Nur dieser wird häufig von den Großeltern väterlicherseits in den Ferien eingeladen, da nur Jan von ihnen akzeptiert wird. Bei Kevin sind in der Beziehung zu seinem Bruder deutlich ambivalente Strukturen festzustellen. Auf der einen Seite ist er eifersüchtig auf

Jan und hat häufig Konflikte mit ihm, auf der anderen Seite scheint er sich insgeheim nach einem „großen Bruder“ zu sehnen. Dies zeigt sich deutlich an seinem „suchenden Umgang“ mit älteren Jugendlichen, die er dann scheinbar scherzhaft „mein großer Bruder“ nennt. Jan erfährt momentan eine 1:1-Betreuung in einer anderen Stadt aufgrund eines Gerichtsbeschlusses und kommt nicht nach Hause.

Mutter

Dem Bericht zufolge hat die Mutter von Kevin sowohl durch den Kindsvater als auch durch den darauffolgenden zweiten Lebenspartner massive körperliche und sexuelle Gewalt erfahren. Ob daraus eine Traumafolgestörung entstanden ist, lässt sich aus dem Fallbericht nicht feststellen.

Nach der Trennung vom leiblichen Vater von Kevin erfolgt ein Umzug und die Scheidung im Jahr 2000. Im selben Jahr Hochzeit mit Herrn F. (verst. 2010) und Geburt von Lukas (*2000) und Marie (*2001).

Nach einer Mutter-Kind-Kur (11–12/2003) erfolgt die Trennung von Herrn F. und die Flucht in ein Frauenhaus. Die Ehe mit Herrn F. wird 2004 geschieden. Während des Aufenthaltes im Frauenhaus lernt die Mutter von Kevin Herrn R. (*1964) kennen.

2005 erfolgt die Hochzeit mit Herrn R.

Dieser bringt seinen Sohn mit geistiger Behinderung, der ebenfalls Kevin heißt (*1997), mit in die Ehe. Sein älterer Sohn Andre (*1990) lebte bei seiner geschiedenen Frau. (verstorben im Februar 2013)

Im Fallbericht werden schwere körperliche und psychische Gewalterfahrungen durch den inzwischen verstorbenen ersten Stiefvater und dessen Alkoholprobleme beschrieben. Betroffen waren dem Bericht zufolge besonders die Kinder aus der ersten Beziehung. Kevin äußert sich ablehnend über ihn und nennt Gewalt und Trinken als Gründe. Aus seiner Äußerung lässt sich nicht sicher ableiten, wie ihn der Tod des Stiefvaters emotional berührt.

Zum damaligen Stiefvater Herrn R. wird eine ambivalente Beziehung beschrieben: Kevin freut sich über gemeinsame Aktivitäten und begleitet ihn zur Arbeit; zugleich wird der Stiefvater als streng erlebt. Ob mit dem beschriebenen „großen Respekt“ Angst verbunden ist, bleibt zu klären. Berichte aus Beurlaubungen und auffälliges sexualisiertes Verhalten nach Besuchskontakten geben Anlass, den Schutzbedarf fachlich zu prüfen. Das Verhalten allein beweist weder fortgesetzte Gewalt noch eine bestimmte Tat oder Täterperson.

Der jetzige Stiefvater weigerte sich lange Zeit, sich aktiv in die Familienarbeit mit einzubringen. Dies hat sich jedoch geändert, er nimmt an den Hilfeplanungen aktiv teil. Er ist geradlinig, hat Standpunkte und kann sich in Kevin hineinversetzen.

Die beschriebenen familiären Belastungen und die Überforderung der Mutter können die verlässliche Versorgung früher Bedürfnisse erschwert haben. Unsicherheit und wechselnde Nähe-Distanz-Regulation sind mögliche Arbeitshypothesen. Ein desorganisierter Bindungstyp oder eine klinische Bindungsstörung lässt sich aus dieser biografischen Darstellung allein nicht diagnostizieren.

Der Bericht beschreibt Angst, Wut, aggressive Reaktionen und Hilflosigkeit sowie häufige Wechsel und Beziehungsabbrüche. Wie diese Erfahrungen im Einzelfall zusammenhängen, wird mit Kevin und den beteiligten Fachkräften geprüft. Sie legen seine weitere Entwicklung nicht fest.

2.2 Mittlerfaktoren

a) Prätraumatische Ausgangslage

Keine Angaben.

b) Geschlechtszugehörigkeit

Kevin ist ein Junge

c) Nähe der Erwachsenen/Beziehung zur Täterin bzw. zum Täter

Im Fallbericht werden wiederholte Misshandlungen und unzuverlässige Beziehungserfahrungen im unmittelbaren familiären Umfeld beschrieben. Ihr Beginn und Verlauf sind anhand der vorhandenen Angaben zu unterscheiden. Eine lückenlose Feststellung „seit der Geburt bis heute“ ist damit nicht belegt.

d) Chronizität und Schwere der Misshandlungen

Der Bericht beschreibt wiederholte und länger andauernde Belastungen. Daraus folgt weder eine unveränderbare Schädigung noch eine lebenslang feststehende Traumafolgestörung.

Die beschriebenen Misshandlungen, Beziehungserfahrungen und Hilfeabbrüche können eine Erwartung begünstigen, dass Hilfe nicht verlässlich verfügbar ist. Ob Kevin dies selbst so erlebt, muss aus seinen Äußerungen und dem aktuellen Kontakt hervorgehen. Für die Einschätzung der Belastung werden Art, Dauer, Intensität, damalige Schutzmöglichkeiten und heutige Folgen getrennt betrachtet.

e) Emotionales Klima in der Familie

Als familiäre Belastungen werden Angst, Überforderung und unzureichende emotionale Versorgung beschrieben. Welche Auswirkungen sich bei Kevin zeigen, ist konkret und veränderungsoffen zu beobachten. Pauschale Zuschreibungen wie eine verfestigte „Verwahrlosung“ der Persönlichkeit sind daraus nicht ableitbar.

f) Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen

(s. Anhang Genogramm)

Trotz der Umstände und Schwierigkeiten, denen das familiäre System ausgesetzt war und ist, konnte Frau R. Kevin ihren Möglichkeiten entsprechend emotional und körperlich versorgen. Sie liebt ihre Kinder, ist jedoch mit der Erziehung selbst überfordert. Grenzen zu setzen fällt ihr leicht, doch oft fehlt ihr die Kraft, sie konsequent einzufordern. Immer wieder zeigt sich auch, dass Kevin in der Lage ist, sich sozial angemessen zu verhalten; grundlegende Kompetenzen und Wertvorstellungen sind vorhanden. Auffällig ist ein hohes Maß an Sensibilität für andere.

Kevin und seine Mutter werden als eng verbunden beschrieben; sie ist im Bericht eine wichtige kontinuierliche Bezugsperson. Gemeinsam erlebte Gewalt und Not sowie Sorgen um ihre Sicherheit können die Beziehung belasten. Der Begriff „symbiotisch“ wäre eine Deutung und ersetzt keine Beschreibung von Nähe, Abgrenzung, Versorgung und Verantwortungsübernahme.

Einige berichtete Verhaltensweisen können Anlass geben, die Beziehungssicherheit zwischen Kevin und seiner Mutter genauer zu betrachten; sie belegen keinen bestimmten Bindungstyp. Die Beziehungen zu den Großeltern werden unterschiedlich beschrieben: Ablehnung väterlicherseits, ein guter Kontakt zur Großmutter mütterlicherseits. Zum Patenonkel besteht gelegentlich Kontakt.

Zu seinem Bruder Jan hat er (s. 2.1) ein ambivalentes Verhältnis. Mit seinem jetzigen Stiefbruder Kevin teilt er sich an den Heimfahrwochenenden das Zimmer, was nach Berichten der Mutter in den vorangegangenen Hilfeplänen gut funktioniere. Über die beiden anderen Halbgeschwister berichtet er nicht; aus den Akten und Berichten ist ersichtlich, dass er sie gerne „manipuliert“ und „ärgert“. Auch von körperlichen Übergriffen wird berichtet (v. a. gegenüber Marie). Aktuell ist dies nicht mehr so. Insgesamt werden alle Kinder von Frau R. in medizinischen Gutachten als motorisch unruhig beschrieben; sie verlangten die ungeteilte Aufmerksamkeit der Mutter. Sich alleine zu beschäftigen, falle diesen Kindern sehr schwer.

Im Gruppenalltag können frühere Beziehungserfahrungen Kevins Erwartungen beeinflussen. Ob ein konkreter Konflikt damit zusammenhängt, ist eine gemeinsam zu prüfende Hypothese.

Kevins Möglichkeiten, Beziehungen im Gruppenalltag einzugehen und Kontakte zu knüpfen, können sowohl von früheren Erfahrungen als auch von aktuellen Anforderungen, den Reaktionen anderer und den Bedingungen der Einrichtung beeinflusst werden.

Die Vielzahl der Verweise und Ausschlüsse sowie die Berichte von Lehrkräften und Erziehenden zeigen, dass bisherige Hilfen keine ausreichend tragfähige Kontinuität erreicht haben. Sie beweisen nicht, dass Kevins Bindungsverhalten unveränderbar ist oder er Hilfe grundsätzlich nicht zulassen kann. Zu prüfen sind Passung, Schutz, Beteiligung und Verlässlichkeit der Angebote.

Historische Gutachtenpassage zur kritischen Reflexion: Im Ausgangsskript heißt es, Kevin „zwingt“ seine Helfer zu neuen Strategien, „erlaubt“ sich keine Veränderung und stelle Hilfen so auf die Probe, dass diese scheitern müssten. Diese Formulierungen dokumentieren damalige Deutungen der Helfenden; sie belegen weder Absicht noch eine alleinige Verantwortung Kevins für Beziehungsabbrüche. Fachlich wird gefragt, was beobachtbar geschah, wie Kevin die Situation erlebte, welche Reaktionen im Hilfesystem folgten und welche Bedingungen künftig veränderbar sind.

2.3 Entwicklung der Ich-Funktionen

Im psychoanalytischen Modell bezeichnet das „Ich“ unter anderem Funktionen des Wahrnehmens, Denkens, Planens und der Regulation von Gefühlen und Beziehungen. Für die pädagogische Fallarbeit werden solche Modellbegriffe in beobachtbare Fähigkeiten und konkreten Unterstützungsbedarf übersetzt.

Körper und Erleben im psychoanalytischen Modell

Freuds Aussage über die körperliche Verankerung des Ichs lässt sich hier sinngemäß aufgreifen. Schon eine Erkältung oder ein Zahnschmerz kann unser Erleben verändern und uns mit anderen Empfindungen auf die Welt blicken lassen. Wenn wir uns freuen, kann das Herz schneller schlagen; wenn wir uns schämen, können wir rot werden. Körperreaktionen allein belegen keine bestimmte psychische Ursache oder Lebensgeschichte.

Für Kevin liegen laut den Basisdaten keine gesicherten Angaben zu Auffälligkeiten in Schwangerschaft und Geburt vor. Eine bereits pränatal einsetzende individuelle Traumatisierung lässt sich daher aus diesem Fallbericht nicht feststellen. Beschrieben werden Schwierigkeiten der Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung; zugleich zeigen sich vorhandene Fähigkeiten und Lernmöglichkeiten. Unterstützungsbedarf wird an diesen konkreten Beobachtungen festgemacht.

2.4 Transgenerationale Traumaweitergabe

Zitat aus einem multidisziplinären Gutachten:

„… Frau R. hat in ihrer Vergangenheit viel Gewalt erlebt (durch ihre ehemaligen Ehemänner …)“

Zu einer möglichen eigenen Belastungsgeschichte der Mutter vor den Partnerschaften enthalten die zugänglichen Unterlagen keine ausreichenden Informationen. Eine entsprechende Vermutung bleibt offen und darf nicht als gesicherte Erfahrung dokumentiert werden.

Aus fehlenden biografischen Angaben lassen sich weder verdrängte Erinnerungen noch eine Dissoziation der Mutter ableiten. Mögliche intergenerationale Belastungswege betreffen beispielsweise aktuelle Erschöpfung, Beziehungsgestaltung, Angst und verfügbare Unterstützung. Ob sie hier wirksam sind, muss konkret geprüft werden; eine Weitergabe ist nicht zwangsläufig. Die im Bericht beschriebenen Zurückweisungen und Konflikte werden als eigenständige Belastungen ernst genommen.

Kevin tritt anfangs als freundliches, aufgeschlossenes Kind auf und verhält sich unauffällig, vordergründig angepasst und sucht körperliche Zuneigung bei den Erziehern. Es fällt jedoch auf, dass er keine festen Bindungen oder Freundschaften eingeht.

Im weiteren Verlauf der vergangenen Heimunterbringungen wirkt er einerseits hilflos, depressiv und resigniert, andererseits zeigt er latent aggressive Verhaltensweisen (v. a. auch verbaler Art), die sich sowohl nach innen als auch nach außen richten.

2.5 Diagnostische Befunde

Historisch übernommene fachliche Diagnosen von Kevin nach dem damaligen multiaxialen ICD-10-Schema:

- **1. Achse:** F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- **2. Achse:** keine Angaben
- **3. Achse:** durchschnittliche Intelligenz
- **4. Achse:** keine Angaben
- **5. Achse:** aktuelle psychosoziale Belastungsfaktoren
- **6. Achse:** ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung

Im historischen Fallbericht aufgeführte Medikation im Zusammenhang mit der ADHS-Diagnostik:

Die damalige Notiz nennt Medikinet „0–0 mg–0“, Equasym retard „50 mg–0–0“ und Risperdal „0–0–0 mg“. Diese teils unklaren beziehungsweise mit Nullwerten versehenen Angaben werden nicht als aktuelle Einnahmeanweisung verwendet. Für die Versorgung sind ausschließlich der ärztlich geprüfte aktuelle Medikationsplan, Wirkstoff, Formulierung und tatsächlich verordnete Dosis maßgeblich.

3. Die individuelle Belastung des Kindes

3.1 Prätraumatische Ausgangslage

Frau R. wird seit Jahren als stark belastet beschrieben; dem Bericht zufolge beantragte sie bereits 2004 sozialpädagogische Familienhilfe. Eine Heimunterbringung konnte sie sich zunächst nicht vorstellen. Ob sie bereits in ihrer eigenen Kindheit Gewalt erlebt hat, ist in den

verfügbaren Unterlagen nicht ausreichend belegt. Dieser offene Punkt erlaubt keine Aussage über eine „prätraumatische Ausgangslage“ Kevins.

3.2 Was ist passiert? Wann ist es passiert? Was waren die Umstände der traumatischen Erfahrungen?

- Trennung vom leiblichen Vater
- 1999 Geburt Kevin
- Umzug (andere Stadt)
- 3/2000 Hochzeit mit Herrn F. und Geburt von Halbbruder Lukas
- 12/2001 Geburt von Halbschwester Marie
- 8/2003 Wechsel in integrativen Kindergarten wegen Verhaltensauffälligkeiten
- 11–12/2003 Mutter-Kind-Kur
- 12/2003 Trennung von Herrn F. und Flucht mit den vier Kindern ins Frauenhaus in der Nähe von Herrn R.
- 2004 Scheidung von Herrn F.
- 2005 Hochzeit mit Herrn R.; dieser bringt seinen Sohn mit geistiger Behinderung (ebenfalls Kevin) mit in die Ehe.
- 2005/06 Einschulung in die Volksschule
- 2006 Umzug mit Schulwechsel an die dortige Volksschule
- 12.11.2007 – 02.02.2008 Stationärer Aufenthalt in der KJP in B.
- 6/2008 Kinderdorf M. und Besuch der „Schule am M.“ in N.
- 10/2009 Wechsel der Gruppe wegen körperlicher Übergriffe
- 5/2010 Entlassung aus dem Kinderdorf M.
- 25.05. – 15.07.2010 Zweiter stationärer Aufenthalt KJP in B.
- 15.07.2010 – 11.03.2011 Clearingstelle in W.
- 11.03.2011 Aufnahme im Kinderdorf in E. Intensivgruppe H 7

3.3 Wie bewertet das Kind die Geschehnisse?

Kevin berichtet nach der damaligen Darstellung nur wenig über belastende Erfahrungen. Das kann unterschiedliche Gründe haben, etwa fehlendes Vertrauen, Scham, Loyalität, Schutzbedürfnis, begrenzte Erinnerbarkeit oder den Wunsch, aktuell nicht darüber zu sprechen. Es beweist weder eine Abspaltung noch ein verborgenes Geheimnis. Sorgen um die Mutter werden als mögliches Thema behutsam angesprochen, ohne eine bestimmte Erklärung vorzugeben.

3.4 Welche Mechanismen des Selbstschutzes hat das Kind angewandt, welche Widerstandsformen hat es entwickelt?

- Vielfältiges sportliches Interesse und Betätigung
- Körperliche Arbeit (gröbere Arbeiten werden gegenüber den feinmotorischen bevorzugt)
- Rückzug (innerlich/äußerlich)

- Als mögliche Erklärung im Ausgangsskript genannt: Verdrängung/Dissoziation. Diese Hypothese wird von konkreten Beobachtungen und einer gegebenenfalls fachlich gestellten Diagnose getrennt.
- In Konflikten werden Widerstand und Schwierigkeiten beschrieben, andere Sichtweisen aufzunehmen; laut damaligem Bericht hatte sich dies bereits verbessert.
- Das Helfersystem verändert wiederholt seine Strategien; Anlass, Ablauf und Wirkung werden gemeinsam reflektiert.
- Kontrolle über das eigene Erleben könnte für Kevin Sicherheit bedeuten. Ob dies erklärt, weshalb Veränderungen schwierig sind, bleibt eine Hypothese; fehlender Fortschritt beweist kein absichtliches Verweigern von Veränderung.

3.5 Für wen hat das Kind Verantwortung übernommen?

Kevin übernimmt für die Mutter die Verantwortung, siehe Punkt 2.

3.6 Die Beziehungen unter Gleichaltrigen sowie das schulische Umfeld

Anfangs zeigt sich Kevin als ein freundliches, aufgeschlossenes Kind und verhält sich sehr unauffällig und angepasst. Er integriert sich gut in die Gruppe und hat viele Kontakte aufgebaut. Feste Freundschaften, sowohl in der Schule als auch in der Peergroup bzw. im Heimbereich, geht er nicht ein. Meist dominant, selbstsicher und furchtlos auftretend, sucht er erfolgreich Kontakte zu Älteren, hier ist er ein Mitläufer. Es fällt ihm schwer, sich von anderen Jugendlichen abzugrenzen, er übernimmt schnell und unreflektiert deren Meinung.

Im Bericht wird beschrieben, dass Kevin sich gegenüber anderen profilieren möchte und dafür auch grenzüberschreitende Kontaktformen nutzt. Welche Absicht er damit verbindet, wird nicht als feststehend unterstellt. Pädagogisch werden zusätzliche Möglichkeiten für Zugehörigkeit, Anerkennung und Kontakt erprobt.

Kevin ist im Kinder- und Jugenddorf integriert, hat es aber dennoch nicht geschafft, dauerhafte Beziehungen zu Kindern zu knüpfen (s. o.).

3.7 Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung der Bezugspersonen

Zum damaligen Zeitpunkt wurden keine gesicherten aktuellen Übergriffe festgestellt. Zugleich enthält der Fallbericht Hinweise und offene Fragen nach Besuchskontakten. Daraus folgt ein sorgfältig dokumentierter Schutzklärungsbedarf; weder das Fehlen gesicherter Befunde noch auffälliges Verhalten allein klären die Frage abschließend.

4. Traumabezogene Diagnostik

4.1 Welche entwicklungspsychologischen Beeinträchtigungen hat das Kind entwickelt?

a) Belastende Erwartungen (Arbeitshypothesen)

Nur ausdrücklich dokumentierte Äußerungen werden als wörtliche Aussagen Kevins bezeichnet:

- Mir kann eh keiner helfen
- Nur in der Einsamkeit liegt meine Sicherheit
- Alle sind ungerecht
- Ich schaffe teilweise meine Vorsätze nicht

- Nähe macht mir (teilweise noch) Angst
- Ich kann nicht Vertrauen
- Ich verstehe mich manchmal selbst nicht
- Mir vertraut niemand

b) Beeinträchtigte Entwicklungskompetenzen

- Beschrieben werden Schwierigkeiten, unter Belastung Vertrauen, Emotionsregulation und Orientierung aufrechtzuerhalten. Eine geringe Störungstoleranz kann zu Eskalationen beitragen. Aus problematischem Verhalten lässt sich jedoch kein „schlecht entwickeltes Gewissen“ ableiten; moralisches Verständnis, Impulskontrolle, Situation und verfügbare Unterstützung sind getrennt zu betrachten.
- Der Bericht beschreibt unsicheres Verhalten in Beziehungen, Angst sowie wechselnde fürsorgliche und aggressive Reaktionen gegenüber jüngeren Kindern. Für einen damaligen Angstfragebogen wird der Prozentrang 93 angegeben; ohne genaue Testbezeichnung, Version, Normgruppe und Erhebungszeitpunkt ist dieser Wert hier nur als historisch übernommener Befund einzuordnen. Das Verhalten allein erlaubt keine Festlegung eines Bindungstyps.
- Im damaligen Berichtszeitraum werden Schwierigkeiten mit stabilen Beziehungen zu Gleichaltrigen und Betreuungspersonen beschrieben. Eine grundsätzliche oder dauerhafte Unfähigkeit folgt daraus nicht.
- Kevin hat kaum Vertrauen in seine Umwelt und die darin befindlichen Personen entwickeln können.
- Kevin lässt sich nach der Darstellung für sportliche Aktivitäten begeistern. Ohne Anleitung fällt ihm die Gestaltung seiner Freizeit häufiger schwer; einzelne Ideen oder Handlungen überschreiten Grenzen. Unterstützt werden deshalb zugängliche Freizeitmöglichkeiten, Wahlmöglichkeiten und verbindliche Begleitung.

c) Beeinträchtigte Belastbarkeit

- In der Alltagsbewältigung (häusliche Tätigkeiten, Ordnung, Zimmergestaltung) stellen Anforderungen für Kevin oft eine Belastung dar, die zur „Aufstockung“ seiner Energie und Wut führen können.
- In der Peergruppe orientiert sich Kevin laut Bericht stark an älteren Jugendlichen und überschreitet dabei teilweise Regeln. Ob er Regeln bewusst missachtet, sie unter Gruppendruck aus dem Blick verliert oder Unterstützung zum Abgrenzen braucht, ist im konkreten Ablauf zu klären.

d) Bindungsverhalten

Klare Strukturen mit wenigen, aber verlässlichen Regeln geben Kevin Sicherheit und Halt.

Die familiären Belastungen und eine wechselnde Verlässlichkeit von Regeln können Beziehungssicherheit erschweren. Das beobachtete Verhalten wird im Kontakt beschrieben; eine Klassifikation als „hochunsicher gebunden“ ist damit nicht automatisch gesichert.

In der Schule akzeptiert er seinen Klassenlehrer, welcher sehr klar und strukturiert in seinem Bereich arbeitet. In der Heimgruppe kann er seine Bedürfnisse oder Anliegen entsprechend deutlich mitteilen.

e) Gibt es Entwicklungskonsequenzen, die ein erhöhtes Risiko für eine erneute Traumatisierung bedeuten?

Zum damaligen Zeitpunkt wurde ein fortbestehendes Risiko weiterer belastender oder traumatisierender Erfahrungen gesehen. Diese Einschätzung verpflichtet das Hilfesystem zu Schutzplanung und regelmäßiger Überprüfung; sie ist keine feststehende Prognose über Kevin.

f) Sonstige Auffälligkeiten

Keine Angaben.

g) Somatoforme bzw. körperliche Auswirkungen

Blutbild und EEG sind unauffällig. Frühere Einschlafschwierigkeiten sind nicht mehr gegeben.

4.2 Welche traumabezogenen Auswirkungen kannst du beschreiben bzw. wurden bereits diagnostiziert?

Im Ausgangsskript aufgeführte Beschwerden und mögliche Begleitprobleme; sie sind für sich genommen keine PTBS-Diagnose:

- Rückzug
- Depressionen
- Bindungsbezogene Schwierigkeiten beziehungsweise eine gesondert fachlich zu prüfende Bindungsstörung
- Autoaggression (früher, momentan keine Anzeichen)
- Als Erklärung genannt: Verdrängung; kein eigenständiges PTBS-Diagnosekriterium

a) Historisches Erklärungsraster nach Levine und Kline

Die folgenden Begriffe und Beobachtungsbereiche wurden im Ausgangsskript anhand des Modells von Levine und Kline (2005) geordnet. Sie bleiben als Reflexionsmaterial erhalten. Kategorien wie „Kontraktion“ sind keine ICD- oder DSM-Diagnosen; Ablenkbarkeit allein belegt keine Dissoziation. Jede tatsächliche Beobachtung ist mit Zeitpunkt, Kontext und Quelle zu dokumentieren und gegebenenfalls fachlich abzuklären.

Chronische Übererregung

- Aggressives und vermeidendes Verhalten
- Regressives Verhalten
- Überaktivität
- Verstärktes Risikoverhalten
- Rückblenden
- Sich von gefährlichen Situationen angezogen fühlen

Dissoziation

- Leichte Ablenkbarkeit und Unaufmerksamkeit
- Gefühle von Getrenntsein und Isolation
- Abgeschwächte oder verringerte emotionale Reaktionen (erschwert Bindung)

Kontraktion

- Gefühle und Verhaltensweisen, die Hilflosigkeit zum Ausdruck bringen
- Vermeidungsverhalten

b) Developmental Trauma Disorder (DTD): historischer Konzeptvorschlag für die Fallreflexion

DTD ist ein von van der Kolk (2005) vorgeschlagenes Forschungskonzept und keine eigenständige Diagnose in DSM-5-TR oder ICD-11. Der historische Kriterienentwurf kann Fragen an Entwicklung und Regulation anregen; er ersetzt weder anerkannte Diagnosen noch die Prüfung der komplexen PTBS nach ICD-11. Symptomlisten allein belegen keine bestimmte Ursache (APA, 2022; WHO, 2024).

A) Exposition

Im Fallbericht werden wiederholte belastende und gewaltsame Erfahrungen im familiären Umfeld beschrieben. Über individuelle pränatale Traumatisierung und damalige subjektive Gefühle Kevins lassen die vorliegenden Angaben keine gesicherte Aussage zu. Ereignisse, berichtetes Erleben und heutige Symptome werden deshalb getrennt erfasst.

B) Ausgelöste Muster wiederholter Dysregulation als Reaktion auf Traumareize

Im damaligen Verlauf werden wechselnd angepasstes, freundliches und misstrauisches Beziehungsverhalten, Schwierigkeiten mit Nähe und Emotionsregulation sowie Belastungsspitzen beschrieben. Als pädagogische Aufgabe ergeben sich verlässlicher Schutz, Mitbestimmung und Unterstützung der Regulation. Das Ausgangsskript berichtet außerdem über als dissoziativ bezeichnete Zustände, die seltener geworden seien; eine genaue phänomenologische Beschreibung und diagnostische Quelle fehlen hier. Die historische Medikation ist kein Beleg für eine bestimmte traumatische Ursache.

C) Anhaltend veränderte Wahrnehmung und Erwartungen

Kevin zeigt sich Erwachsenen anfänglich höflich, freundlich, aufgeschlossen; gleichzeitig aber auch zurückhaltend, misstrauisch und abschätzend. Kevin verfügt nur teilweise über Selbstverantwortlichkeit und begibt sich schnell in grenzverletzende Bereiche.

D) Beeinträchtigungen wichtiger Funktionsbereiche

Vor allem das längerfristige Eingehen und Aushalten von Nähe in Beziehungen ist bei Kevin stark beeinträchtigt. Kevin hat außerhalb der Gruppe zu Gleichaltrigen kaum soziale Kontakte.

c) Dissoziative Phänomene

Im Ausgangsskript sind an dieser Stelle keine konkreten Phänomene dokumentiert. Dies ersetzt keine Abklärung und ist mit der früheren Erwähnung dissoziativer Zustände gemeinsam zu prüfen.

d) Beeinträchtigungen durch Ängste bzw. Angststörungen

Kevins Leben ist in einigen Bereichen geprägt durch Furcht, Angst und Verletzung. Mittlerweile besitzt er für sich einen Lebensplan.

4.3 Beschreibe Übertragungen, Reinszenierungen und deine Gegenreaktionen; beschreibe die Gegenreaktionen im Team

Als mögliche Beziehungserwartungen und Interaktionshypothesen formuliert; keine gesicherten unbewussten Motive Kevins:

Die Angst …

- … vor Nähe und Beziehung
- … nicht adäquat geliebt zu werden
- … vor Hilflosigkeit, Sprachlosigkeit und Ohnmacht

- … vor Vernachlässigung
- … der Mutter nicht beistehen zu können

Gegenreaktionen im Lehrerteam/bei mir:

Gefühle von …

- Ratlosigkeit / Orientierungslosigkeit
- Verzweiflung
- Ohnmacht
- Hilflosigkeit
- Wut
- Trauer
- Lähmung
- Gleichgültigkeit
- Verständnislosigkeit
- Unsicherheit

5. Ressourcen des Kindes, der Herkunftsfamilie und des Umfeldes

5.1 Körperliche, soziale und psychische Stabilität

Kevin verfügt über eine sehr gute körperliche und gesundheitliche Stabilität. Seine Neugier und Zähigkeit in sportlich und bewegungstechnisch anspruchsvollen Sportarten kommen ihm hier zu Gute. Außer der Wespenallergie zeigt er keine körperlichen Erkrankungen.

In Drucksituationen zeigt sich sowohl bei Kevin als auch bei der Mutter eine psychische und soziale Instabilität.

5.2 Talente

Kevin ist motivierbar und ist sehr höflich und dankbar. Er besitzt einen sehr netten Humor und ist vielseitig interessiert. Er hat eine gute und schnelle Auffassungsgabe und kann seine Begeisterung (Fußball, Unternehmungen etc.) an Gruppenmitglieder weitergeben. Kevin besitzt einen ausgeprägten Wortschatz und kann sich treffend ausdrücken. Kevins Grundintelligenz ist durchschnittlich.

5.3 Glauben, spirituelle Ressourcen

Keine Angaben.

5.4 Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

Kevin zeigt kaum Situationen, in denen er seine Selbstwirksamkeit erleben kann. Wenn die Klassenleitung nicht anwesend ist, passiert es oft, dass er andere beschimpft.

6. Einfluss kultureller Bindungen bei Migrationshintergrund

Keine Angaben.

7. Persönliche Belastung, Belastung des Teams

Persönliche Belastung

Die berichtende Fachkraft beschreibt spontane Sympathie für Kevin. Diese persönliche Reaktion wird als Teil der professionellen Selbstreflexion erfasst.

Sein Humor und seine Art lösen bei der berichtenden Fachkraft Sympathie aus; zugleich erlebt sie Schwierigkeiten, belastende Situationen ausgewogen einzuschätzen. Da sie nicht als Klassen- oder Fachlehrkraft mit ihm arbeitet, begegnet sie ihm häufig erst im Zusammenhang mit gravierenden Konflikten. Diese Auswahl der Begegnungen kann ihr Bild beeinflussen und wird in der Reflexion berücksichtigt.

Bei Begegnungen im Schulhaus beschreibt die Fachkraft Kevin als freundlich und höflich. Sein Lächeln löst bei ihr zugleich Eindrücke von Traurigkeit oder Verlorenheit aus. Solche Eindrücke sind eigene Resonanzen und erlauben keine Diagnose einer Depression oder eine Aussage darüber, ob ein Lächeln „aus dem Herzen“ kommt.

Die Fachkraft formuliert als eigene Beziehungshypothese: „Halt mich aus, wie ich bin – wenn du mich magst“. Der Satz ist keine belegte Äußerung Kevins. Er kann Anlass sein, über Zugehörigkeit, Grenzen und verlässliche Beziehungsgestaltung nachzudenken.

In Gesprächen mit dem Klassenlehrer, welcher eine Ausbildung zum systemischen Berater absolviert hat, tritt in manchen Situationen das Gefühl der Ratlosigkeit und der Hilflosigkeit in den Vordergrund.

Belastungen des Teams

Im Helfersystem werden Ohnmacht, Empörung, Verärgerung und Verzweiflung erlebt. Es entstehen unterschiedliche Sichtweisen und Handlungsimpulse. Begriffe wie „Manipulation“ oder „Spaltung“ werden als Deutungen geprüft: Welche konkreten Interaktionen, uneinheitlichen Regeln, Arbeitsbelastungen und Teamreaktionen tragen zum Verlauf bei? Die Verantwortung für Abstimmung und Schutz bleibt bei den Erwachsenen und der Institution.

8. Hilfeplanung

8.1 Welche Interventionen erfolgten?

Rechtliche Interventionen zum Schutz

- SPFH
- Heimunterbringungen (teilweise in einer Intensivgruppe), Clearingstelle
- Geregelte Umgangskontakte mit der Mutter / Stiefvater

Traumapädagogische Unterstützung

Im Alltag (siehe Punkte 3 und 4):

- Arbeit in der heilpädagogischen Gruppe
  - Im Gruppenalltag Grundhaltungen leben, wie Wertschätzung, Empathie, die Annahme des guten Grundes, Partizipation, Transparenz und Humor
  - Förderung des Selbstverstehens, der Selbstwirksamkeit und der Selbstregulation
- Immer wieder transparente, konstante, eindeutige Beziehungsangebote machen und korrigierende Beziehungserfahrungen möglich machen

In individuellen Förderstunden:

- Regelmäßiger, enger Einzelkontakt mit den Betreuerinnen und Betreuern

In einer Gruppe:

- **Arbeit in und mit der Gruppe:** soziales Kompetenztraining

Arbeit mit/an der Herkunftsfamilie

Die Arbeit mit der Herkunftsfamilie findet durch regelmäßige Gespräche und den therapeutischen Fachdienst der Einrichtung statt.

Psychiatrische Abklärung

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung und Diagnostik hat durch mehrere Personen stattgefunden (siehe 2.5; frühere Abklärungen).

Gesundheitliche Abklärung und Unterstützung

Keine Angaben.

Therapeutische Unterstützung

Im Rahmen des Fachdienstes, nicht regelmäßig

Unterstützung des Teams/der Bezugspersonen

Durch den therapeutischen Fachdienst (dreiwöchentlich)

8.2 Welche Hilfen sind jetzt nötig bzw. sinnvoll?

- Enge Zusammenarbeit zwischen Schule, Eltern und Gruppe

9. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumapädagogischen Ausbildung

- Kevin entwickelt immer größeres Selbstbewusstsein – woher kommt dies? Fühlt er sich „zum ersten Mal“ sicher oder weiß er „seine Mutter in Sicherheit“?
- Die momentane Phase der Pubertät erscheint bei ihm nicht problematisch. Er wirkt eher ruhiger und überlegter, mit vielen humorvollen Phasen.
- Die damalige Fallvorstellung bewertet die zu diesem Zeitpunkt geltende Kontaktregelung als passend. Diese historische Einschätzung ersetzt keine aktuelle, mit dem Kind und den zuständigen Stellen abgestimmte Gefährdungs- und Besuchskontaktprüfung.

Literatur zum Lehrfall

- Perry, B. D. und Szalavitz, M. (2008). Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. München: Kösel.
- Weiß, W. (2003). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Juventa (4. Aufl. 2008).

11. Schema zur Fallvorstellung (Qualifizierung Traumafachberatung)

Dieses Schema strukturiert eine Fachberatungs- oder Supervisionsanfrage. Vorab werden eigener Auftrag, Berufsrolle, Zweck und Empfängerkreis geklärt. Für Fallbesprechungen werden nur erforderliche Informationen verwendet. Jede Rubrik unterscheidet die Sicht der ratsuchenden Person, berichtete Fakten, eigene Beobachtungen und Hypothesen; fehlende Angaben bleiben offen.

Am Ende ergänzen: gemeinsam vereinbartes Ziel, nächste Schritte, Verantwortliche, zeitlicher Rahmen, benötigte Kooperation oder Weiterverweisung, Kriterien für die Überprüfung sowie Rückmeldung der ratsuchenden Person. Die Fallvorstellung sollte eine konkrete Beratungsfrage enthalten, statt nur Defizite und vermutete Traumafolgen zu sammeln.

1. Basisdaten

- Alter, Beruf
- Familienstand

2. Anamnese

- Familienklima
- Mittlerfaktoren
  - Prätraumatische Ausgangslage
  - Nähe zu den Mitmenschen/Beziehung zur Täterin bzw. zum Täter
  - Chronizität und Schwere der Misshandlungen/traumatische Situation
  - Emotionales Klima in der Familie
  - Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen (z. B. Genogramm)
  - Entwicklung der Ich-Funktionen (Selbstwahrnehmung, Bezug zu sich und den Gefühlen)
- Mögliche intergenerationale Belastungszusammenhänge: gesicherte Angaben, Ressourcen und offene Hypothesen getrennt festhalten.

3. Diagnostische Befunde

- Vorliegende fachliche Diagnosen: Bezeichnung, Diagnosesystem, Quelle und Zeitpunkt angeben; offene Abklärungsfragen gesondert notieren.

4. Die individuelle Belastung der ratsuchenden Person

- Prätraumatische Ausgangslage
- Was ist passiert? Wann ist es passiert? Was waren die Umstände der traumatischen Erfahrungen?
- Wie bewertet die ratsuchende Person die Geschehnisse?
- Welche Schutz- und Bewältigungsweisen beschreibt die Person selbst? Welche unterstützen heute, welche haben belastende Folgen? Andere Erklärungen mitprüfen.

- Für wen hat die ratsuchende Person Verantwortung übernommen?
- Die Beziehungen zur Familie und zum Freundeskreis sowie das berufliche Umfeld
- Der Einfluss von traumabezogener Tabuisierung des Umfelds

5. Beratungsbezogenes Fallverstehen und vorliegende klinische Befunde

- Welche Entwicklungs-, Alltags- und Teilhabeschwierigkeiten werden berichtet oder beobachtet, und welche Stärken sind erkennbar?
- Belastende Erwartungen aus Sicht der Person; eigene Hypothesen ausdrücklich kennzeichnen.
- Beeinträchtigte Entwicklungskompetenzen
- Beeinträchtigte Belastbarkeit
- Beziehungserfahrungen und beobachtetes Bindungsverhalten; keine Bindungsdiagnose aus einem Einzelkontakt ableiten.
- Welche gegenwärtigen Gefährdungen, Lebensbedingungen oder Unterstützungslücken erhöhen das Risiko weiterer Viktimisierung? Wer ist für Schutz verantwortlich?
- Sonstige Auffälligkeiten
- Körperliche Beschwerden und bekannte medizinische Befunde; ungeklärte Beschwerden gegebenenfalls medizinisch abklären.
- Welche Beschwerden sind beschrieben, welche Diagnosen fachlich gestellt und welche Fragen noch offen?
- Bei Verdacht auf PTBS oder andere psychische Störungen geeignete qualifizierte Abklärung vermitteln; unspezifische Symptome nicht unmittelbar einer Diagnose zuordnen.
- Mögliche Beziehungserwartungen, Wiederholungsmuster und eigene Gegenreaktionen reflektieren; Beobachtungen, Deutungen und alternative Erklärungen unterscheiden.

6. Ressourcen der ratsuchenden Person und des direkten Umfeldes

- Körperliche, soziale und psychische Stabilität
- Talente
- Glauben, spirituelle Ressourcen
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Kulturelle, soziale und religiöse Bezüge sowie Diskriminierungs- und Teilhabeerfahrungen bei allen Personen offen erfragen, nicht nur bei Migrationsgeschichte.

7. Persönliche Belastung, Belastung des Teams

8. Hilfeplanung

- Welche Interventionen erfolgten, sind geplant bzw. wären wünschenswert?
  - Rechtliche Interventionen
  - Traumafachberaterische Unterstützung
  - Psychiatrische Abklärung

  - Gesundheitliche Abklärung und Unterstützung
  - Therapeutische Unterstützung
- Welche Hilfen sind jetzt nötig bzw. sinnvoll?

9. Ergebnisse der Fallarbeit im Rahmen der traumafachberaterischen Ausbildung

12. Literatur

Die Quellen der Aktualisierung und Ergänzung sind nachfolgend aufgeführt. Historische Modelle und ältere Instrumentfassungen werden im Text entsprechend eingeordnet. Für gegenwärtige diagnostische und klinische Aussagen gelten aktuelle Klassifikationen und Leitlinien. Abruf- und Bearbeitungsstand: 26.10.2026.

American Psychiatric Association (APA) (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

American Psychiatric Association (APA) (o. J.). Prolonged grief disorder. Informationsseite. https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder (abgerufen am 26.10.2026).

Bartholomew, K. und Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. Journal of Personality and Social Psychology, 61(2), 226–244. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2023). Schnelle Hilfen. Stand 20.12.2023. https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/Neues-Soziales-Entschaedigungsrecht/Schnelle-Hilfen/schnelle-hilfen.html (abgerufen am 26.10.2026).

Deutsche Gesellschaft für Beratung (DGfB) (2020). Beratungsverständnis der Deutschen Gesellschaft für Beratung. Veröffentlicht am 21.11.2020. https://dachverband-beratung.de/pdf/Wissensdokumente/DGfB_Beratungsverstaendnis_2.0.pdf

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (federführend) (2026). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Langfassung, Version 7.0, Fassung vom 27.02.2026. AWMF-Registernummer 155-001. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und Fachverband Traumapädagogik (FVTP) (2025). Mindeststandards zur Zusatzqualifikation Traumapädagogik/Traumazentrierte Fachberatung. Gemeinsames Curriculum, Vertiefungsschwerpunkt 6a, S. 10–13. https://www.degpt.de/fileadmin/all_user/download/weiterbildung-und-curricula/2025_FVTP_DeGPT_Curriculum_Traumapaedagogik_Traumazentrierte_Fachberatung.pdf

Elisabeth Kübler-Ross Foundation (o. J.). Five stages of grief: What Elisabeth Kübler-Ross actually wrote. Historische Primärmaterialien aus „On death and dying“ (1969) und späteren Arbeiten. https://www.ekrfoundation.org/5-stages-grief/ (abgerufen am 26.10.2026).

Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union (2016). Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO), insbesondere Art. 5, 6 und 9. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=de (abgerufen am 26.10.2026).

Europarat (2011). Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention), Art. 48. https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), § 4. Geltende Fassung. https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/__4.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Glasl, F. (2017). Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater (11., aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Freies Geistesleben.

Greenwald, R. und Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. Research on Social Work Practice, 9(1), 61–75. Autorenfassung/Abstract: https://www.ticti.org/publications/rops-1999/

Heilpraktikergesetz (HeilprG), insbesondere § 1. https://www.gesetze-im-internet.de/heilprg/__1.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press.

Kachler, R. (2010). Hypnosystemische Trauerbegleitung. Ein Leitfaden für die Praxis. Heidelberg: Carl-Auer.

Kast, V. (1982). Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz.

Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: Macmillan.

Levine, P. A. und Kline, M. (2005). Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. München: Kösel.

Lobb, E. A. et al. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. Death Studies, 34(8), 673–698. https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686

Luft, J. (1961). The Johari window: A graphic model of awareness in interpersonal relations. Human Relations Training News, 5(1), 6–7. Wiederabdruck in: NTL Reading Book for Human Relations Training (1982). https://ombuds.columbia.edu/sites/default/files/content/pics/30%20Anniv/The%20Johari%20window_A%20graphic%20model%20of%20awareness%20in%20interpersonal%20relations.pdf

Luft, J. und Ingham, H. (1955). The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness. Proceedings of the Western Training Laboratory in Group Development. Los Angeles: University of California, Los Angeles.

Mediationsgesetz (MediationsG), insbesondere §§ 1–5. https://www.gesetze-im-internet.de/mediationsg/BJNR157710012.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Moeller, M. L. (1988). Die Wahrheit beginnt zu zweit. Das Paar im Gespräch. Reinbek: Rowohlt.

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (o. J.-a). CROPS – Child Report of Post-traumatic Symptoms. Instrumentbeschreibung. https://www.nctsn.org/measures/child-report-post-traumatic-symptoms (abgerufen am 26.10.2026).

National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (o. J.-b). PROPS – Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms. Instrumentbeschreibung. https://www.nctsn.org/measures/parent-report-post-traumatic-stress-symptoms (abgerufen am 26.10.2026).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NICE guideline NG225). https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/Recommendations

Perry, B. D. und Szalavitz, M. (2008). Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. München: Kösel. (Original: The boy who was raised as a dog, 2006)

Popky, A. J. (1994). Smoking protocol. Beitrag zur EMDR Annual Conference, Sunnyvale. Zitiert nach dem Arbeitsblatt im Lehrmaterial; Primärquelle nicht eingesehen.

Psychotherapeutengesetz (PsychThG), insbesondere § 1. https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/BJNR160410019.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Reddemann, L. (2021). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT. Ein Mitgefühls- und Ressourcen-orientierter Ansatz in der Psychotraumatologie (11., vollständig überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rosner, R., Rau, J., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., Rummel, A.-M., Vogel, A. und Comtesse, H. (2025). Grief-specific cognitive behavioral therapy vs present-centered therapy: A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry, 82(2), 109–117. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.3409

Sachser, C. et al. (2022). The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. European Journal of Psychotraumatology, 13(2), 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580

Schulz von Thun Institut (o. J.). Das Kommunikationsquadrat. Modellbeschreibung des Instituts. https://www.schulz-von-thun.de/die-modelle/das-kommunikationsquadrat (abgerufen am 26.10.2026).

Schulz von Thun, F. (1981). Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt.

Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), insbesondere §§ 8, 8a, 8b, 16–18, 28, 36 und 61–65. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch – Soziale Entschädigung (SGB XIV), insbesondere §§ 29–37. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_14/BJNR265210019.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A. et al. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. JAMA Psychiatry, 75(9), 894–900. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776

Strafgesetzbuch (StGB), § 203 Verletzung von Privatgeheimnissen. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__203.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Strafprozessordnung (StPO), § 155a Täter-Opfer-Ausgleich. https://www.gesetze-im-internet.de/stpo/__155a.html (Rechtsstand 26.10.2026).

Stroebe, M., Schut, H. und Boerner, K. (2017). Cautioning health-care professionals: Bereaved persons are misguided through the stages of grief. Omega – Journal of Death and Dying, 74(4), 455–473. https://doi.org/10.1177/0030222817691870

Tagay, S. und Senf, W. (2014). Essener Trauma-Inventar (ETI). Göttingen: Hogrefe. Verlagsbeschreibung: https://www.testzentrale.de/shop/essener-trauma-inventar.html (abgerufen am 26.10.2026).

Tagay, S., Düllmann, S., Hermans, E. und Senf, W. (2007). Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ): Verfahrensbeschreibung. Universität Duisburg-Essen. https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-pp/projekte/etikjbeschreibung.pdf

Treml, J., Linde, K., Brähler, E. und Kersting, A. (2024). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Differences in prevalence and diagnostic criteria. Frontiers in Psychiatry, 15, 1266132. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1266132

van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 35(5), 401–408. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06

Weiß, W. (2003). Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim: Juventa. (4. Aufl. 2008)

Worden, J. W. (2025). Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch (6., überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

World Health Organization (WHO) (2024). Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263

Znoj, H. (2004). Komplizierte Trauer. Göttingen: Hogrefe.