

ENTWURF  
STAND FEBRUAR 2024



## BERATUNGSRÄUME

## DRAHT10

Prävention – Schutz - Perspektive



DRAHT10 | 85276 PFAFFENHOFEN

Ich weiß nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird.

Ich weiß nur, dass es anders werden muss, wenn es besser werden soll.

Georg Christoph Lichtenberg

Träger:

A.p.e. gGmbH & Förderverein

Schefflerring 35 | 85276 Hettenshausen

### Traumafachberatungsstelle

Schutz & Hilfe bei traumatischen Erlebnissen sowie bei inner-/außerhäuslicher und sexualisierter Gewalt

## INHALT

<b>Präambel</b>	<b>3</b>
<b>Leitbild</b>	<b>4</b>
<b>1. Beratungsräume DRAHT<sup>10</sup></b>	<b>5</b>
Das Wichtigste in Kürze	5
Draht <sup>10</sup> – 10 Fragen und bestenfalls 10 Antworten	5
1.1 Beratungsangebote und geplante Maßnahmen	6
Traumazentrierte Fachberatung	6
Psychosoziale und systemische Beratung	6
Psychosoziale Prozessbegleitung	6
Mediation	7
Systemische Therapie	7
Traumatherapie	7
Traumasensible, systemische Supervision und Beratung	7
1.2 Vernetzung und Zusammenarbeit mit Kooperationspartner	7
Draht <sup>10</sup> als anonyme Anlaufstelle	7
Projekt Notinsel - Schutz und Hilfe für Kinder im öffentlichen Raum	8
1.3 In Vernetzung mit den ambulanten Hilfen zur Erziehung von A.p.e. gGmbH	8
AKT® Antigewalt- und Kompetenztraining	8
AKT® Antigewalt- und Kompetenztraining für strafunmündige Kinder (soziale Gruppenarbeit)	8
Kunsttherapeutische und kreativpädagogische Einzel-, Klein- und Gruppenangebote	8
Erlebnispädagogische Angebote	8
<b>2. Ziele</b>	<b>9</b>
<b>3. Zielgruppe</b>	<b>9</b>
<b>4. Konzeptionelle Grundlagen</b>	<b>10</b>
4.1 Trauma – Begriffsdefinition und klassische Merkmale	10
4.1.1 Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen	11
4.2 Neurophysiologische Grundlagen	11
4.3 Traumafolgestörungen	12
4.4 Häusliche Gewalt	13
4.4.1 Sexualisierte Gewalt	13
<b>5. Grundlegende Haltung und Aufgaben</b>	<b>16</b>
5.1 Grundhaltungen und allgemeine Hinweise	16
5.2 Beratungsplanung	16
5.3 Akute Hilfen und Krisenintervention	17
5.4 Case-Management	17
5.5 Angehörigenarbeit	18
5.6 Netzwerkarbeit	18
<b>6. Konzeptionelle Ansätze und Methoden</b>	<b>18</b>
6.1 Traumapädagogik	18
6.2 Traumadiagnostik	19
6.3 Lebensweltorientierung	19
6.4 Ressourcenorientierung	19

6.5 Stabilisierung	20
6.6 Psychoedukation	20
6.7 Resilienzförderung	21
6.8 Salutogenese	21
6.9 Stresskonzepte	21
6.10 Empowerment	21
6.11 Bindungskonzepte	21
6.12 Hilfreiche Methoden der Sozialtherapie und Systemischen Therapie	22
6.13 Rechtliche Hilfen	23
6.14 Opfersein im gesellschaftlichen Kontext	23
<b>7. Personal</b>	<b>24</b>
<b>8. Qualitätsentwicklung und -sicherung</b>	<b>25</b>
<b>9. Sachausstattung und Finanzierung</b>	<b>26</b>
Anhang 1 - Psychosoziale Prozessbegleitung	
Anhang 2 - Systemische Therapie	
Anhang 3 - Projekt Notinsel	
Anhang 4 - AKT® Antigewalt- und Kompetenztraining	
Anhang 5 - AKT® Antigewalt- und Kompetenztraining für strafunmündige Kinder	
Anhang 6 - Quellenangaben	
Anhang 7 - Finanzierungsplan	



**Ich weiß nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird.  
 Ich weiß nur, dass es anders werden muss, wenn es besser werden soll.  
 Georg Christoph Lichtenberg**

## Präambel

Belastende Erfahrungen und Erlebnisse, (Re-)Traumatisierungen und Traumafolgestörungen sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen in Form von häuslicher Gewalt (körperlichem, psychischem oder sexuellem Missbrauch), Vernachlässigung, Suchtmittelmissbrauch, psychische Erkrankungen im Haushalt und Trennung oder Scheidung der Eltern. 240.547 Menschen sind 2022 Opfer von Häuslicher Gewalt geworden – 8,5 Prozent mehr als im Vorjahr: Das ist das Ergebnis des neuen Lagebilds des Bundeskriminalamts. Obwohl viele Taten nicht bei der Polizei angezeigt werden und die Dunkelziffer deshalb wesentlich höher sein könnte, zeigt das Lagebild Häusliche Gewalt, dass die Zahlen der Betroffenen von Häuslicher Gewalt deutlich gestiegen sind.

Die gemeinnützige Gesellschaft A.p.e. hat sich zum Ziel gesetzt, wirkungsvolle Angebote und Hilfen für Betroffene von traumatischen Lebensereignissen, inner-/außerhäuslicher und sexualisierter Gewalt in der Stadt Pfaffenhofen aufzubauen. Mit den drei Säulen Prävention – Schutz – Perspektive unter einem Dach, sollen hier Kinder, Jugendliche, (junge)Erwachsene und Familien, Beratungsangebote und individuelle Hilfen finden. Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Traumapädagogik und die traumazentrierte Fachberatung (im Konzept auch mit Traumafachberatung formuliert) mit innehabender vielfältig-verwandter systemischer Methodenvielfalt sowie erweiternd sinnhafter Angebote und Folgehilfen.

A.p.e. gemeinnützige Gesellschaft mit Förderverein ist ein freier und anerkannter Träger der Kinder- Jugend- und Familienhilfe mit ambulanten Hilfen und stationären Einrichtungen sowie individuellen Betreuungs- und Schutzstellen im In- und Ausland. So bieten wir seit 2006 in der Region 10 ambulante Hilfen zur Erziehung, seit 2012 stationäre-therapeutische Hilfen für Mutter und Kind sowie seit 2020 therapeutische Hilfen für junge Frauen

Hinter A.p.e. steht ein (heil-)pädagogisch, psychologisch und therapeutisch geschultes Team, das verschiedene Hilfen unter einem Trägerdach anbietet. Wir setzen dabei an den Stärken und Fähigkeiten eines jeden Einzelnen an und bieten individuelle und bedarfsgerechte Lösungen.



Mit der Ape in ein Leben starten, das auch auf drei Rädern gut läuft –  
...weil das Leben nicht immer auf vier Rädern läuft.

Unsere Ape ist ein kleines dreirädriges Lastengefährd und treuer Wegbegleiter für unsere pädagogisch/therapeutische Arbeit. So wie unsere Ape müssen auch Kinder, Jugendliche und ihre Familien oft nur mit drei Rädern durchs Leben kommen.

## Leitbild

Mit einer ressourcenorientierten und „nach vorne“ schauenden, systemischen und traumasensiblen Grundhaltung ist die Unterstützung einer positiven, gesunden Entwicklung der uns anvertrauten (jungen) Menschen Schwerpunkt unserer Arbeit.

Unsere Beratungs- und Dienstleistungen und der laufende Hilfeprozess sind im Kontext unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und der pädagogisch/therapeutischen Sinnhaftigkeit zu sehen.

Ich glaube daran, dass das größte Geschenk,  
das ich von jemandem empfangen kann, ist,  
gesehen, gehört, verstanden und berührt zu werden.

Das größte Geschenk, das ich geben kann, ist,  
den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen und zu berühren.

Wenn dies geschieht, entsteht Kontakt.

(Virginia Satir)

Leitgedanke unserer Arbeit ist dabei, gemeinsam neue Strategien zur Lebensbewältigung zu entwickeln und deren Individualität zur bestmöglichen Entfaltung zu bringen. Zentral ist hierbei die Förderung des eigenverantwortlichen, selbstwirksamen Handelns sowie eine von Wertschätzung und Achtung getragene Haltung gegenüber den individuellen Lebenswegen. Dabei gehen wir davon aus, dass jeder Mensch ein eigenes Potenzial an Möglichkeiten zur Krisenbewältigung und zur Persönlichkeitsentwicklung besitzt.

Mit unserem Blick auf das Gesamtsystem und einer systemischen, lösungsorientierten Grundhaltung setzen wir stets an den individuellen Stärken und Fähigkeiten der Hilfesuchenden an. Bereits existierende Ressourcen wie Kontakte zu Ämtern, Schulen, Ärzten und Therapeuten sowie Sportvereinen, Freunden, Verwandten usw. werden mit in die pädagogisch/therapeutische Arbeit einbezogen. Durch die Schaffung sozialer Netzwerke mit interdisziplinärem Charakter wird das Ziel einer Hilfe zur Selbsthilfe angestrebt.





## 1. Beratungsräume DRAHT<sup>10</sup>

Der DRAHT<sup>10</sup> ist eine Beratungsstelle des Trägers A.p.e., mit Beratungsräumen inmitten von Pfaffenhofen in einem Jahrhunderte alten ca. 80qm großem Häuschen mit EG und OG, der für Menschen jeden Alters und Geschlechts eine Anlaufstelle und Zufluchtsort darstellen soll. Auch ist es ein Ort der Vernetzung und Kooperation mit weiteren relevanten Stellen und Menschen deren wichtigstes Anliegen es ist, Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen in (akuten) Belastungssituationen und Not zu suchen und zu finden.

Vier Räumlichkeiten mit ca. 15-20qm stehen für Beratungsangebote, Kleingruppenarbeit und administrative Aufgaben zur Verfügung. Zusätzlich gibt es eine kleine Teeküche und sanitäre Anlagen sowie einen kleinen uneinsehbaren Garten mit Werkstatt, Abstellraum und überdachter Laube. Angrenzend an den Garten befindet sich die Josef Maria-Lutz-Grundschule sowie gegenüber die Tafel e.V. Durch die zentrale Lage sind unsere Beratungsräume Draht<sup>10</sup> sehr gut fußläufig erreichbar, Parkmöglichkeiten bieten die öffentlichen Parkplätze in der Umgebung. Das EG des Häuschens ist mit zwei Besprechungs- und Beratungsräumen barrierefrei zugänglich.

### Das Wichtigste in Kürze

Die Beratungsgespräche sind individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse der Ratsuchenden angepasst. In den meisten Fällen bestehen diese aus:

- dem Bedürfnis, Antworten zu erhalten auf die vielen (bisher unbeantworteten) Fragen, die im Zusammenhang mit der Traumatisierung bestehen und
- dem Wunsch nach Unterstützung, eine geeignete kurz-, mittel- oder auch längerfristige Hilfeform und/oder geeignete Therapieform zu finden.

### Draht<sup>10</sup> – 10 Fragen und bestenfalls 10 Antworten

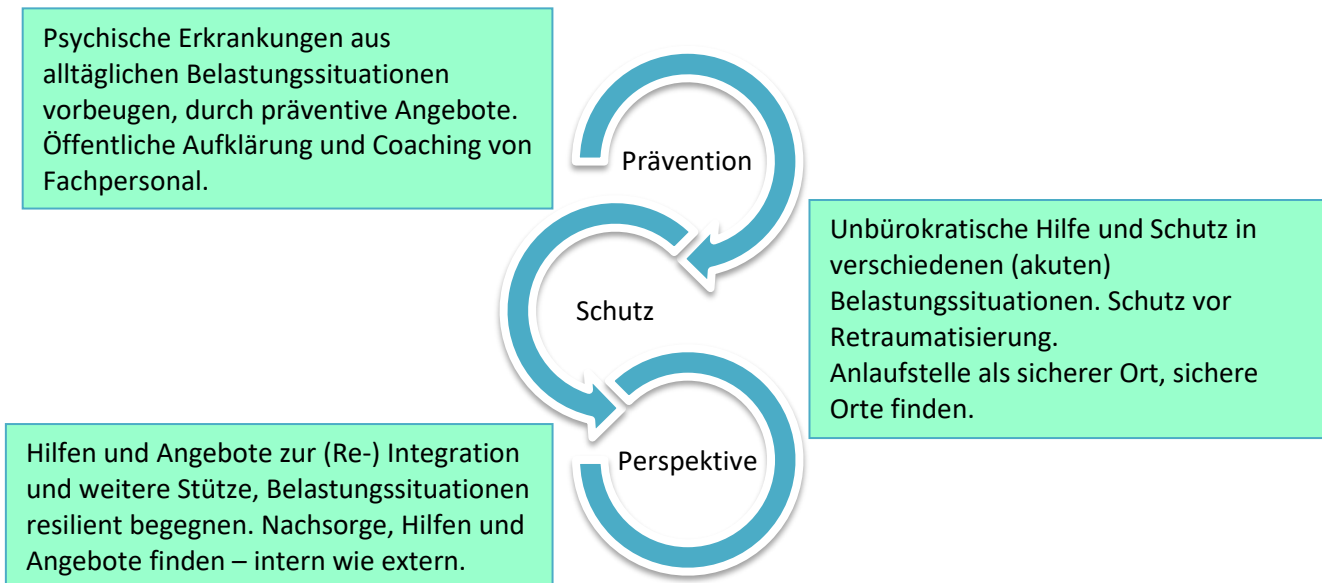
1. Was kann ich gegen belastende Situationen und Symptome tun?
2. Wie kann ich mich schützen?
3. Wie kann ich mich stabilisieren?
4. Bin ich (tatsächlich) traumatisiert?
5. Verrückt – dissoziiere ich?
6. Wo bekomme ich eine traumaspezifische Diagnose?
7. Reicht mir eine Fachberatung mit kurz-mittelfristiger Begleitung aus?
8. Sollte ich in eine Klinik gehen oder reicht eine ambulante Therapie aus?
9. Was ist bei der Therapeutensuche zu beachten und wie bzw. wo finde ich eine:n Traumatherapeut:in?
10. Welche Therapieform passt am besten zu mir und meiner Geschichte?

In unseren psychosozialen, systemisch und traumasensiblen Beratungsangeboten sind wir für alle Fragen offen und beantworten diese nach besten Möglichkeiten. Häufig hilft es den Betroffenen schon, Antworten auf Fragen zu erhalten, bspw. um sich selbst besser verstehen zu können und sich dadurch nicht mehr so „verrückt“ sondern entlastet zu fühlen.

Im Rahmen der Traumazentrierten Fachberatung unterstützen wir Betroffene auch geeignete Folgehilfen zu finden.

## 1.1 Beratungsangebote und geplante Maßnahmen

### Prävention=Schutz=Perspektive & umgekehrt



### Traumazentrierte Fachberatung - auch Traumafachberatung genannt (→ näheres im Konzepterlauf)

Traumazentrierte Fachberatung unterstützt Klient:innen beziehungs- und ressourcenorientiert bei der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen. Besonders bedeutsam sind Hilfen zur Stabilisierung bei der Bewältigung des Alltags und im Kontext einer Psychoedukation der Betroffenen und ihres Umfeldes. Traumazentrierte Fachberatung ist ein Einzelangebot für Personen, die selbst Trauma erlebt haben oder (beruflich) in Kontakt zu anderen Menschen stehen, die Trauma erlebt haben oder es vermutet wird. Traumazentrierte Fachberatung bietet einen sicheren Rahmen mit Verständnis für Ihre Situation.

### Psychoziale und systemische Beratung

Unterstützung bei der Bewältigung und Orientierung in krisenhaften und instabilen Lebenssituationen, bei Anpassungsprozessen in Veränderungssituationen, oder bei der Lösung von Konflikten in verschiedenen Bereichen (Familie, Beruf, soziales Umfeld). Orientierungs- und Entlastungsgespräche, die zum Ziel haben den Bedarf der Klienten zu ermitteln und weitere Möglichkeiten zu besprechen, eventuell eine weitere Anbindung an notwendige Stellen anzuregen, bei dieser zu unterstützen und zu vermitteln.

### Psychoziale Prozessbegleitung (→ Anhang 1)

Professionelle Unterstützung für Betroffene und Zeugen im Strafverfahren, bei Bedarf auf Beiordnung des Gerichts. Ziel ist es die Klient:innen im Rahmen des gesamten Verfahrens zu unterstützen, sowohl im Ermittlungsverfahren als auch im Hauptverfahren und ggf. beifolgenden Verfahren, sowie eine Nachbetreuung zu sichern. Den Klient:innen wird der Ablauf erklärt, sie werden über alle notwendigen Schritte informiert und erhalten Begleitung und Unterstützung, emotional gut durch das Verfahren zu kommen, bei Bedarf werden auch weitere Hilfsangebote durchgesprochen.

## Mediation

Mediation (lateinisch Vermittlung) ist ein strukturiertes, freiwilliges Verfahren zur konstruktiven Beilegung eines Konfliktes, bei dem unabhängige „allparteiliche“ Dritte die Konfliktparteien in ihrem Konfliktlösungsprozess begleiten. Die Konfliktparteien, auch Medianden genannt, versuchen dabei, zu einer gemeinsamen Vereinbarung zu gelangen, die ihren Bedürfnissen und Interessen entspricht.

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

## Systemische Therapie (→ Anhang 2)

Systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie als mögliche Folgemaßnahme und Alternative zur klassischen Traumatherapie. Die Systemische Therapie zielt auf die Lösung der Probleme ab, die Menschen im Kontext ihrer Beziehungen (mit wichtigen Bezugspersonen) ihres Lebens und ihrer sozialen Netzwerke erleben. Sie ist ein anerkannter psychotherapeutischer Ansatz, der hauptsächlich auf Systeme (Familie, Paare, Gruppen etc.) ganzheitlich als soziale Einheit ausgerichtet ist und sich von anderen psychotherapeutischen Ansätzen wie der psychodynamischen oder kognitiven Verhaltenstherapie unterscheidet, die schwerpunktmäßig auf das Individuum abzielen. Zu den Zielen gehören unter anderem die Stärkung der Funktionalität in einem System auf verschiedenen Ebenen, die Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses innerhalb eines Systems und die emotionale Unterstützung untereinander sowie die Entwicklung von Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien in unterschiedlichen Lebensdilemmata und schwierigen, belasteten Situationen.

## Traumatherapie

...folgt...

## Traumasensible, systemische Supervision und Beratung

Supervision dient grundsätzlich dazu, individuelle Lösungen für mehr Handlungskompetenz und Zufriedenheit im Berufsalltag zu ermöglichen.

Traumasensible, systemische Supervision und Beratung ist getragen von einer wertschätzenden, traumapädagogischen Haltung und der tiefen Überzeugung, dass die Menschen selbst die Lösungen in sich tragen. Es werden die Erkenntnisse des Traumawissens mit einbezogen. Einige Beispiele hierzu sind: achten auf den Stresslevel, aktiv mit dem Nervensystem arbeiten, das Gegenüber als Expert:in ansehen, nach Ressourcen und ungünstigen Bewältigungsstrategien schauen, nach dem „guten Grund“ fragen, Körperübungen und Stabilisierung mit einbeziehen. Es ist wichtig zu verstehen, dass das Einbeziehen der Traumasensibilität und des Traumawissens Menschen mit und ohne traumatische Erfahrung hilft, unterstützt und zu mehr Selbstverstehen befähigt.

## 1.2 Vernetzung und Zusammenarbeit mit Kooperationspartner

**Draht<sup>10</sup> als anonyme Anlaufstelle** bietet Bürger:innen der Stadt und dem Landkreis Pfaffenhofen an der Ilm in Kooperation mit Stadt und Landkreis eine anonyme, unbürokratische Beratung und Hilfe an: Entlastungsgespräche, Beratung, Krisenintervention, Vermittlung.



## Projekt Notinsel - Schutz und Hilfe für Kinder im öffentlichen Raum (→ Anhang3)

Der Draht<sup>10</sup> als Standort-Partner der Hänsel + Gretel Deutsche Kinderschutzstiftung.

Mit dem deutschlandweit größten Kinderschutzprojekt im öffentlichen Raum (Sozialraum) gelingt es, Kindern in akuten Gefahrensituationen Schutz zu bieten, Menschen zum Hinsehen und Handeln zu bewegen und ein breites Bewusstsein für Kinder zu schaffen. Angst und Gefahren gehören zum Alltagsleben dazu. Wenn Kinder erleben müssen, dass auch der Schulweg, oder ein Einkauf ein Gefahrenweg sein kann, brauchen Sie Unterstützung und einen Zufluchtsort – während der Freizeit auf dem Spiel- oder Sportplatz, in bzw. nach der Schule oder grundsätzlich auf dem Weg nach Hause. Durch die Vernetzung mit Geschäften, mit dem Notinsel-Zeichen an der Tür, wird Kindern Zuflucht geboten. Beteiligte Geschäfte setzen darüber hinaus ein deutliches Zeichen für den Kinderschutz und gegen potenzielle Täter. Neben der konkreten Anlaufstelle hat die Notinsel vor allem auch eine wichtige präventive Funktion.

### 1.1.1 In Vernetzung mit den ambulanten Hilfen zur Erziehung von A.p.e. gGmbH

#### AKT® Antigewalt- und Kompetenztraining (→ Anhang 4)

Das Antigewalt- und Kompetenztraining (AKT®) ist ein nichtkonfrontativer Ansatz, der auf der Grundlage einer verstehenspädagogischen, ressourcenorientierten und demütigungsfreien Philosophie einen Bogen zwischen akzeptierenden und hinterfragenden Elementen spannt.

Das Trainingskonzept enthält Elemente aus der Verhaltens-, systemischen- und Gruppenpsychotherapie, aus der Verunsicherungspädagogik, aus der konstruktiven Konfliktlösungstheorie (gewaltfreie Kommunikation und Mediation) und aus der Erlebnispädagogik. Das Training wird bedarfsgerecht und prozessorientiert gestaltet. Die Einbeziehung von Angehörigen, wichtigen Bezugspersonen und den verschiedenen Lebenswelten des Klienten in den Veränderungsprozess ist fester Bestandteil des Programms.

Das Training sollte in der Gruppe durchgeführt werden, mit erlebnispädagogischen Elementen. Es richtet sich an Jugendliche und junge Heranwachsende im Alter von 14 bis 27 Jahren. Geschlechts- und Altershomogene Gruppen sind von Vorteil, Ausnahmen sind nur in besonderen Fällen möglich. Einzeltrainings sind bei Bedarf für strafunmündige Kinder als Präventionsangebot möglich.

#### AKT® Antigewalt- und Kompetenztraining für strafunmündige Kinder als soziale Gruppenarbeit (→ Anhang 5)

Dieses Antigewalt- und Kompetenztraining richtet sich an strafunmündige Kinder zwischen 9 und 13 Jahren, die bereits durch ihr gewaltbereites Verhalten in Erscheinung getreten sind und von der Polizei, dem Jugendamt oder anderen Stellen zugewiesen wurden, um eine Straffälligkeit nach Vollendung des 14. Lebensjahres zu vermeiden.

#### Kunsttherapeutische und kreativpädagogische Einzel-, Klein- und Gruppenangebote Erlebnispädagogische Angebote

Nach Bedarf, Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit bieten wir als (Folge)Maßnahmen zum oder im Anschluss an einen Beratungsprozess kunsttherapeutische, kreativpädagogische oder erlebnispädagogische Einzel- und Kleingruppenarbeit an.

## 2. Ziele

Das Angebot im DRAHT<sup>10</sup> hat zum Ziel personenbezogen, individuell, situationsabhängig und lösungsorientiert im direkten Kontakt mit dem Klient:innen diese zu begleiten, zu unterstützen, zu informieren und nach weiteren Schritten Ausschau zu halten. Im besten Fall werden Klient:innen in der Persönlichkeit und Resilienz gestärkt, die Integration im sozialen Umfeld gelingt besser und der Alltag fühlt sich angenehmer an, psychische Belastungen werden angegangen, um psychischen und psychosomatische Erkrankungen vorzubeugen.

1. Belastungsreduktion
2. Absicherung der eigenen Gesundheit
3. Schutz vor Sekundärtraumatisierung
4. Wissenserwerb zu traumabedingtem Erleben
5. Ggf. Absicherung der eigenen Professionalität

Beratung verstehen wir als kurz-, mittel- oder längerfristige (Prozess)Begleitung, die zum Ziel hat, sichere Orte zu schaffen, Schutz zu bieten, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit zu fördern sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wiederherzustellen. Es wird an Stärken und (Krisen)Ressourcen angesetzt, an dem was den Klienten Freude macht. Insbesondere, weil Therapie- und Klinikplätze mit langen Wartezeiten verbunden sind, bietet der Draht<sup>10</sup> die Möglichkeit Wartezeiten zu überbrücken, Unterstützung bei der Suche geeigneter Hilfemaßnahmen zu erhalten und durch das Trauma bedingte Belastungen und Probleme im Alltag besser zu bewältigen. Die Verankerung im Alltag, die Herstellung von Handlungs-, Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten, sowie der verlässliche Wiederaufbau von Beziehungen sind dabei die wichtigsten Ziele. Auch parallel zu einer Traumatherapie können die Klient:innen mit regelmäßigen Terminen im Draht die erarbeiteten Themen aufgreifen und mithilfe der Berater:innen in ihren Alltag integrieren.

Die Beratung ist individuell, situationsabhängig und lösungsorientiert. Die Dauer des Erstkontakts beträgt, je nach Bedarf, 45 | 60 | 90 Minuten. Weitere Kontakte und deren Dauer werden auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten angepasst.

## 3. Zielgruppe

Schwere Belastungserlebnisse und -ereignisse sowie traumatische Erfahrungen wie z.B. durch einen Todesfall, Verlust, Krieg mit/und Flucht, Unfall, eine Katastrophe, Gewalttat, schwere Erkrankung etc. können zu anhaltenden Störungen, Verhaltensauffälligkeiten oder auch gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Wir sind Ansprechpartner bei Traumatisierung/traumatischen Erfahrungen und bieten zudem Beratung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt an. Außerdem unterstützen wir pädagogische Fachkräfte bei ihrer täglichen Arbeit mit schwer belasteten Kindern und Familien durch Beratung und Supervision.

Die Traumazentrierte Fachberatung richtet sich an alle Menschen, die im Zusammenhang mit Trauma Rat suchen. Hauptsächlich sind dies Betroffene, häufig jedoch auch Angehörige oder Freunde von Betroffenen.

Die Beratungsräume Draht<sup>10</sup> bieten demnach eine offene Tür für

- Kinder und Jugendliche

- (junge) Erwachsene
- Eltern, Familien

die sich in einer psychischen Notlage befinden, nach Informationen suchen, wie sie einen Ausweg aus (akuten) Belastungssituationen finden können. Das Angebot ist alters- und geschlechtsübergreifend.

Für Netzwerk- und Kooperationspartner wie Einrichtungen der Jugend- und Eingliederungshilfe, Schulen und Kindertagesstätten, stellen wir unser Fachwissen im Rahmen von Teamfortbildungen, Supervision und Coaching zur Verfügung und sind Ansprechpartner bei Fragen und Entwicklungsprozessen.

## 4. Konzeptionelle Grundlagen

Wir können Orte schaffen helfen, von denen der helle Schein der Hoffnung  
in die Dunkelheit der Erde fällt.

F. von Bodelschwingh

Die Traumapädagogik wendet sich an Menschen mit lebensgeschichtlichen Belastungen, traumatischen Erfahrungen und verlorener Stabilität. Traumatisierungen, psychosoziale Belastungen, Verhaltens- und Kommunikationsmuster können bearbeitet, verändert und/oder „umcodiert“ werden - das ist unsere Grundannahme.

Die Traumapädagogik übersetzt die Erkenntnisse der Psychotraumatologie, der Neurobiologie, Bindungstheorie und der Pädagogik auf die konkrete Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, auf Systeme, Teams und die Einrichtungen.

Die Traumapädagogik weckt Verständnis für die Überlebensstrategien von Menschen nach traumatischen und belastenden Erfahrungen und blickt auf die (Wieder-) Herstellung von Stabilität und Handlungskompetenz. Im Fokus steht die Pädagogik des sicheren Ortes, die einen geschützten Rahmen bietet. Neben dem Blick auf den Menschen, geht es um das Verständnis von Traumadynamiken und -netzen, bezogen auf die verschiedenen Systeme von Familien und Lebensbezügen von Gruppen, Teams und Organisationen. Ein weiterer wichtiger Bereich beschäftigt sich mit der eigenen professionellen Rolle, der Selbstreflexion, den persönlichen Ressourcen und Risiken, um Überforderungen selbstschützend und wirksam begegnen zu können. Hierzu gehören auch Kenntnisse über sekundäre Traumatisierung und ein bewusster Umgang damit.

### 4.1 Trauma – Begriffsdefinition und klassische Merkmale

Das Wort Trauma hat seinen Ursprung im Altgriechischen und wird übersetzt mit den Worten Verletzung oder Wunde. Die Medizin versteht unter einem Trauma die schädigenden Einflüsse auf den Körper, wohingegen die Psychologie die verletzenden Auswirkungen auf die Psyche betrachtet. Im klinischen Kontext erlebt die Begriffsbestimmung eine stetige Anpassung durch das Klassifikationssystem ICD. Der neuste ICD-11 betrachtet ein Trauma als „Ereignis oder Serie von Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß“. Im Vergleich zum ICD-10 ergänzt der ICD-11 durch die Hinzunahme der Traumadefinition der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS), bei der der Einfluss der Zeit und die Intensität eine wesentliche Rolle spielen.

Obwohl die Klassifikationssysteme eine wesentliche Rolle für die Traumaliteratur darstellen, gibt es keine einheitliche Traumadefinition: Trauma als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt.

Traumata lassen sich in verschiedene Traumtypen einteilen. Unterschieden werden kann zum einen die Häufigkeit von traumatischen Ereignissen. Dabei werden Ereignisse, die einmalig und überraschend eintreten, dem Trauma Typ-I zugeordnet, wohingegen länger andauernde und wiederholende Ereignisse dem Trauma Typ-II entsprechen. Zum anderen werden die traumatischen Ereignisse nach Ursachenzuschreibungen unterschieden. Hierbei gibt es die akzidentellen Traumata, die nicht durch den Menschen hervorgerufen werden, sowie die interpersonellen Traumata, direkt durch den Menschen bewusst und absichtlich verursacht. Traumatisierende Erlebnisse, wie Naturkatastrophen oder zufällig stattfindende Ereignisse, können vom Menschen meist besser verarbeitet werden und ziehen durchschnittlich zu einem Viertel weniger häufig eine PTBS nach sich als interpersonelle Traumata, die durch andere Menschen erzeugt werden.

Hinsichtlich der 1-Monatsprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), lässt sich aus einer Vielzahl analysierter Studien das folgende Ergebnis hervorheben. Die Lebenszeitprävalenz der PTBS liegt im länderspezifischen Durchschnitt der Weltbevölkerung zwischen 1–7 %. Dabei ist die Prävalenz der PTBS abhängig von der Art des traumatischen Ereignisses:

- Zirka 50 % Prävalenz nach Vergewaltigung
- Zirka 25 % Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Zirka 50 % bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Zirka 10 % bei Verkehrsunfallopfern
- Zirka 10 % bei schweren Organerkrankungen, (Herzinfarkt, Malignome)
- Unter 10 % bei Naturkatastrophen
- Komorbide, d.h. begleitende Störungen, sind bei der Posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme (es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung)

#### 4.1 1 Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen

Die transgenerationale Übertragung beschreibt die Weitergabe von Vorstellungen, Verhaltensweisen, Scham- und Schuldgefühlen, Geheimnissen, Tabus und unverarbeiteten Traumata von der elterlichen Generation an die nachfolgenden Generationen über die Enkel-/Urenkelgeneration bis hin zur zu 5 Generation möglich. Die Übertragung von sozialen Strukturen, wie zum Beispiel Werte und Normen, sowie von individuell gemachten Erfahrungen von einer Generation auf die nächste, ist ein üblicher gesellschaftlicher Mechanismus. Dies gilt auch für Traumafolgeschäden, welche unter Umständen an Folgegenerationen weitergegeben werden. Die Erfahrungen der Vorfahren können sich beispielsweise in den Träumen, in Fantasien, im Selbstbild, im emotionalen Erleben und in unbewusstem Agieren ihrer Nachkommen widerspiegeln.

#### 4.2 Neurophysiologische Grundlagen

Sobald ein traumatisches Ereignis vorliegt, reichen die alltäglichen Bewältigungsmechanismen nicht mehr aus, um mit dieser Situation umzugehen. Deshalb benötigt unser Gehirn eine Strategie, um für das Überleben zu sorgen. Herzfrequenz, Atemfrequenz und Muskeltonus sind erhöht oder verändert und es kommt zu einer verstärkten Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Cortisol. Durch die Ausschüttung der Transmitter wird der Körper in einen Zustand versetzt, indem er für Flucht- und Kampfhandlungen bereit

gemacht wird. Außerdem verstärkt sich die Wachsamkeit der/des Betroffenen, wodurch die Umgebung genauestens wahrgenommen wird. Gleichzeitig werden anderweitige Gehirnregionen ausgeschaltet, damit die Energie des Organismus vollkommen für das Notfallprogramm genutzt werden kann. Gelingt jedoch weder die Flucht noch der Kampf, um aus der traumatischen Situation zu entkommen, gelangt der Mensch in die sogenannte „traumatische Zange“. Dies bedeutet, dass weder Kampf- noch Fluchtreaktion aufgrund Ausweglosigkeit zur Verfügung steht und ein Erstarren der betroffenen Person eintritt. Dies wurde durch Michaela Huber, der Grande Dame der Psychotraumatologie erstmals benannt.

Traumata führen zu Fragmentierungen im Gehirn mit einer einhergehenden Revision der Gehirnstruktur. Erkenntnisse aus der Gehirnforschung zeigen, dass das Gehirn kein starres Gerüst darstellt, welches unveränderbar ist, sondern im Zusammenspiel mit Erfahrungen und Ereignissen neuroplastisch agiert, weshalb vor allem traumatische Momente neuronale Schädigungen verursachen können und sich auf Größe und Funktion der Hirnareale (unter anderem bezüglich Gedächtnisinhalten) auswirkt.

### 4.3 Traumafolgestörungen

Es gibt unterschiedliche Traumafolgestörungen, die von kurzzeitigen Symptomen unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis begleitet werden, wie auch langfristige Folgen.

Die akute Belastungsreaktion zählt zu den posttraumatischen Störungsbildern. In der Regel vergehen die Symptome bei einer akuten Belastungsreaktion innerhalb weniger Stunden oder Tage, da der Organismus hierbei in der Lage ist, den Selbstheilungsprozess zu aktivieren.

Zu den typischen Symptomen, die direkt nach einer traumatischen Situation auftreten, zählen z.B. wechselnde affektive Zustände nach anfänglicher Betäubung, Überaktivität, teilweise desorganisiertes Verhalten, dissoziative Zustände, einschließlich scheinbar unangemessener Gelassenheit, vegetative Reaktionen wie Unruhe, Schwitzen, Übelkeit etc.. Das sind normale Reaktionen auf eine belastende Situation, die aus medizinischer Sicht keiner Therapie bedürfen. Übersteigen die Symptome jedoch einen Zeitraum von vier Wochen und die dissoziativen Zustände bleiben weiterhin Teil des Alltags, entspricht dies den Diagnosekriterien einer akuten Belastungsstörung. Sobald eine akute Belastungsstörung vorliegt, steigt die Wahrscheinlichkeit für die spätere Erkrankung an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Bei dieser handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die im Vergleich zu anderen Störungsbildern einen Zusammenschluss unterschiedlicher Symptome aufweist, die auf ein vorher stattfindendes traumatisches Ereignis zurückzuführen sind. Anders als bei einer akuten Belastungsreaktion verschwinden die charakteristischen Symptome nicht innerhalb weniger Stunden oder Tage, sondern dauern über einen längeren Zeitraum an und gehen einher mit Symptomen wie sich aufdrängende Erinnerungen (Intrusionen) der traumatischen Situation (Flashbacks) Vermeidung sowie Übererregung (Hyperarousal). Beim intrusiven Wiedererleben einer traumatischen Situation entsteht ein ungewolltes Neudurchleben der traumatischen Situation, das ausgelöst wird durch sogenannte Triggerreize, welche bspw. Gerüche, Bilder, Orte oder auch bestimmte Worte sein können. Betroffene können weitere Symptome entwickeln, die über die üblichen Diagnosekriterien des ICD-10 hinausgehen (vgl. 4.1). Dies betrifft Traumata, die durch Menschen verursacht wurden und dem Typ-II Traumata zugeordnet werden können. Betroffene einer KPTBS (Komplexen PTBS) können zumeist ihre Emotionen und Gefühle nicht steuern, wodurch sie Strategien entwickeln, um die Emotionen zu regulieren. Eine häufige Begleiterscheinung ist dabei das selbstverletzende Verhalten oder ein erhöhter Substanzmissbrauch. Außerdem entwickeln Betroffene ein negatives Selbstkonzept, welches zur Folge hat, dass auch Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen. Hierbei kann häufig eine anhaltend dysphorische oder depressive Stimmung charakteristisch sein, die von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Scham und Schuld geprägt scheint und in chronische Suizidalität münden kann.

## 4.4 Häusliche Gewalt

Mit der weit gefassten Definition aus der Istanbul-Konvention „Häusliche Gewalt umfasst alle Handlungen körperlicher, sexueller, psychischer oder wirtschaftlicher Gewalt, die innerhalb der Familie oder des Haushalts oder zwischen früheren oder derzeitigen Eheleuten oder Partnerinnen beziehungsweise Partnern vorkommen, unabhängig davon, ob der Täter beziehungsweise die Täterin denselben Wohnsitz wie das Opfer hat oder hatte“ gesehen.

Um einen wirkungsvollen Schutz vor häuslicher Gewalt zu gewähren müssen, neben dem direkt aus der Definition abzuleitenden Thema des Schutzes vor Gewalt, auch die Themen Prävention und Täterarbeit als vorbeugenden Gewaltschutz in die Konzeption mit einbezogen werden. Damit wird auch dem Gedanken Rechnung getragen, dass mit Hilfe präventiver Angebote und der Täterarbeit weniger Opfer von häuslicher Gewalt zu beklagen sind.

Häusliche Gewalt beinhaltet alle Formen körperlicher, sexueller oder psychischer Gewalt und umfasst familiäre sowie partnerschaftliche Gewalt. Häusliche Gewalt liegt vor, wenn die Gewalt zwischen Personen stattfindet, die in einer familiären oder partnerschaftlichen Beziehung zusammenwohnen. Sie liegt auch vor, wenn sie unabhängig von einem gemeinsamen Haushalt innerhalb der Familie oder in aktuellen oder ehemaligen Partnerschaften geschieht. Damit beinhaltet die Häusliche Gewalt zwei Ausprägungen, nämlich die Partnerschaftsgewalt und die innerfamiliäre Gewalt. Bei der Partnerschaftsgewalt werden die Opfer und Tatverdächtigen betrachtet, die in einer partnerschaftlichen Beziehung waren oder sind, bei der innerfamiliären Gewalt die Opfer und Tatverdächtigen, die in einer verwandtschaftlichen Beziehung zueinanderstehen (ohne (Ex-)Partnerschaften). Statistisch gesehen sind dies in der Mehrzahl Frauen, durchschnittlich jeden dritten Tag in Deutschland ein Todesfall, täglich ein Fall von erforderlicher Behandlung im Krankenhaus – sowie ebenfalls statistisch gesehen ist wohl der eigene (Ex-)Partner der gefährlichste Mensch im Leben von Frauen.

### 4.4.1 Sexualisierte Gewalt

Sexualisierte Gewalt und sexualisierter Machtmissbrauch beschreiben Handlungen mit sexuellem Bezug ohne Einwilligung beziehungsweise Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen. Diese Handlungen sind insbesondere Delikten wie sexuelle Nötigung, Vergewaltigung und sexueller Missbrauch von Kindern übergeordnet. Sexualisierte Gewalt wird dabei der physischen Gewalt (wie z.B. Körperverletzung und Misshandlung von Schutzbefohlenen) und der psychischen Gewalt nebengeordnet.

Der Ausdruck „Gewalt“ ist mit der Wertung verbunden, dass die Täter nicht Opfer im Sinn von Fehlritten und die Opfer nicht Mittäter im Sinn von Provokateuren sind und dass die jeweiligen Täter vorsätzlich handeln. Die Grenzen zwischen Gewalt und Machtmissbrauch sind hierbei fließend. Zu den Folgen dieser Art von Gewalt zählen seelische Traumata und verschiedene psychosomatische Symptome bei den Opfern. Die fachwissenschaftlichen Definitionen sind oft nicht deckungsgleich mit den Straftatbeständen; viele feministisch orientierte Gruppen und Organisationen beanspruchen z. B. eine Definitionsmacht für Betroffene.

Dem Begriff liegt keine einheitliche Definition zu Grunde. Sexualisierte Gewalt ist dann gegeben, wenn eine Person entgegen ihrem Willen sexuelle Handlungen erfährt. Im deutschsprachigen Raum hat sich die Formulierung über sexualisierte Gewalt als Oberbegriff für Eingriffe in die sexuelle Selbstbestimmung etabliert. In Abgrenzung zur engen gefassten Bezeichnung über sexuelle Gewalt, drückt



diese jegliche unerwünschte sexuelle Handlung und Grenzüberschreitungen aus, bei denen eine Person in ihrer sexuellen Selbstbestimmung und Unversehrtheit beeinträchtigt wird. Diese Form von Gewalt kann sich in verbalen, nonverbalen oder physischen Formen manifestieren und zielt darauf ab, die persönliche Integrität und Autonomie im sexuellen Bereich zu verletzen oder zu missachten. Der Terminus unterstreicht die missbräuchliche Ausnutzung von Macht, die verschiedene Ausdrucksformen im Zusammenhang mit Sexualität annehmen kann. Dabei steht nicht die sexuelle Begierde im Vordergrund, sondern die Befriedigung, die mit der Grenzüberschreitung, sowie der oftmals auferlegten Geheimhaltung der straftätigen Person einhergeht.

Bei sexualisierter Gewalt gegenüber Frauen sind 99 Prozent der Täter männlich. Auch bei sexualisierter Gewalt gegenüber Männern werden Männer häufiger als Täter benannt. Es ist allgemein anerkannt, dass es weibliche und männliche Opfer im Kindes-, Jugendlichen- und Erwachsenenleben gibt, sowie männliche und weibliche Täter.

Über die Jahrzehnte verschob sich die gesellschaftliche Bewertung vieler Arten sexuellen Fehlverhaltens. Was oft mit einer Täter-Opfer-Umkehr abgewehrt oder als unverschämtes Verhalten des Täters bewertet wurde, wird heute als kriminell angesehen und zur Anzeige gebracht. Sogenannte Vergewaltigungsmythen / Mythen sexualisierter Gewalt bestehen bis zur heutigen Zeit, Anzeigenbereitschaft steigt wegen 2016 erfolgten gesetzlichen Umwandlung in „Nein heißt Nein“ - Konsensregelung im § 177 StGB und der Strafbarkeit von Vergewaltigung in der Ehe 1996. Rückgang der Fälle sind nicht zu verzeichnen, eher ein Rückgang der Dunkelziffer und eine höhere Verurteilung von Täter:innen. Nach Aussage des Weißen Rings ist alle acht Minuten in Deutschland jemand von sexualisierter Gewalt betroffen, im Dunkelfeld wird von jeder Minute ausgegangen. Laut Statista einer Umfrage zu Vergewaltigung und sexuelle Nötigung gibt es seit 2011 einen stetigen Anstieg der Fälle.

## Formen

Sexuelle Belästigung ist eine der häufigsten Erscheinungsformen von Gewalt gegen Frauen. Zu den Formen sexualisierter Gewalterfahrung in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter zählen beispielsweise:

- Sexuelles Belästigen und Bedrängen, dazu zählt ungewolltes Berühren, bestimmte Arten von Küssen oder Auf-den-Schoß-Nehmen
- Drängen oder Erzwingen von Geschlechtsverkehr oder sexuellen Handlungen
- Drängen oder Zwingen zum Anschauen von oder Mitwirken in pornografischen Handlungen in Fotografie, Film oder Internetchat, Soziale Medien
- Drohungen für den Fall, dass sich das Opfer nicht auf sexuelle Handlungen einlässt
- Verheiratung minderjähriger Frauen

## Schockstarre als Reaktion auf sexuelle Übergriffe

Schockstarre (tonische Immobilität) ist eine Reaktion des vegetativen Nervensystems, die in einer Überwältigungssituation einsetzen kann, wenn Flucht oder Kampf als aussichtslose Optionen erlebt werden. Während der Erstarrung sind die Muskeln kurzzeitig gelähmt und die Wahrnehmung verändert (dissoziativer Stupor). Definiert ist die tonische Immobilität als Zustand völliger Bewegungsunfähigkeit, in dem eine Person nicht mehr ansprechbar ist und sich weder bewegen noch sprechen kann. Bei Tieren ist eine ähnliche Verhaltensweise als Schreckstarre oder Totstellreflex bekannt.

Tonische Immobilität während einer traumatischen Erfahrung ist ein wesentlicher Risikofaktor für eine spätere posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

## Rechtslage in Deutschland

Eine einheitlich rechtliche Definition des Begriffs „sexualisierte Gewalt“ ist im Gesetz nicht verankert.

Der Begriff „sexuelle Belästigung“ wird anders als der Begriff der sexualisierten Gewalt im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in § 3 Abs. 4, sowie auch im Strafgesetzbuch unter § 184i definiert. Nach

§ 184i Abs. 1 StGB belästigt sexuell, wer „eine andere Person in sexuell bestimmter Weise körperlich berührt und dadurch belästigt“. Die Gesetzesbegründung des § 184i Abs. 1 StGB fordert für „körperlich berührt“ einen „Kontakt des Täters mit seinem eigenen Körper am Körper des Opfers“. Nach § 3 Abs. 4 AGG zählen darüber hinaus als sexuelle Belästigung auch „Bemerkungen sexuellen Inhalts sowie unerwünschtes Zeigen und sichtbares Anbringen von pornographischen Darstellungen“.

Rechtsgut ist in Deutschland die sexuelle Selbstbestimmung. Diese wurde im deutschen Strafgesetzbuch im dreizehnten Abschnitt unter Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung niedergeschrieben. Hierbei sind insbesondere zu nennen der § 174 StGB (Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen), die §§ 176 ff. StGB (Sexueller Missbrauch von Kindern) und der § 177 StGB (Sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung). Die Anpassung und Neubildung des § 177 StGB an die Bestimmungen der Menschenrechte hatte zur Folge, dass die Willensbildung der betroffenen Personen in den Mittelpunkt gestellt wurde. Sexuelle Handlungen, die durch eine verbale Kommunikation oder ein Kopfschütteln abgelehnt werden, sind nach § 177 Abs. 1 strafbar. Im Falle sexueller Handlungen, bei denen eine Einschränkung der Willensbildungsfähigkeit der betroffenen Personen vorliegt, ist eine Strafverfolgung gemäß des § 177 Abs. 2 Satz 1 bis 3 vorgesehen. Eine Einschränkung der Willensbildungsfähigkeit liegt im Fall von verabreichten K.-o.-Tropfen, Alkoholkonsum oder einer geistigen Beeinträchtigung der betroffenen Person vor.

### Folgen und Schäden durch sexualisierte Gewalt

Sexualisierte Gewalt kann vielfältige kurz- und langfristige Folgen und Verletzungen nach sich ziehen. Viele Betroffene bleiben ihr Leben lang von der Missbrauchserfahrung betroffen und belastet. Man geht davon aus, dass die Folgen schwerwiegender sind

- je größer der Altersunterschied zwischen Täter und Opfer, und besonders, wenn es sich um eine Differenz von einer Generation handelt;
- je größer die verwandtschaftliche Nähe, und besonders bei Autoritäts- und Vaterfiguren;
- je länger der Missbrauch andauert;
- je jünger das Kind bei Beginn des Missbrauchs;
- je mehr Gewalt angedroht oder angewendet wird;
- je vollständiger die Geheimhaltung;
- je weniger sonstige schützende Vertrauensbeziehungen, etwa zur Mutter oder einer anderen Person bestehen.

Das Ausmaß der Schädigungen variiert in Abhängigkeit davon, wie sich im Einzelfall die Faktoren wechselseitig verstärken oder abschwächen. Die häufigsten Folgen bei Kindern und Jugendlichen die Sexualisierte Gewalt erleben mussten sind

- Störungen der Sexualität und Partnerschaftsprobleme
- Störungen in der Wahrnehmung eigener Gefühle (Verwechslung von Affektivität und Sexualität)
- Gefühle der Wertlosigkeit, Scham, Schuld, Wut
- Ablehnung des eigenen Körpers, selbstdestruktives Verhalten, Selbstmord(versuche)
- Sexualisierung von Beziehungen
- Störung der Sexualfunktionen
- emotionaler Rückzug und soziale Isolation, Misstrauen
- Depression
- Gefühle, außerhalb des eigenen Körpers zu sein (Dissoziation)
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Angstzustände, Alpträume, angstmachende Tagträume
- Schlaf- und Essstörungen

- psychosomatische Beschwerden (vor allem Haut- und Magenerkrankungen)

Die häufigsten Folgen bei Erwachsenen die Sexualisierte Gewalt erleben mussten sind starke Scham- und Schuldgefühle, Bauchbeschwerden, Essstörungen und Migräne, posttraumatische Belastungsstörungen, Gedächtnisfragmente und -lücken, Wahnerlebnisse und Suizidversuche. Ob und in welchem Ausmaß diese Symptome bei den Betroffenen auftreten, hängt zum einen von den Voraussetzungen des traumatischen Erlebnisses ab – etwa wann, wie, wie oft und von wem die Gewalt ausgeübt wurde.

## 5. Grundlegende Haltung und Aufgaben

### 5.1 Grundhaltungen und allgemeine Hinweise

Traumafachberater:innen nutzen ihre professionellen Fähigkeiten, um durch Fachwissen systematisch und reflektiert auf die ratsuchende Person im Beratungsgespräch einzugehen. In erster Linie sind Kompetenzen in der Beziehungsgestaltung für die Qualität entscheidend und so für eine freundliche und entspannte Atmosphäre zu sorgen, dabei steht die Achtung der Person im Vordergrund. Betroffene benötigen insbesondere Sicherheit, einen inneren und äußeren sicheren Ort, um eine Veränderung erzielen zu können. Die Lebensführung steht im direkten Fokus einer psychosozialen Beratung. Innerhalb der Beratung wird das Ziel verfolgt, problembehafteten oder desorientierten Klient:innen eine Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Bewältigungshilfe zu geben. Hierfür werden die Ratsuchenden zur Hilfe zur Selbsthilfe befähigt, um die aktuelle Problemlage zu lösen.

Für die Fachberater:innen bedeutet dies, eine selbstkritische Einschätzung, wo sie wirksam und hilfreich sein können, ob das Setting und die Methode „passen“ und sobald dies nicht der Fall ist, Alternativen mit den Klient:innen erörtern (z.B. eine Vermittlung an andere Stellen).

Die Beratung ist darauf ausgerichtet, behutsam beziehungs- und ressourcenorientiert stabilisierende, explorative Selbstheilungsprozesse anzuregen, um auch nach schweren Verletzungen ein Leben mit Lebensqualität zu ermöglichen. Daneben benötigen die Fachberater:innen klinische Kenntnisse, da die psychosoziale Beratung eine Doppelverortung besitzt und sowohl feld- als auch methodenorientiert arbeitet. Das Kompetenzspektrum einer Fachberatung erstreckt sich dabei von der psychosozialen Diagnostik, der professionellen Bindungs- und Beziehungsgestaltung über Gesprächsführungskompetenzen und Wissensbestände individueller, klinischer und lebensweltbezogener Veränderungsmodelle, bis hin zu System-Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen.

Traumatisierte Menschen brauchen ein Mehr an professionellen, stabilen, vorhersehbaren und für sie kontrollierbaren Rahmen. Nötig und bedeutsam sind klare transparente Angebote und eine Aufklärung über Grenzen und Beendigungen der Maßnahme. Parallel ist mit den Klient:innen zu überlegen, ob und wann eine Traumatherapie mit einer Bearbeitung des Traumas angeregt werden soll.

Traumafachberatung hat zunächst die grundlegenden Bedürfnisse der Klient:innen zu berücksichtigen, erst wenn diese erfüllt sind, ist das Erreichen weiterer Ziele möglich.

### 5.2 Beratungsplanung

Anliegen können sehr individuell sein, wodurch die Auftragslage oft erst zu erschließen ist. Im Fokus der Traumafachberatung stehen zunächst die psychosoziale Diagnostik sowie die Erschließung vorhandener Ressourcen. Diese werden gemeinsam mit der ratsuchenden Person in der Beratungsplanung erarbeitet. Dabei ist es wichtig, dass realistisch vereinbarte Ziele formuliert werden, die für die ratsuchende Person

umsetzbar sind. Durch das Einbeziehen in die Beratungsplanung wird die Eigenverantwortung gefördert, wodurch Betroffene schrittweise eine Stabilität (wieder)erlangen.

Die Beratungsplanung erfolgt indessen bei einem etwaigen Monotrauma anders als bei einer sich herausstellenden (komplexen) Traumafolgestörung. Bei letzterem ist zügig eine interne oder externe Folgemaßnahme äußerst wichtig und ausschlaggebend zu installieren sowie ggf. eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe. Zudem sollte überlegt werden, inwieweit Paar- bzw. Familiengespräche hilfreich sind und ob z.B. Unterstützungsangebote zur Integration in den Arbeitsmarkt notwendig sind und ob die Übernahme eines Case-Managements abzusprechen ist.

### 5.3 Akute Hilfen und Krisenintervention

Zentral bei der Bewältigung von Krisen ist die Herstellung einer ruhigen und sicheren Situation. Sicherheit im Lebensraum um -umfeld bedeutet, wie die/der Klient:in von wichtigen Bezugspersonen Unterstützung und Hilfe erhalten könnte und wie eine Lebenssituation geschaffen werden kann, in der die Wahrscheinlichkeit erneut belastet oder traumatisiert zu werden, möglichst gering ist. Dies kann z.B. bedeuten, räumliche Distanz zu Orten und Personen zu schaffen, die mit der krisenhaften Situation in Bezug stehen. Wichtig ist es, mögliches Risikoverhalten zu erkennen und einzuschränken. Die Stabilisierung und die Schaffung eines sicheren Ortes stehen im Mittelpunkt der Intervention sowie ggf. eine umgehende Vermittlung an einen Schutzplatz (z.B. Frauenhaus).

Hilfreich kann es sein, zunächst die Alltagsstrukturen der Klient:innen zu fokussieren, zum Beispiel in dem man darüber spricht und übt, wie die Klient:innen sich selbst motivieren können, wie z.B. morgens aufzustehen, kleine Arbeiten verrichten oder wieder ein Buch lesen. Diese Arbeit an der Wiederherstellung halbwegs strukturierter Lebenszusammenhänge ist zu Beginn der Beratung wichtig.

Krisen können auch im Beratungskontext extreme Formen annehmen, die von den Berater:innen intensive und gezielte Interventionen erfordern. Besonders bei komplextraumatisierten Personen ist mit selbstverletzendem Verhalten, Aggressionen, Suizidalität, intensiven Flashbacks mit vorübergehenden Realitätsverlust/Dissoziationen zu rechnen. Hier hilft eine genaue Symptom- und Triggeranalyse, denn die meisten Impuls- und Affektdurchbrüche können als Signal innerer Alarmbereitschaft verstanden werden.

Unterschieden werden Suizidgedanken, Suizidpläne (Gedanken oder auch vorbereitende Handlungen, die sich konkreter mit dem Suizid beschäftigen) und Suizidversuche. Dabei ist es unerheblich, ob die gewählte Methode tatsächlich zum Tod geführt hätte. Die Wahl der Methode ist oftmals vom Entwicklungsstand oder vom kognitiven Funktionsniveau einer Person abhängig. Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit gelten ebenso als ein deutlicher Prädiktor für spätere Suizide und Suizidversuche wie Vernachlässigung in der Kindheit, der Verlust der Eltern und eine Häufung von erlebten Traumata.

Bestandteil eines jeden Krisengesprächs ist die Abklärung einer möglichen Suizidalität oder Fremdgefährdung und gegebenenfalls die Einleitung entsprechender Maßnahmen bis hin zu einer Aufnahme in eine beschützende Station.

Selbstgefährdung kann sich auch in Form von Selbstverletzungen äußern. Forschungen ergeben, dass mindestens zwei Drittel, der sich selbst verletzenden Personen in ihrer Kindheit traumatisiert wurden. Selbstverletzungen können unter anderem dazu dienen, Spannungen abzuführen oder um zum Beispiel Dissoziationen zu beenden.

### 5.4 Empowerment

Empowerment umfasst Strategien und Maßnahmen, die Menschen dabei helfen, ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu führen. Betroffene Menschen bleiben trotz ihren Beeinträchtigungen Akteur:innen ihres eigenen Lebens. Sinnentsprechend kann Empowerment übersetzt werden mit

Selbstbemächtigung/Selbstkompetenz oder Selbstbefähigung. Ziel ist ein Mehr an Autonomie, sozialer Teilhabe und eigenbestimmter Lebensplanung sowie die (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens.

## 5.5 Case-Management

Im Kontext der Traumabewältigung ist ein funktionierendes ein Case-Management sowie gelingende Vernetzung äußerst wichtig, da traumatisierte Menschen aufgrund einer schwerwiegenden traumatischen Erfahrung oftmals multifaktorielle Problemlagen mitbringen. Durch die ganzheitliche Betrachtung können geeignete Ressourcen in der Lebenswelt betrachtet und in Verbindung zu sozialen Unterstützungsangeboten angewandt werden, sodass die/der Betroffene ein gelingendes und selbstbestimmtes Leben (wieder-)erlangen kann. Hierzu benötigen insbesondere die Betroffenen mit komplexen Traumafolgestörungen eine Person – oder noch besser ein kleines Team – die langjährig, flexibel, verlässlich und partizipativ Unterstützung anbietet. Dies ermöglicht eine sozialraumbezogene Orientierung, wodurch der Blick „vom Fall auf das Feld“ ausgeweitet wird und Ressourcen herangezogen werden.

## 5.6 Angehörigenarbeit und Soziales Netzwerk

Für die Gesundung von traumatisierten Personen ist ein gutes soziales Netzwerk von großer Bedeutung, daher ist eine Analyse der Netzwerke wichtig, ebenso der kooperativen Institutionen, da traumatisierte Menschen oftmals die Hilfen verschiedener Kooperationspartner benötigen. Der Kontakt mit traumatisierten Menschen und ihr emotionales Erleben kann zu einer besonderen traumatischen Belastung führen. Neben den Familienangehörigen können auch andere Personen, wie z.B. Mitschüler:innen, Freund:innen oder Arbeitskolleg:innen betroffen sein. Oftmals entwickeln die Angehörigen unterschiedliche problematische Phänomene, die zu verschiedensten familiären Mustern und Dysfunktionen führen können. Daher sollte grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass es zu Belastungen und Einschränkungen bei Einzelnen oder allen Personen des jeweiligen Netzwerkes führen kann, wenn ein Familienmitglied von einem Trauma betroffen ist, und zwar unabhängig davon, ob sie dieses Trauma gemeinsam erlebt haben oder nicht. Dies bedeutet für die Praxis auch, dass die traumatischen Belastungen der Angehörigen wiederum die Heilung des zunächst traumatisierten Menschen negativ beeinflussen können. Insbesondere ist die Zeit nach einem Trauma entscheidend für eine „Heilung“. Eine Nicht-Hilfe, die als sequenzielle Traumatisierung bezeichnet wird, beschreibt die Aufeinanderfolge mehrerer traumatischer Erfahrungen, um zu verdeutlichen, dass es nie nur darum geht, was jemand Schreckliches erlebt hat, sondern eben auch darum, was in der Folgezeit passiert. In diesem Zusammenhang muss eine ggf. Täter:innenkontaktvermeidung abgewendet werden sowie ein Schutzraum, insbesondere für minderjährige Personen.

# 6. Konzeptionelle Ansätze und Methoden

## 6.1 Traumapädagogik

Eine integrative Traumapädagogik versteht sich als sozial-, heil- und erlebnispädagogischer sowie systemischer Ansatz, die über Methoden der psychosozialen Beratung und der Kreativitätsförderung zur Stabilisierung und Förderung traumatisierter Kinder, Jugendlicher, Erwachsener und Familiensysteme verfügt. Die Traumapädagogik als Gesamtkonzept und dynamische Fachrichtung, die sich einer ständigen Anpassung orientiert, geprägt mit Erkenntnissen der Psychotraumatologie, Erziehungswissenschaften, Bindungstheorie, Resilienzforschung, Neurowissenschaften, Hirnforschung und Traumatherapie.

Traumapädagogik teilt u. a. die Haltung, dass alles, was ein Mensch zeigt, aus dessen Geschichte heraus Sinn macht (Annahme des guten Grundes). Ziel ist u.a. die Unterstützung der Selbstbemächtigung und damit einhergehend eine Stabilisierung, wofür die Einrichtung als Sicherer Ort mit verlässlichen und vertrauensvollen Beziehungen die Grundlage bildet. Im Mittelpunkt steht:

- ein sicherer Ort, als verlässlicher innerer/äußerer Raum und passende Alltagsbedingungen.
- die Annahme des guten Grundes, indem hinter jedem Problemverhalten und Widerstand der Klient:innen ein „guter Grund“, Glaube und Sicherheit steht.
- Selbstkompetenz, Selbstermächtigung = Empowerment im Leben jetzt, einen Sinn zu finden.
- Selbstregulation und Akzeptanz von traumatischen Erlebnissen und den Umgang mit traumatischem Stress zu erreichen.
- Vertrauen in Beziehungen zu entwickeln.

Verhaltensweisen der traumatisierten Menschen sind „normale“ Reaktionen auf eine extreme Stressbelastung. Sie haben in ihrem Leben bislang viel überstanden und geleistet.

## 6.2 Traumadiagnostik

Die psychosoziale Diagnostik einer traumabedingten Störung ist Aufgabe aller professionellen Fachberater:innen. Diagnostische, grundlegende Kenntnisse benötigen daher alle, ohne Diagnose sind Interventionen nicht zielgerichtet und sinnvoll.

Notwendig ist eine Analyse sozialer, individueller, psychischer, physischer/medizinischer und ökonomischer Aspekte und Prozesse mittels unterschiedlicher Methoden. Wie alle problematischen Phänomene erfordern Traumata und die damit verbundenen weiteren multiplen Störungen eine biopsychosoziale, mehrdimensionale Diagnostik auf psychischer, physischer und sozialer Ebene. Dies beinhaltet eine:

- biografische, ätiologische Diagnostik (z.B. mit einer Biografieanalyse, Genogrammerstellung, Triggeranalyse, gezeichneten Lebenspanorama)
- Lebensweltdiagnostik (Milieu, Außenwelten etc., z.B. mit Hilfe von Netzwerkkarten)
- Ressourcendiagnostik
- Ggf. phänomenologische Psychodiagnostik mittels des DSM oder des ICD

## 6.3 Lebensweltorientierung

Grundlage einer personenzentrierten, psychosozialen und Traumafachberatung ist die Lebensweltorientierung, da durch Traumatisierungen die lebensweltliche Gewissheit in die eigene Person und das Vertrauen in die Menschen und Umwelten verloren gegangen ist.

Bei der Lebensweltorientierung handelt es sich um ein Konzept, welches insbesondere durch Hans Thiersch in den 1970er-Jahren geprägt wurde und bis heute als spezifisches Selbstverständnis Sozialer Arbeit angesehen wird. Im zentralen Fokus stehen allgemeine Strukturen der Lebenswelt(en) und die Normalität von Lebensverhältnissen, bevor nach besonderen Lebensverhältnissen und problematischen Handlungsmustern gefragt wird. Somit regt die Lebensweltorientierung pädagogische Konsequenzen an, um Betroffenen einen gelingenden Alltag zu ermöglichen. Der Alltag ist ausschlaggebend für die Lebenswelt.

## 6.4 Ressourcenorientierung

Traumafachberatung verfolgt als wesentliches Ziel eine Stärkung der Ressourcen. Besondere Betrachtung erhalten hierbei die Schutzfaktoren, die nach einer Traumatisierung bei betroffenen Personen vorhanden sind. Ressourcenorientierte Arbeit im Kontext der Traumafachberatung bedeutet, dass Ressourcen lösungs- und zielorientiert differenziert und aktiviert werden müssen. Vor allem bei der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen ist dies eine Herausforderung. Aufgrund der gravierenden Ereignisse können



komplex traumatisierte Menschen mitunter nur unzureichende Bindungserfahrungen machen, wodurch gerade soziale und die interpersonalen Ressourcen massiv geschädigt sind. Dies führt oft zu einer traumabedingten negativen Selbstwahrnehmung. Deshalb bedarf es einer behutsamen lösungs- und zielorientierten Ressourcenerschließung, damit versteckte Ressourcen aktiviert werden, um schrittweise einen gelingenden Alltag zu ermöglichen.

## 6.5 Stabilisierung

Stabilität ist von besonderer Bedeutung und erreicht, wenn ein Gefühl der Sicherheit, der Kontrolle und der Vorhersagbarkeit der Situation (Kohärenz) entstanden ist, wenn physiologische und biologische Belastungsreaktionen einschließlich der Dissoziationen kontrolliert werden können, wenn ein adäquater Umgang mit den überwältigenden Erfahrungen gelingt und verlässliche soziale Bindungen etabliert sind.

Um eine Stabilisierung zu unterstützen sind gleiche Strukturen, wie beispielsweise der gleiche Beratungsraum, Regelmäßigkeit bei Terminen, sowie bei Essens- und Schlafenszeiten und Aktivitäts- und Ruhe-Phasen, ebenso wie stabile soziale Netzwerke und sportliche Betätigung von Bedeutung. Kontraindiziert ist ein Täter:innenkontakt, dieser muss verhindert werden.

Stabilisierungsübungen fokussieren jeweils bestimmte Schwerpunkte, z.B. bei akuten Hilfen, einer Ressourcenorientierung, der Emotionsregulierung...

- „Der innere sichere Ort“ dient dazu, in der Imagination Erfahrungen von Sicherheit und Geborgenheit zu erfahren. Ziel ist die Vermittlung eines inneren Objekts, das die Erfahrung von Sicherheit bietet.
- „Der innere Tresor“ dient dazu, bewusst zu verdrängen und belastendes „wegzupacken“.
- Ablenktechniken dienen der Stressregulierung, z.B. in Triggersituationen. Die Aufmerksamkeit soll abgelenkt werden, um Einfluss auf die inneren Wahrnehmungsprozesse zu erlangen, z.B. wird der betreffenden Person vorgeschlagen, intensiv den Raum wahrzunehmen, indem beispielhaft Zählaufgaben gegeben oder Muster gesucht werden oder Ablenkungen (Ablenskills), wie Zählübungen rückwärts, eine Strecke abschreiten, Zeichen oder Schreibübungen, Atemübungen.

## 6.6 Psychoedukation

Die Psychoedukation erfolgt zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in verschiedenen Settings. Zu Beginn und im Verlauf einer Beratung beziehungsweise Therapie wird mit der Psychoedukation eine Verbesserung des Verständnisses einer Erkrankung und deren Behandlung angestrebt. Dies soll die Krankheitsbewältigung erleichtern.

Psychoedukation ist ein bedeutsamer Bestandteil jeder Beratung und Behandlung, aber besonders wichtig für die Traumabewältigung. Ziel ist es, den Klient:innen (und deren Angehörigen, sofern hilfreich) eine Erklärung für ihre Problematik zu bieten und dabei jeweils ihre individuelle Sicht einzubeziehen. Außerdem soll eine Erhöhung des Bewusstseins und der Akzeptanz der Erkrankung durch Aufklärung bei den Betroffenen, ihren Angehörigen und letztlich der Allgemeinbevölkerung erreicht werden. Dabei wird angenommen, dass Klient:innen Missverständnisse und fehlerhafte Vorstellungen über ihre Störung durch neues, wissenschaftlich fundiertes Wissen überdenken und korrigieren. Verändert werden sollen dysfunktionale Verhaltensweisen und Einstellungen. Ebenfalls wird davon ausgegangen, dass die Einordnung des eigenen Leidens in ein vorhandenes Krankheitsbild strukturierend und entlastend wirkt. Gerade Traumaklient:innen erleben es häufig als sehr entlastend, wenn sie verstehen, dass sie für diese Situation unter „normalen“ Symptomen leiden.

Bei Kindern ist bei der Vermittlung auf eine altersgerechte Sprache zu achten. Medien, wie Bilderbücher können genutzt werden. Bei der Psychoedukation mit Kindern sollte ein Gespräch allein mit dem Kind und ein gemeinsames mit den Bezugspersonen stattfinden.

Auch für die Angehörigen ist eine verständliche Psychoedukation nicht nur sehr bedeutsam sondern unbedingt erforderlich und stellt in der S3 Leitlinie-PTBS eine (verpflichtende) therapeutische Intervention dar (Stand 2019, aktuell in Überarbeitung).

## 6.7 Resilienzförderung

Seit Mitte der 1980er-Jahre beschäftigt sich das Konzept der Resilienz mit Menschen, die trotz schwerer Schicksalsschläge über eine seelische Stabilität verfügen, beziehungsweise sich schnell von einer traumatischen Situation erholen. Resilienz als eine Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen und Krisen wie schwere Krankheiten, Verlust nahestehender Menschen oder andere Traumata ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen. Dadurch steht die Resilienzförderung im direkten Zusammenhang zur Ressourcenorientierung, da Ressourcen als helfende und schützende Faktoren dienen und somit als Kraftquelle zum Widerstand eingesetzt werden können.

## 6.8 Salutogenese

Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky setzt sich grundlegend mit dem Thema Gesundheit auseinander und beschäftigt sich mit der Frage, wie die Erhaltung der Gesundheit gesichert werden kann und welche Faktoren einen Menschen dabei unterstützen können. Das Konzept besagt, dass Stressoren nicht grundsätzlich krank machen, sondern gesundheitsförderlich sein können. Antonovsky postulierte die Existenz generalisierter Widerstandsressourcen, welche in Situationen aller Art zur Unterstützung der Bewältigung von Stressoren und das durch sie hervorgerufene Spannungserleben eingesetzt werden können.

Für die Traumafachberatung ist ein salutogenetischer Handlungsansatz hilfreich, da er die Aktivierung und Förderung von Widerstandsressourcen in den Mittelpunkt stellt.

## 6.9 Stresskonzepte

Traumaberatungskonzepte benötigen als einen weiteren Baustein Interventionen zur Reduzierung von Stress und die Vermittlung von Entspannungstechniken. Traumatisierte Menschen sind häufig übererregt, sie können meist nicht entspannen. Anspannung kann in diesem Kontext als der körperliche Versuch einer latenten Verteidigungshaltung verstanden werden, um sich zu schützen. Auf lange Sicht kann es zu dem sogenannten „Kindling“-Phänomen kommen, bei dem die Erregungsschwelle sinkt und das Stressverarbeitungssystem überempfindlich wird. Eine wichtige Grundlage zur Stressreduktion ist erneut der Verweis auf einen sicheren Ort. Klassische Techniken aus der Entspannungs- oder der Erlebnispädagogik lassen sich häufig modifiziert nutzen.

## 6.10 Bindungskonzepte

Bindungsforscher wie Brisch und auch Hirnforscher wie Hüther belegten in Untersuchungen, dass besonders das Verhalten unserer ersten Bezugspersonen tiefgreifende Schäden hervorrufen kann. So brauchen alle Menschen und Säugetiere, Geborgenheit, Sicherheit und eine einfühlsame, zugewandte Fürsorge von Müttern und Vätern oder anderen Pflegepersonen, die bereit sind, sie mit Sensibilität und Liebe zu erkunden und ihre Bedürfnisse auf angemessene Art zu beantworten, um sich gesund entwickeln und die in ihnen angelegten Fähigkeiten optimal entfalten zu können. Kinder zeigen nach Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch gehäuft (bis zu 80 %) desorganisierte Verhaltensweisen. Ebenso wiesen Kinder von Müttern, die eine schwerwiegende Traumatisierung erlebten, häufiger ein desorganisiertes Bindungsverhalten auf. Wird

die Befriedigung einzelner oder aller Grundbedürfnisse gestört oder ge- und behindert, resultieren daraus Entwicklungsdefizite, Bindungsstörungen oder gar Bindungstraumas. Das Bindungsverhalten hat somit bedeutsame Auswirkungen auf die Entwicklung von Traumata bzw. auf die Entwicklung und Schwere von Folgestörungen Betroffener und ihrer Kinder.

## 6.11 Hilfreiche Methoden der Sozialtherapie und Systemischen Therapie

Die Sozialtherapie bzw. die Klinische Sozialarbeit legt ihren Blick auf die Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen und bietet in Rahmen ihres Methodenkanons weitere ergänzende Hilfestellungen an.

### Symptomanalyse und die Reduktion problematischer Symptome

Traumatisierte Menschen weisen vielfältige biopsychosoziale Symptome auf. Eine Symptomanalyse bietet die Möglichkeit, ein Symptom besser zu verstehen, Hypothesen zu entwickeln eine Verminderung oder Auflösung des Symptoms abzuleiten. Als ein Symptom wird hier ein eher abgegrenztes Problem verstanden, wie Ängste, Kopfschmerzen oder Substanzgebrauch. Für die Traumafachberatung weist diese Analyse auf eine enge Verknüpfung biologischer/körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren hin.

### Emotionsregulierung

Traumatische Erfahrungen haben einen großen Einfluss auf die Emotionswahrnehmung, ergo auf die Emotionsregulation. Traumata prägen somit die Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien und haben oftmals keine funktionalen Strategien im Umgang mit intensiven Emotionen. Stattdessen kommt es eher zu einer Vermeidung der Stimuli u.a. wie Weglaufen, problematischen Verhaltensweisen oder exzessivem Alkoholgebrauch. Traumatisierte Menschen erleben besonders intensiv ihre verschiedensten Gefühle, wie Wut, Ekel, ein Gefühl von Leere oder auch intensive Schuld- und Schamgefühle, oder entgegengesetzt mit Angst vor Emotionen, da sie diese als sehr unangenehm und unkontrollierbar erleben. Hier wird von einer Emotionsphobie gesprochen. Diese entsteht mitunter als Folge von traumatischen Situationen, in denen Gefühle als unkontrollierbar oder besonders unangenehm erlebt wurden. Ziel ist es, diese Phänomene mit Übungen zu fokussieren und den Klient:innen zu helfen, ihre meist negativen emotionalen Zustände zu akzeptieren, zu verstehen und bestenfalls zu regulieren.

### Die Arbeit mit inneren Anteilen

Teilearbeit ist eine übergreifende Bezeichnung für verschiedene Methoden, die jeweils von einem Persönlichkeitsmodell ausgehen, in dem es kein einheitliches Ich gibt, sondern immer verschiedene Teile einer Persönlichkeit miteinander in Kontakt stehen. Die verschiedenen Anteile des Menschen entwickeln sich meist in der Kindheit, können potenziell auch zu späteren Zeitpunkten entstehen. In Folge von Traumata entstehen häufig dissoziierte Anteile, um den Schmerz von anderen Teilen der Persönlichkeit fernzuhalten. Problematische Anteile können als negative Introjekte in selbstzerstörerischer Form, zum Beispiel als ein ständiger innerer Zweifler oder als Täteranteil, dem sogenannten Täterintrojekt, auftreten.

Im Mittelpunkt steht nicht die Frage, ob es diese Teile wirklich so gibt, sondern es geht darum, dieses Phänomen zu nutzen. In der Traumafachberatung kann die Teilearbeit genutzt werden, um in konkreten Problemsituationen einen Überblick über die verschiedenen Seiten und Teile einer Person zu gewinnen und um herauszufinden, welche Bedürfnisse und Thematiken diese Teile beinhalten. Solche Übungen erlauben eine aktive Trennung der verschiedenen Gefühlszustände. Die Haltung gegenüber den inneren Anteilen, bis hin zu Anerkennung der vorhandenen Persönlichkeitsanteile ist von Wertschätzung geprägt, die Integration ist kein Muss oder feststehendes Ziel.

## 6.12 Rechtliche Hilfen

Aus einer rechtlichen Perspektive sind insbesondere Hilfen nach dem Opferentschädigungsgesetz und im Kontext eines Täter-Opfer-Ausgleichs zu beachten.

Menschen, die Opfer eines Verbrechens wurden, erleiden neben körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen häufig auch wirtschaftliche Einbußen. Nur selten können Schadensersatzansprüche gegen die/den Schädiger:in erhoben werden, da der Ausgleich des Schadens nicht angemessen beglichen oder die/der Schädiger:in nicht direkt ermittelt werden kann. Nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) erhalten alle Opfer eine Entschädigung, die durch Gewalteinwirkungen einen gesundheitlichen Schaden erleiden. Sobald eine Person Opfer einer Gewalttat im Sinne des § 1 OEG wird, richten sich die Entschädigungsleistungen in entsprechender Anwendung nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG). Daher erhalten Opfer von Gewaltverbrechen (mit Gutachten nach Aktenlage) denselben Schutz wie Opfer von Kriegen und ihren Hinterbliebenen:

- Heilbehandlung und alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden vom Staat getragen; für Kinder darüber hinaus nicht ärztliche sozialpädiatrische/heilpädagogische Leistungen
- Renten werden denjenigen gezahlt, deren Erwerbsfähigkeit gemindert oder zerstört worden ist, sowie deren Witwen und Waisen

Beim Täter-Opfer-Ausgleich (TOA) handelt es sich um eine Konfliktschlichtung zwischen Täter:innen und Opfern, die aufgrund einer Straftat entstanden ist, oder durch diese begründet wurde. Dabei soll eine Wiedergutmachung angestrebt werden. Dieser Ausgleich findet in einer persönlichen und evtl. wiederholten Begegnung statt und wird von einer/m unparteiischen Vermittler:in begleitet.

## 6.13 Opfersein im gesellschaftlichen Kontext

Traumata entstehen innerhalb gesellschaftlicher interpersoneller Macht- und Ausschlussprozesse im Kontext institutioneller und interpersoneller Gewalt. Häufig leiden traumatisierte Menschen zusätzlich zu ihren sozialen Traumafolgen an gesellschaftlicher Marginalisierung, Ausgrenzung oder sogar Missachtung. Das Label Trauma impliziert zu oft eine Pathologisierung des Menschen und nicht des Ereignisses und beinhaltet damit eine Stigmatisierung und Etikettierung der Betroffenen.

Eine bedeutsame Rolle für die Gesundung hat die gesamte Situation nach dem Trauma. Die Opfer benötigen Anerkennung und Unterstützung, um sich nicht fremd innerhalb ihrer sozialen Umwelten zu erleben. Oftmals empfinden sie jedoch die Abwehr bzw. offenes Leugnen und In-Frage-Stellen von erlittener Gewalt als weitere Demütigung. Deshalb ist die Anerkennung der Schuld und der Täterschaft besonders wichtig. Manchmal erfüllt eine strafrechtliche Verfolgung der TäterInnen diese Funktion. Allerdings beinhaltet das Einlassen auf die strafrechtliche Verfolgung auch wiederum erhebliche Risiken einer Retraumatisierung.

Traumata schädigen nicht nur den Einzelnen, sondern auch die gesellschaftliche Teilhabe und die Handlungsfähigkeit der Betroffenen/Überlebenden/Opfer.

## 7. Personal

Im DRAHT<sup>10</sup> arbeiten erfahrende (sozial)pädagogische und psychologische Fachkräfte mit qualifizierten u.a. therapeutischen Fort- und Weiterbildungen. Zu Beginn planen wir mit insgesamt einer 1,0 Vollzeitstelle gemäß 39 Wochenstunden den Betrieb zu eröffnen, zu gegebener Zeit mit insgesamt mindestens 2,0 Vollzeitstellen.

Die Leitung wird mit einer 0,25 Stelle von einer erfahrenen Dipl. Pädagogin und langjährigen Ape Mitarbeiterin übernommen, mit Weiterbildungen in den Bereichen der syst. Einzel-, Paar- und Familientherapie, Supervision und Coach, Traumapädagogik und Traumazentrierten Fachberatung. Direkt-Verantwortlicher für das Geschehen ist die Leitung, sie ist hauptverantwortlich für die Umsetzung gemäß unserem Leitbild und Konzeptes, der Gestaltung und Organisation, der Koordination und Strukturierung pädagogischer und therapeutischer Prozesse. Weitere Aufgaben liegen in der Beratungsarbeit an sich.

Für Beratung und (Klein-)Gruppenangebote stehen mit 0,5 Stellenanteil eine Staatl. anerkannte Sozialpädagogin mit Weiterbildung in Mediation, Traumpädagogik, Traumazentrierter Fachberatung, Psychosozialer Prozessbegleitung, Antigewalt- und Kompetenztraining (AKT), sowie ab Sommer 2024 ein Sozialarbeiter B.A. mit einem Stellenanteil von mind. 0,25.

Bei Bedarf stehen aus dem internen Ape-Kreis weitere Fachkräfte für einen Einstieg in den Draht<sup>10</sup> bereit, wie eine Sozialarbeiterin B.A., syt, Therapeutin, Traumapädagogin, Psychologin M.sc., Traumatherapeutin.

### Selbstfürsorge des Personals

Gesund bleiben am Arbeitsplatz ist abhängig von den persönlichen Dispositionen, dem Umgang mit Stress und Konflikten und ebenso von der Situation im Team, der Arbeitsatmosphäre und der gegenseitigen Unterstützung. Entscheidend sind zudem die jeweiligen Beziehungen zu den Vorgesetzten und allgemein die Strukturen des Trägers.

Die Berater:innen sind daher gefordert, ihre Belastungen und ihre Psychohygiene fortwährend im Blick zu behalten und bereits vorbeugend tätig zu werden. Supervision kann eine Unterstützung für die Klärung der eigenen Befindlichkeiten, herausfordernder Fallkonstellationen und ggf. Unstimmigkeiten im Team sein und einem Burn-out vorbeugen.

Psychohygiene umfasst:

1. Psychologische Faktoren: zum Beispiel soziale Unterstützung, Selbstreflexion
2. Physiologische Faktoren: zum Beispiel Sport, gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf
3. Arbeitsbezogene Faktoren: zum Beispiel regelmäßige Pausen, Nein sagen können

Im Kontext der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist das Phänomen der Sekundären Traumatisierung zu beachten. Sekundäre Traumatisierung wird definiert als eine Traumatisierung, die ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz zum Ausgangstrauma entsteht. Diese Definition schließt die Übertragung beziehungsweise „Ansteckung“ posttraumatischer Stresssymptome auf Familienangehörige und die berufsbedingte Traumatisierung von Fachkräften und anderen Helfer:innen ein. Die Betroffenen erleben eine Vielzahl an Symptomen, die ebenso wie die Ätiologie, denen der Posttraumatischen Belastungsstörung ähneln.

## 8. Qualitätsentwicklung und -sicherung

A.p.e. und somit auch die BeratungsRäume Draht<sup>10</sup> versteht sich als sich entwickelnde Einrichtung und befinden sich in einem kontinuierlichen Prozess der Weiterentwicklung. Seit Bestehen des Vereins bzw. der gemeinnützige GmbH gab es stetige Fort- und Weiterentwicklung der Konzeptionen, angefangen von ambulanten, über stationären und individualpädagogischen Konzepten. Aktuell nun reagieren wir auf den Bedarf einer Traumafachberatungsstelle für Schutz & Hilfe bei traumatischen Erlebnissen sowie bei inner- und außerhäuslicher sowie sexualisierter Gewalt.

Die (sozial)pädagogischen und therapeutischen Fachkräfte bilden sich regelmäßig durch interne oder externe Fortbildungen weiter und nutzen mind. alle 6 Wochen externe Supervision zur Reflexion ihres fachlichen Handelns, bei Bedarf ist eine fachliche und persönlichkeitsbezogene Beratung ggf. Einzelsupervision möglich.

### Personalentwicklung

- Arbeitsplatzbeschreibung und Personalführung durch Vorgesetzte
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Externe Fortbildungen (5 Tage pro Jahr)
- fachliche und persönlichkeitsbezogene Beratung ggf. Einzelsupervision, jährliche Mitarbeitergespräche

### Teamentwicklung

- Wöchentliches Fachteam, Teambesprechung, Fallbesprechungen
- Abstimmung pädagogisch-therapeutischer Vorstellung und deren Umsetzung
- Teamfortbildungen und Klausurtag
- Traumapädagogische Fachtagungen und interne Fort- und Weiterbildung
- Einbindung in Konzeptentwicklung und Erweiterung
- Alle 6 Wochen Fallsupervision durch externen Supervisor

Über unsere Software des QM-Centers der DAARWIN Beratungsgesellschaft, werden neben datengeschützten Dokumentationen etc., Evaluationen, Statistiken und Auswertungen erhoben.

### **Dokumentationswesen und Aktenführung**

In regelmäßigen Abständen findet ein Fachteam zur Fallarbeit und organisatorischen Abläufen statt. Hierzu nehmen alle pädagogisch/therapeutischen Mitarbeiter teil., bei Bedarf nimmt die Trägerleitung teil. Über das Fachteam wird ein Ergebnisprotokoll geführt und ggf. eine To-Do Liste geführt. Die Leitung nimmt zudem 1x/Quartal an den trägerinternen Dienstbesprechungen teil.

Über Ratsuchende und länger angebundene Klient:innen wird eine digitale Akte angelegt, in der alle relevanten Unterlagen gespeichert sind. Schriftliche Unterlagen und Akten werden in einem abschließbaren Schrank verwahrt.

Anamnesebögen, Diagnostikunterlagen, Beobachtungsbögen, Berichtsvorlagen, Gesprächsprotokolle etc. werden fortlaufend in unserer Software QM-Center (Daarwin Beratungsgesellschaft) erfasst und im Rahmen der QM-Entwicklung reflektiert, ggf. angepasst und überarbeitet. Mitarbeiter:innen haben einen eigenen passwortgeschützten Zugang.



## Kooperationspartner und Netzwerkarbeit

A.p.e. gemeinnützige Gesellschaft ist Mitglied in verschiedenen Arbeitskreisen, Arbeitsgemeinschaften, Gremien und Berufsverbänden: Fachverband Traumapädagogik e.V., vft Verein zur Förderung der Familientherapie und Beratung e.V., DGSF e.V. Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V., be Berufsverband Individual- und Erlebnispädagogik e.V., KOOP Kooperatives Netz für Mutter-Kind-Einrichtungen München und Umgebung, BHP- Berufs- und Fachverband Heilpädagogik, EREV Evangelischer Erziehungsverband e.V., IGFH Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen.

Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen in der Region 10: PSAG PAF und dem AK KiJu, ARGE freie Wohlfahrtspflege Pfaffenhofen und Umgebung, AK's sex. Missbrauch und häusliche Gewalt, RAK Netzwerktreffen mit Trägern der Jugendhilfe. Kontakte/Vernetzung und Zusammenarbeit mit relevanten Sachgebieten und Stellen im Bereich Familie, Jugend, Bildung, Gesundheit und Soziale Hilfen in Stadt und Landkreis, Amtsgericht, Polizei, ARGE & Jobcenter, Wohnungsamt, Wohnungslosenhilfe, Frauenhäuser, sozialpsychiatrische Dienste, sonstigen Beratungsstellen, Kliniken, niedergelassenen Ärzten und (Psycho)Therapeuten sowie bzgl. der Notinsel auch mit Geschäften und Unternehmen im Raum Pfaffenhofen a.d. Ilm.

## 9. Sachausstattung und Finanzierung

### Sachausstattung

Die Beratungsräume Draht<sup>10</sup> verfügen wie unter 1. aufgeführt, über angemessene, ausreichend große Räumlichkeiten und wurden zunächst aus Spendengeldern finanziert. Die Sachausstattung besteht aktuell aus unserem Spendenhaushalt. Das Büro- und Besprechungszimmer im EG rechts verfügt über einen Schreibtisch mit Laptop und Drucker, Telefon und WLAN-Anschluss, 2 kleinen Aktenschränken, einem runden bestuhlten Besprechungstisch sowie einer Ofenbank um den Kachelofen. Im kleinen Flur befinden sich eine kleine Garderobe mit Schuhbank, ein Spiegel etc. Der Beratungsraum im EG links ist ausgestattet mit einer kleinen Ofenbank um einen Kachelofen, mehreren Stühlen, einem Beistelltisch und einem Eckschränkchen. Die kleine Teeküche verfügt über eine Grundausstattung, ebenso wie die sanitären Anlagen mit WC und Waschbecken, Waschmöglichkeit. Die Beratungsräume im OG verfügen über mehrere Stühle, Regale, Einbauschränke für Materialunterbringung sowie 2 Bodenmatten und Sitzkissen. Vom OG aus gelangt man auf eine überdachte Laube mit Sitzmöglichkeit. Zum Draht<sup>10</sup> gehören zudem ein kleiner uneinsehbarer Hintergarten (angrenzend an den Garten der Josef-Maria-Lutz-Schule) mit Sitzmöglichkeiten und zwei Abstellräumen mit Regalen sowie überdachten Außenbereich. Eine der beiden Außenräumlichkeiten soll künftig als kreative Werkstatt genutzt werden können.

Therapeutisches Material wie Seile, Symbole, Holzkegel, Stofftiere, Holzpuppenhaus, Figuren etc. sind in einer Basisausstattung vorhanden, wie auch Fachliteratur. Dies bedarf jedoch einer ständigen Erweiterung und Aktualisierung.

### Finanzierung:

(Finanzierungsplan siehe Anhang 3)

#### Räumlichkeiten und Sachkosten:

Als Fachberatungsstelle benötigen wir staatliche Finanzierungs- und Fördermittel, um unsere Räumlichkeiten mit Miete, Personalausstattung, Sachausstattung wie Büro- und Kommunikationsbedarf, Therapiematerial zu

refinanzieren.

**Staatliche Finanzierung für Regelangebote:**

Regelangebote der Fachberatungsstelle sowie die Fortführung erfolgreicher Projekte müssen durch die öffentliche Hand abgedeckt sein.

**Planungssicherheit:**

Als Fachberatungsstelle brauchen wir Planungssicherheit – wie jede andere Institution auch. Zum Beispiel durch Bewilligungszeiträume von mindestens vier Jahren, Regelfinanzierung statt freiwilliger Leistungen oder bedarfsdeckende Förderrichtlinien.

**Einzelfallfinanzierung und fallabhängige Finanzierung:**

Fallzahlen sagen nur wenig über den tatsächlichen Bedarf aus. Je besser eine Beratungsstelle ausgestattet ist, desto präsenter kann sie in der Öffentlichkeit sein, die Fallzahlen steigen. Über je weniger Ressourcen eine Fachstelle verfügt, desto schlechter ist sie erreichbar, das Fallaufkommen sinkt. Um die Anonymität der Beratungen abzusichern, dürfen Fachberatungsstellen nicht über die Abrechnung einzelner Beratungsfälle finanziert werden. Dies muss in Diskussionen um einen Rechtsanspruch berücksichtigt werden.

**Personalstellen:**

Für Austausch, Supervision und Vertretung im Team brauchen auch wir als zunächst kleine Fachberatungsstelle mittel- bis langfristig mindestens zwei Personalstellen zzgl. Verwaltung.

**Ausreichend Mittel für Prävention, Schulungen und Öffentlichkeitsarbeit:**

Diese Kernthemen der Fachberatungsstellen senken die gesellschaftlichen Folgekosten.

**Ausreichend Mittel für Teamfortbildung und Vernetzung:**

Team- und Einzelsupervisionen sowie Vernetzung und Fachaustausch sichern die Qualität der Arbeit.

**Förderungen für ländliche und strukturschwache Regionen:**

Betroffene sollten bis zur nächsten Beratungsstelle nicht mehr als 50 Kilometer oder eine Stunde Weg zu Fuß, mit Bussen oder Bahnen auf sich nehmen müssen.

**Ausreichend Ressourcen für schwer erreichbare Zielgruppen:**

Um Menschen mit Behinderungen und/oder Fluchtgeschichte zu erreichen, braucht es mobile Beratungsangebote, Verdolmetschung, Informationskampagnen und Maßnahmen zur Schaffung von Barrierefreiheit.

**Tarifgerechte Bezahlung der Mitarbeiterinnen:**

Die komplexen Aufgabenbereiche der Fachberatungsstellen erfordern qualifiziertes Personal und eine angemessene Entlohnung.

**Berücksichtigung von Kostensteigerungen:**

Die Bezuschussung muss Kostensteigerungen und zunehmende Beratungsanfragen berücksichtigen.

**Spenden- und Stiftungsgelder:**

Zum Start unserer Beratungsstelle, wie zusätzlich fortlaufend sind wir als gemeinnütziger Träger mit Förderverein auf Spendengelder angewiesen. Dies wird in unseren Finanzierungsplan vor allem zu Beginn miteingerechnet, aber nicht grundsätzlich und fortlaufend mit einkalkuliert.

**A.p.e. gemeinnützige GmbH & Förderverein**

Schefflerring 35 | 85276 Hettenshausen Tel. 08441 - 6100 | Mobil. 0178-554979 | [www.ape-familienhilfe.de](http://www.ape-familienhilfe.de)

Beratungsräume Draht<sup>10</sup> | 85276 Pfaffenhofen | Mobil: 0173-3750924 | [draht10@ape-familienhilfe.de](mailto:draht10@ape-familienhilfe.de)

SPK Pfaffenhofen Konto: IBAN: DE29721516500009 2746 14 | BIC: BYLADEM1PAF

Spendenkonto Förderverein: IBAN: DE88721516500008296956 | BIC: BYLADEM1PAF

*...weil das Leben nicht immer auf vier Rädern läuft.*