

Trauma – Sozialraum – Modell*

Tagesseminar:

„Ich wünschte mir, ich könnte Dir das
erstaunliche Licht Deines Seins zeigen“*

Praxisorientierte soziale Arbeit mit
schwer traumatisierten Menschen

IPSE-Projekt
Institut für psychosoziale Entwicklung
Tauscherstraße 11, 01277 Dresden
www.ipse-projekt.de
info@ipse-projekt.de

Referent und Autor: Thore Volquardsen
Stand: 01/2017

* = © Alle Rechte liegen beim Verfasser und sind urheberrechtlich geschützt. Den Teilnehmern wird hiermit gestattet, dieses Skript für eigene Zwecke zu benutzen. Hierzu gehören auch die Aufgaben im Rahmen eines einrichtung-internen Multiplikatoren-systems. Die Verwendung in Veranstaltungen, z.B. freiberuflicher Art, die dieses Skript betreffen, auch nur auszugsweise, ist nicht gestattet und wird strafrechtlich verfolgt. „Trauma-Sozialraum-Modell“ sowie „Ich wünschte mir, ich könnte Dir das erstaunliche Licht Deines Seins zeigen“ sind geschützte Titel und dürfen nur mit Zustimmung des Verfassers genutzt werden.

Das Thema

„Ich wünschte mir, ich könnte Dir das erstaunliche Licht Deines Seins zeigen“,

beschäftigt sich mit der praxisorientierten erzieherischen, beraterischen und sozialpädagogischen Arbeit von schwer traumatisierten Menschen.

Wie der Titel schon aussagt, geht es in diesem Tagesseminar um die individuellen Potentiale, die überlagert oder verschüttet zu sein scheinen, von denen nicht einmal die von Traumata betroffene Person etwas ahnt oder eine konkrete Vorstellung hat. Die Beeinträchtigungen des kognitiven Leistungsvermögens, der emotionalen Schwingungsfähigkeit und die des körperlichen Erlebens sowie die Bewertung der Erfahrungen scheinen die Potenziale nicht erlebbar zu machen. Stressoren im Sinne eines Warnsystems (Hypervigilanzen) lassen dieses nicht zu. Das Warnsystem versucht ständig die Nahraumsituationen „voraus-zu-denken“, um Dissoziation zu vermeiden. Dissoziation ist im Erleben der *Super-Gau* – der größte anzunehmende Unfall – nämlich das Aussteigen aus dem Alltagserleben und das Eintachen in das traumatische Erleben - und somit der spezifisch teilweise oder totale Kontrollverlust.

Bei der Praxisorientierung geht es um die Kompetenz der **Hilfeplanung** und um die Vielfältigkeit der **Handlungsebenen**, also der praktischen Umsetzung. Hierbei unterscheiden wir zwischen „*Reaktionspädagogischen Konzepten*“ (RpK) und „*Aktionspädagogischen Konzepten*“ (ApK). Bei den RpK wird auf das Verhalten von Klienten *reagiert*. Die RpK haben Kontrolle über Verhalten und das Einhalten von Regeln zum Ziel, während bei den ApK Gestaltungs- und Beteiligungsräume entstehen, die immer wieder neu und individuell in einem Kontrakt ausgehandelt werden müssen. Eine Mischung beider Konzepte ist eher ungünstig, da hierdurch häufig die Illoyalitäten der professionellen Hilfssysteme entstehen.

Die WHO hat Anfang der 2000er innerhalb der ICF (Klassifikation der Funktionsstörungen) eine „Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation“ herausgegeben, die für die Hilfeplanung ein gutes Rüstzeug darstellen kann. Die aktuelle Auflage ist aus dem Jahre 2005; für uns sind die Seiten von 97 bis Seite 122 von struktureller Bedeutung. Dieses bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass die anderen Seiten und Themen für unsere Tätigkeiten uninteressant wären; im Trauma-Sozialraum-Modell reduzieren wir jedoch die ICF der Übersicht halber.

Die Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation werden grundsätzlich unterteilt in neun Kapitel:

- Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung
- Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kapitel 3: Kommunikation
- Kapitel 4: Mobilität
- Kapitel 5: Selbstversorgung
- Kapitel 6: Häusliches Leben
- Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
- Kapitel 9: Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben

Wir benutzen die ICF/die Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation in der Regel als

die Möglichkeit der einfachen Sprache. Gleichzeitig ist die Klassifikation eine Erinnerungsstütze und spezifischer Leitfaden zur Erstellung von Ressourcen und Defiziten. Die ICF-Arbeit bietet in der alltäglichen Hilfeplanerstellung eine große Bandbreite und ist ein großer Gewinn, da sie alle Lebensbereiche sehr spezifisch und vollständig abfragt. Die Kodierung ist in der Regel für unsere Tätigkeit ohne Bedeutung, da wir Hilfeplanung in der Regel für die Bereiche Sozialgesetzbuch acht und Sozialgesetzbuch zwölf erstellen.

Die ICF ist Bestandteil der Skript-Liste. Die oben angeführte Klassifikation befindet sich – wie bereits erwähnt – auf den Seiten 97 bis 122.

Um jedoch Hilfeplanung und im Nachhinein das praxisorientierte Arbeiten in eine einfachere Übersicht zu bekommen, arbeiten wir mit einem deutlich einfacheren Grundsystem. Der Grundgedanke bzw. der Grundaufbau ist in Lebensbereiche unterteilt und sieht wie folgt aus:

(siehe Grafik 1)

1. Lebensbereich Wohnen
2. Lebensbereich Arbeit, Beschäftigung und Qualifikation
3. Lebensbereich Freizeitgestaltung und Hobbys
4. Lebensbereich Soziale Beziehungen
5. Lebensbereich Gesundheit und Gesundheitsfürsorge

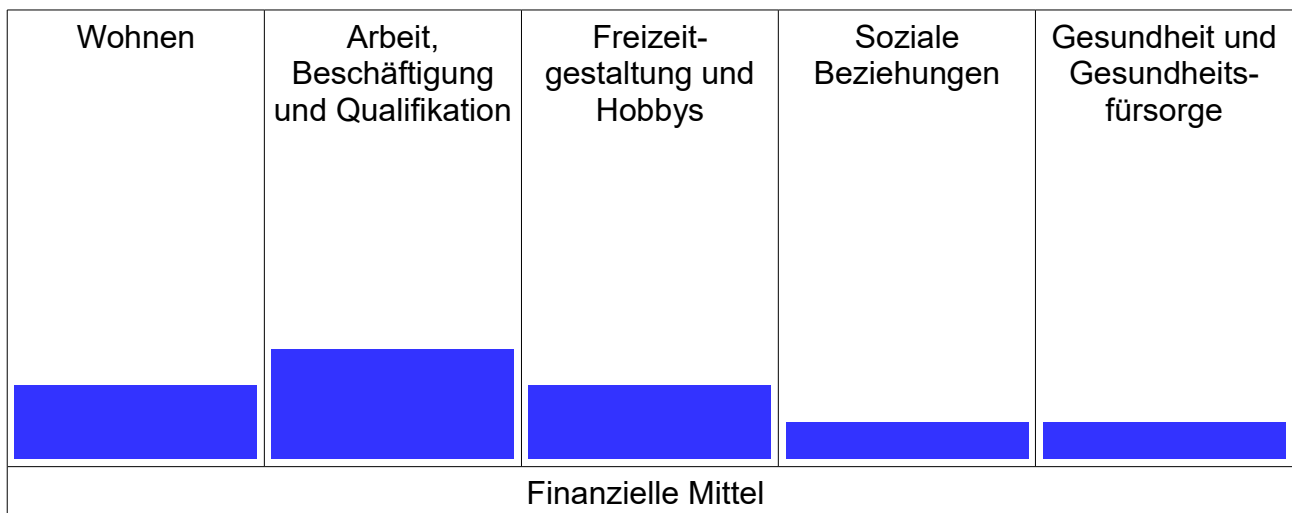
Wohnen	Arbeit, Beschäftigung und Qualifikation	Freizeit- gestaltung und Hobbys	Soziale Beziehungen	Gesundheit und Gesundheits- fürsorge
Finanzielle Mittel				

(Grafik 1)

In vielen Regionen wird nach dieser Grundstruktur die Planung von Hilfen eruiert, festgeschrieben und anschließend auf die Handlungsebenen und in das Controlling gebracht. Alle Bereiche /Kapitel aus der ICF/Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation finden wir in dieser Aufteilung wieder.

Alle Lebensbereiche werden zudem von der Liquidität, den finanziellen Möglichkeiten bzw. vom Eigenkapital etc. stark beeinflusst, so dass alle Lebensbereiche in engen Zusammenhang zu bringen sind mit den Möglichkeiten von Geldflüssen bzw. materieller Sicherheit.

Die Ressourcen bzw. die Defizite können nun entsprechend der ICF-Eruierung grob dargestellt werden. Die Darstellung dient keiner wissenschaftlichen Erhebung, sondern soll vielmehr ein Gesamtbild der traumatisierten Person darstellen (siehe als Beispiel Grafik 2).



(Grafik 2)

Beispieldarstellung der Grafik 2 in Text:

Stellen wir uns jeden Lebensbereich als Gefäß vor, das entsprechend den Ressourcen individuell gefüllt ist. Je voller die Gefäße sind, desto stabiler ist der jeweilige Lebensbereich; je weniger, desto instabiler.

Ist ein Gefäß nur wenig gefüllt, kann es durch andere Gefäße ausgeglichen, also kompensiert werden. Ein gut gefüllter Lebensbereich „Arbeit, Beschäftigung und Qualifikation“ kann also in gewisser Art und Weise den nicht so gut gefüllten Lebensbereich „Soziale Beziehungen“ kompensieren – aber Vorsicht, die Kompensation ist nicht auf Dauer angelegt und konsequenterweise auch immer riskant. Verlöre die Person jetzt zusätzlich noch den Arbeitsplatz und würde berentet, so entstünden Kompensationslöcher; die Person würde insgesamt instabiler – eine Dekompensation würde wahrscheinlicher.

Bei schwer traumatisierten Menschen ist der Lebensbereich „Gesundheit und Gesundheitsfürsorge“ meist nicht so gut gefüllt – erst recht dann nicht, wenn noch wenig Eigenverständnis und Kausalzusammenhang in Bezug auf die eigene Traumatisierung und eventueller Traumafolgestörungen (Selbstverletzungen, Sucht...) besteht. Insbesondere bei schweren Bindungs- und Entwicklungs Traumata ist zudem der Lebensbereich „Soziale Beziehungen“ nicht gut gefüllt und daher oftmals als instabil zu bewerten.

Aufgrund der Hypervigilanzstörungen des Frühwarnsystem (bitte schauen Sie

diesbezüglich noch einmal in das Basisseminar „Das faszinierende System des Traumas“) kommt es nicht selten zu einer starken Beeinträchtigung im Lebensbereich „Arbeit, Beschäftigung und Qualifikation“, da die Werte auf Achse I des Alltagserlebens zeitweise stark beeinträchtigt sein können (i.d.R. kognitive Leistungsfähigkeit, emotionale Schwingungsfähigkeit und körperliches Erleben).

Eine aktive Freizeitgestaltung bzw. das Erleben von eigenen Hobbys und ähnliches wird im entsprechenden Lebensbereich meist nur wenig gefüllt sein, weil hierzu eine positive Wertschätzung notwendig ist. Diese entsteht meist auf der Regulierungsbasis der Achse I + II und sorgt für entsprechende individuelle Kompetenzen des Ich-Erlebens. Durch die chronifizierten Beeinträchtigungen der Regulierung durch hypervigilante Stressoren kann ein wertschätzendes Ich-Erleben häufig nicht wahrgenommen und erlebt werden. Es fehlen also häufig entsprechende Ich-Kompetenzen für den Lebensbereich „Freizeitgestaltung und Hobbys“.

Sollte jetzt zudem auch noch der Lebensbereich „Wohnen“ als ressourcenarm erlebt werden, so ergibt sich eine insgesamt sehr instabile Lebenssituation. Im Lebensbereich „Wohnen“ (natürlich auch in den anderen Lebensbereichen) haben wir jetzt die Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen äußeren Fakten – also Sozialraumfaktoren (Beispiele: Zwei Mieten wurden nicht bezahlt, es droht die Kündigung und somit die Wohnungslosigkeit; die Mitwirkungspflicht im Bereich der Hartz-IV-Versorgung wurde wiederholt verletzt, es kommt zu Kürzungen, die die Existenz bedrohen) und den inneren Faktoren – also im Alltagserleben auf der Achse I + II.

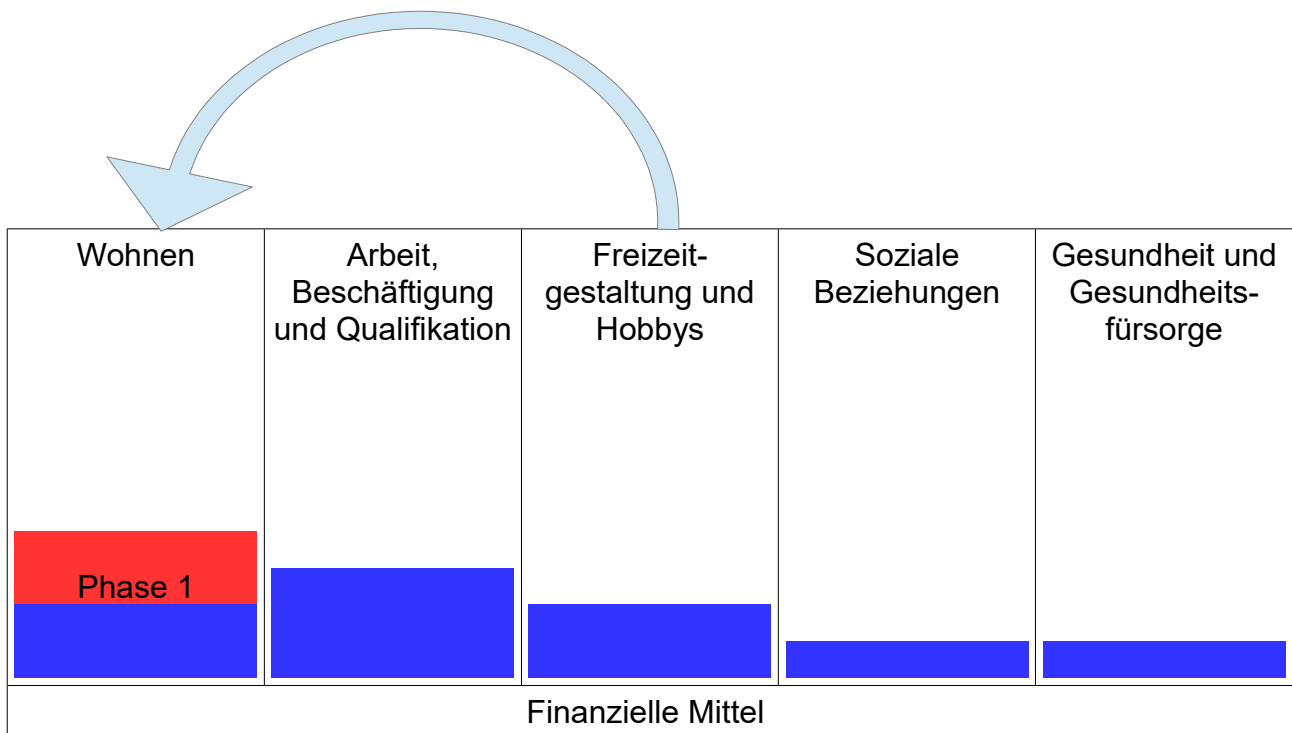
Selbst wenn die Sozialraumfaktoren grundsätzlich als sicher gelten können (Wohnraum ist vorhanden, es gibt keine Mietrückstände, die Wohnung ist eingerichtet und finanzielle Mittel stehen für die Alltagsbewältigung zur Verfügung...), so kann dennoch der Lebensbereich „Wohnen“ als ressourcenarm von der traumatisierten Person wahrgenommen werden, da es bisweilen keinen „**realen sicheren Ort**“ im Verständnis der Regulierung im Alltagserleben gibt.

Der „reale sichere Ort“

Sprechen wir in der Traumatherapie von dem imaginären sicheren Ort, so benötigen wir in der erzieherischen, beraterischen und sozialpädagogischen Arbeit einen realen sicheren Ort für die von Traumata betroffenen Personen. Grundsätzlich können wir sagen, dass der reale sichere Ort nicht langfristig in einem Kindergarten, einer Kindertagesstätte, einem Jugendzentrum, in einem Sportverein oder etwa auf dem Reiterhof zu suchen und zu finden ist; es gilt mittel- bis langfristig den realen sicheren Ort in dem Lebensbereich „Wohnen“ zu verankern. Selbstverständlich ist es in der Realität bzw. im IST-Zustand so, dass ein realer sicherer Ort durchaus in den anderen Lebensbereichen zu finden ist, wenn er denn überhaupt vorhanden und erlebbar ist. Dieser ist jedoch bei Vorhandensein nicht ohne Weiteres immer dann aufsuchbar, wenn er akut benötigt wird.

In der Hilfeplanung bzw. in der Elementarerbziehung bzw. -pädagogik fördern wir den realen sicheren Ort häufig in einem nicht korrekten Lebensbereich, also z.B. in der Kindertagesstätte. Der reale sichere Ort sollte nach Möglichkeit seinen Ausgang im Lebensbereich „Wohnen“ nehmen. Dort gehört er aus entwicklungspsychologischer und pädagogischer Sicht hin und sollte zum Beispiel aus dem Lebensbereich „Freizeitgestaltung und Hobbys“ in den Lebensbereich „Wohnen“ transformiert werden,

ohne dass jedoch die Sicherungswerte aus dem Lebensbereich „Freizeitgestaltung und Hobbys“ zerstört oder beeinträchtigt werden. Es soll lediglich verhindert werden, dass wir von einem realen sicheren Ort an nicht korrekter Position neue Lebensbereiche erlebbar machen wollen, die die individuellen Kompetenzen einer traumatisierten Person fördern und stabilisieren sollen. Dieses hat mittel- bis langfristig keine nachhaltige Stabilität einer Person zur Folge. Mittel- bis langfristig erlebt die traumatisierte Person subjektiv negative und destabilisierende Wiederholungen und erkennt somit häufig die Ausweglosigkeit und scheinbar eigene Unfähigkeit etwas richtig machen zu können.
(Siehe hierzu Grafik 3)



(Grafik 3)

Die Transformation von Teilen eines realen sicheren Ortes aus einem spezifischen Lebensbereich in den Lebensbereich „Wohnen“ ist das Primärziel in der Phase 1 (hier z.B. vom Lebensbereich „Freizeit und Hobbys“ in den Lebensbereich „Wohnen“), wobei eben darauf Acht gegeben werden muss, dass der Lebensbereich, aus dem die Transformation erfolgen soll, nicht beeinträchtigt und somit destabilisiert wird. Grundsätzlich wird durch die Stärkung eines realen sicheren Ortes im Lebensbereich „Wohnen“ das Grundbedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und einer grundlegenden Wertschätzung angesprochen und stimuliert. Der reale sichere Ort im Lebensbereich „Wohnen“ nimmt eine archaischen Rolle ein.

Begründung:

Erinnern wir uns an die „Formel“ aus der Veranstaltung „Das faszinierende System des Traumas“ mit dem Aufbau des Trauma-Sozialraum-Modells (TSM), in dem wir folgende Annahmen aufgezeigt und festgehalten haben:

In bestimmten Nahräumen werden durch das Vorhandensein von Triggermienen oder sogar ganzen Triggerfeldern die Hypervigilanzwerte, also das Frühwarnsystem

hochgefahren. Dieses bedeutet, dass Stressoren freigesetzt werden, Stresshormone ausgeschüttet werden und das neurobiologische System somit in einen Frühwarnmodus/Notfallmodus geschaltet wird. Diese Stressoren bzw. der Anstieg der Hypervigilanzwerte sorgen rasch dafür, dass auf der Achse I des Alltagserlebens eine Beeinträchtigung von kognitiver Leistungsfähigkeit, emotionaler Schwingungsfähigkeit und körperlichem Erleben zu beobachten ist. Die Person erlebt sich häufig als instabil – nicht selten sogar insuffizient, bezweifelt in diesem Zusammenhang die eigene Existenz bzw. ist sich der eigenen Existenz nicht mehr sicher.

Das Frühwarnsystem dient hierbei der Vermeidung von Dissoziation, also dem Switch von Alltagserleben in traumatisches Erleben. Traumatisches Erleben wird als teilweisen oder kompletten Kontrollverlust erlebt. Das Erleben von Kontrollverlust setzt dann in der Regel die nächste Kettenreaktion frei, nämlich erneute Stressoren aus dem Bereich der Angst- und Panikwahrnehmung, die ggf. die ganze Person entsprechend überwältigen kann. Angst- und Panikwahrnehmung ist wiederum meist (noch) nicht der (Regulierungs-)Kontrolle zugänglich und sorgt für einen weiteren Prozess, den wir als „Angst vor der Angst“ kennen. Dieser Prozess gehört in der zunehmenden Chronifizierung und Generalisierung bereits zu den Traumafolgestörungen.

Der reale sichere Ort soll in einem Nahraum erfahren werden, der ausreichend Schutz bietet, so dass die Hypervigilanzwerte dort zur Ruhe kommen können. In der Konsequenz würde dieses bedeuten, dass die Stresshormone zurück gefahren werden und stattdessen eine allgemeine Beruhigung einsetzen kann. In der Regel wird in einem solchen Vorgang Serotonin ausgeschüttet. Serotonin sorgt für Angst- und Panikminderung sowie für ein Gefühl der Gelassenheit und Sicherheit. Die Reduktion sorgt für mehr Präsenz auf den Achsen im Alltagserleben, so dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit, die emotionale Schwingungsfähigkeit sowie das körperliche Erleben erhöhen kann. Es ist also ein unbedingtes Muss, dass wir zur Hypervigilanzreduktion beitragen, damit sich die Präsenz auf der Achse I im Alltagserleben erhöhen kann und ein breiteres und kompletteres Erfahrungsniveau erlebbar wird, das deutlich mehr Daten und Informationen für Bewertungen bereithält.

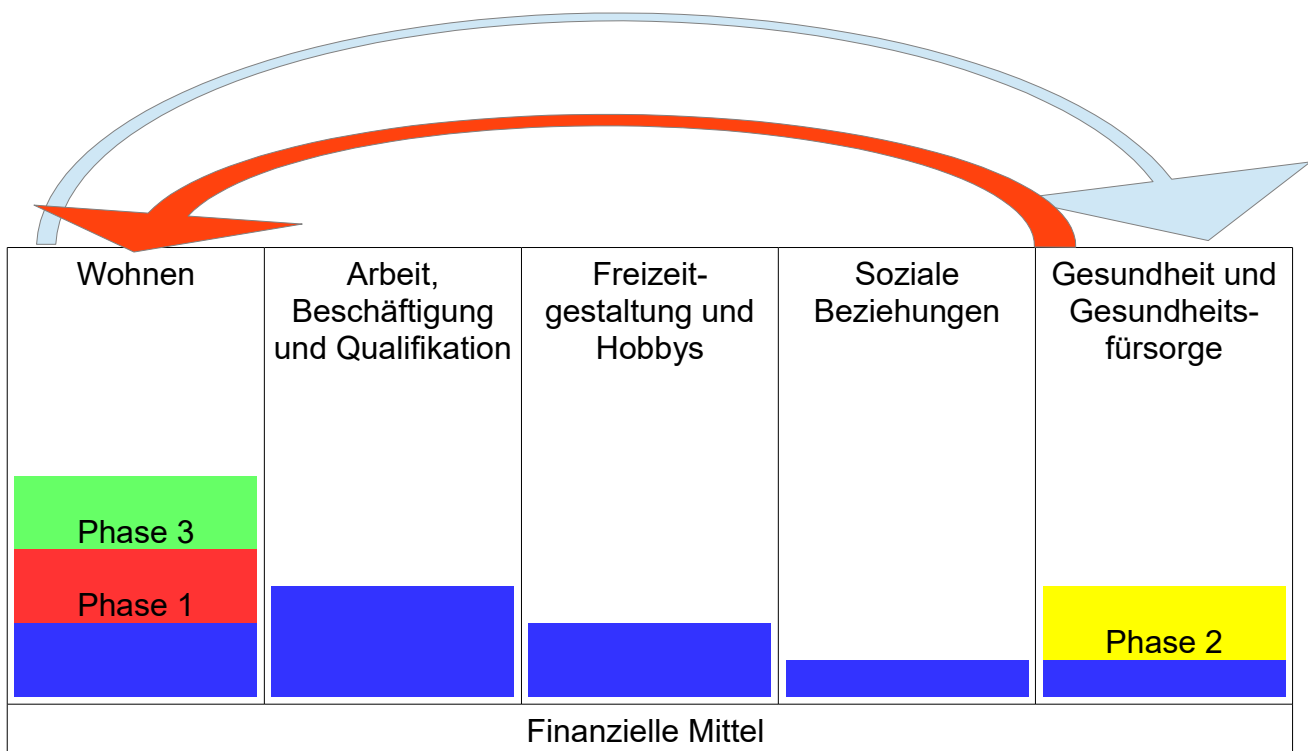
Der reale sichere Ort ist also der Ort, an dem sich die von Traumata betroffene Person nach Möglichkeit hypervigilanzreduziert erleben kann. Dazu ist es unbedingt erforderlich, dass der reale sichere Ort im Lebensbereich „Wohnen“ auch konsequent sicher ist. Der Aufbau bzw. das Erhalten des realen sicheren Ortes im Lebensbereich „Wohnen“ gehört somit unabdingbar zu einer Fortschreibung der Hilfeplanung von schwer traumatisierten Personen.

Schauen wir uns dieses im Detail näher an:

Bei Kindern und Jugendlichen ist der reale sichere Ort in der Regel das eigene Zimmer in der Familie, bei Pflegeeltern oder aber in anderen Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe. Der reale sichere Ort im Erwachsenenalter ist in der Regel die eigene Wohnung, ein Zimmer in einer Wohngemeinschaft oder aber in einer voll- oder teilstationären Einrichtung im Sinne des Sozialgesetzbuches zwölf.

Bei der Gestaltung des realen sicheren Ortes müssen wir darauf achten, dass wir Hypervigilanzwerte erkennen, um diese dann nachhaltig reduzieren zu können. Im Bereich der Hypervigilanzreduktion kommt es darauf an, dass wir zudem echte Beteiligungsmöglichkeiten einbauen. Dieses bedeutet in der Regel, dass der real sichere Ort individuelle Gestaltungsoptionen benötigt. So sollte es möglich sein die Wände nach eigenen Wünschen gestalten zu können, ein eigenes Bett, einen eigenen Schrank, einen eigenen Teppich erhalten zu können; entscheiden zu dürfen, mit der Matratze auf dem

Boden schlafen zu können; ob persönliche Nischen eingerichtet werden und dergleichen mehr. Es müssen also echte Wahlmöglichkeiten vorgehalten werden. Eltern oder Einrichtungen, die auf der Basis konservativer oder konzeptioneller Gegebenheiten solche Gestaltungsräume nicht ermöglichen, können einen sicheren realen Ort im Lebensbereich „Wohnen“ nicht herstellen und erhalten. In solchen „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK) werden Ziele sehr häufig lediglich über Drucksituationen im Sinne von Fremdbestimmung und Fremdregulierung erreicht („Wenn-Dann-Operationalisierung“). Darüber hinaus ist es aber auch wichtig, dass der reale sichere Ort als ein solcher von den professionellen Systemen und den Mitbewohnern gewürdigt, ernst genommen und als individueller, persönlicher und intimer Gestaltungsraum wertgeschätzt wird. Dieses bedeutet, dass das Betreten dieser Räume nicht ohne die Zustimmung der entsprechenden Person erfolgen darf. Selbstverständlich gibt es Ausnahmen! Die Ausnahmen sollten jedoch klar formuliert werden, damit der Bereich der Fremdbestimmung klar und deutlich geregelt ist. Dies kann zum Beispiel erfolgen bei Gefahr in Verzug, dem Verdacht des Handelns mit psychotropen Substanzen oder einer akuten Eigengefährdung.



(Grafik 4)

Der reale sichere Ort ist nun angelegt, aber noch nicht abgeschlossen! Wichtig ist, dass die Konstante bezüglich der Erhaltung und Weitergestaltung erhalten werden kann und die Phase 1 als dynamischer Prozess verstanden wird.

Dann wird es Zeit für die Phase 2. Diese bezieht sich auf die Konstante im Sozialraum. Kann diese grundlegend gehalten, erhalten und stabilisiert werden, so wird im Alltagserleben eine stetige Umsortierung im Bereich der Erfahrungen und Bewertungen erfolgen. Wie funktioniert das?

In der Phase 2 sortiert sich das neurobiologische System der traumatisierten Person auf

der Basis von Beständigkeit und Konstanz in Bezug auf die erlebbaren Erfahrungen im Alltagserleben neu, was zu einer Neubewertung der Erfahrungen führt und somit zu einer Erweiterung der individuellen Kompetenzen. Kompetenzen werden als Lösungsvielfalt im Sozialraum sichtbar. Eine Kompetenzstagnation bzw. ein Kompetenzabbau erfolgt hingegen meist bei starren Regelwerken, also bei den bereits schon häufiger erwähnten „Reaktionspädagogischen Konzepten“ (RpK), die meist überwiegend von Fremdbestimmung und straffen Strukturen dominiert werden. Wahloptionen sind in solchen Systemen kaum vorhanden; manchmal schlimmer noch: Es werden Beteiligungssysteme und Wahloptionen vorgehalten, die keine sind.

Wir verwechseln hierbei häufig eine *klare Struktur mit starren Regelwerken* auf der einen Seite mit einer *klar formulierten kognitiv und emotional erlebbaren Routine und Orientierung als Konstante im Sinne einer Beständigkeit und Vielfältigkeit* auf der anderen Seite.

Selbstverständlich wird in der Phase 2 der Sozialraum immer wieder auf seine Beständigkeit hin überprüft. Diese Überprüfung ist häufig der Grund dafür, dass die Konstante nicht durchgehalten wird. Es kommt in der Folge zu Störungen im Nahraum, zu Illoyalitäten, die wiederum als Triggermienen vom Frühwarnsystem wahrgenommen werden können. Die Folge wäre nur all zu nachvollziehbar, dass die „Illoyalitätsmienen“ nunmehr die Hypervigilanzwerte steigen lassen und eine Stresssymptomatik freigesetzt wird.

Es ist also unabdingbar, sich immer wieder der professionellen Grundhaltungen im Bereich der sozialraumorientierten Traumaarbeit bewusst zu werden.

Die Phase 3 steht in engem Kontakt zur Phase 2. Hier kommt es zur Rückkopplung der Neubewertung und der Kompetenzen, die nunmehr in dem Nahraum des realen sicheren Ortes erlebt werden können.

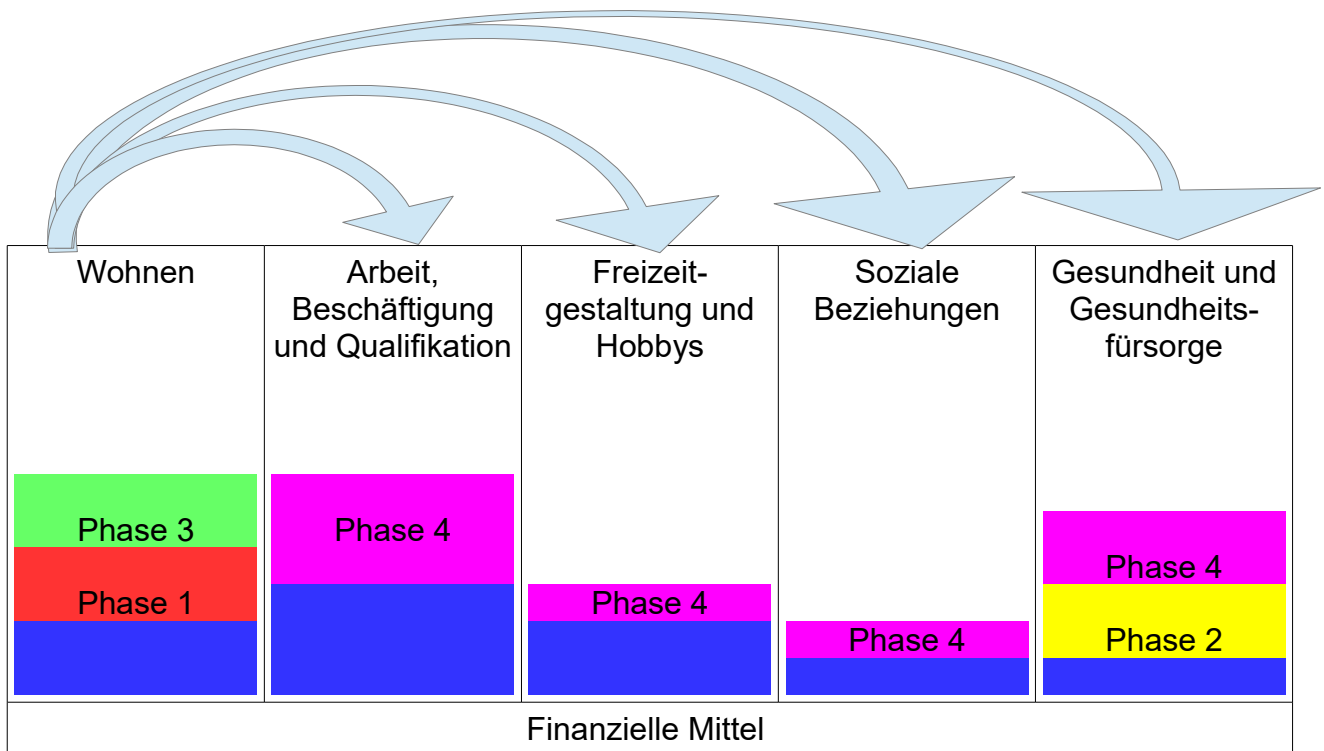
Es wird also die konstante Erfahrung gemacht, dass der reale sichere Ort zu einer Hypervigilanzreduktion führt – also der Stressminderung dient. Im Lebensbereich „Wohnen“ wird also der Schutzraum erlebbar, so dass dieser Nahraum als persönliche Schutznische begriffen wird, was zu einem Anstieg des Wohlbefindens und der Eigenpräsenz im Lebensbereich „Wohnen“ führt.

Im Bereich der Neurobiologie kommt es nunmehr zu einer Strukturveränderung der neurobiologischen Masse, die im Ergebnis deutlich mehr Präsenz im Alltagserleben ermöglicht, ohne dass die Hypervigilanzwerte zu sensibel anschlagen. Dieses verstehen wir auch als eine *Zunahme der Triggerresistenz*.

Die Phase 4 ist gekennzeichnet durch einen Prozess der „Nahraumeroberungen“. Hierbei bildet der reale sichere Ort aus dem Lebensbereich „Wohnen“ den Ausgangspunkt für die „Eroberung“ der weiteren Lebensräume (Jugendzentrum Sportverein Schule Ausbildung, Arbeit...).

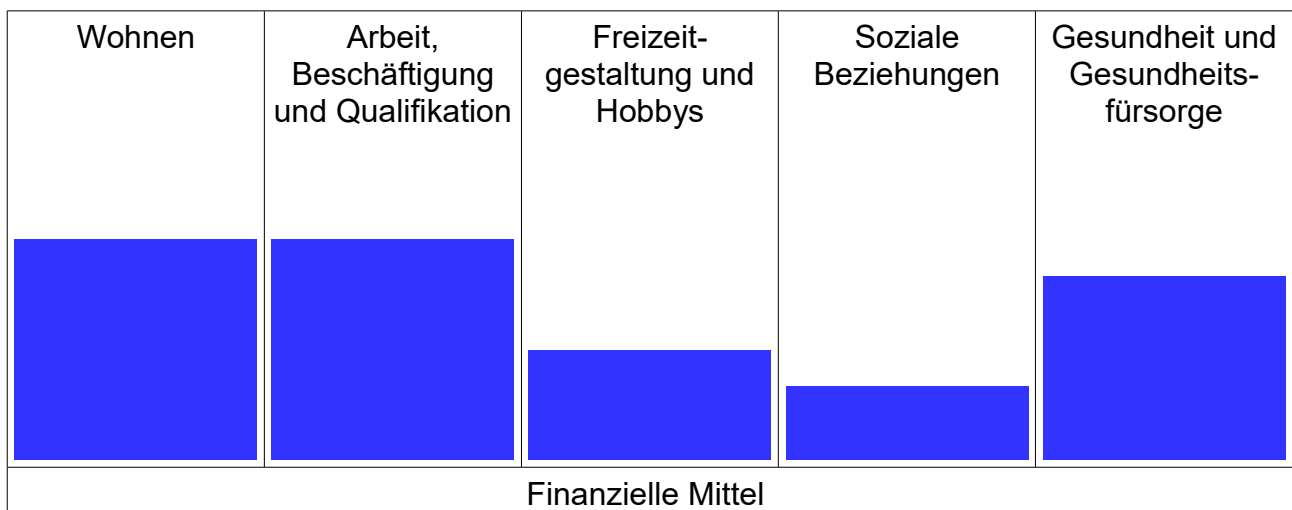
Erst durch das Erleben eines realen sicheren Ortes als Konstante ist eine Imaginationsarbeit im traumatherapeutischen Sinne möglich und realisierbar. Der reale sichere Ort kann dann imaginär überall mit hingenommen werden. Durch die Konstante verändern sich die persönlichen Erfahrungswerte auf der Achse II und somit die Regulierung bzw. Operationalisierung – insbesondere bei der Bewertung und des Treffens von individuellen Lösungen, die dann eine neue individuelle Kompetenz darstellen. Wir würden im Ergebnis schlicht festhalten, dass die Person sich auf der Basis von

Neuerfahrungen stabilisieren konnte. Der Gesamtprozess ist, wie wir hier sehen können, insgesamt sehr komplex und fordert Gestaltungsräume im Sinne von Beteiligung, Loyalitäten sowie einem spezifischen Verständnis von Inklusion und sozialraumorientierter Traumaarbeit.



(Grafik 5)

Nun haben wir die ersten mittelfristigen Ziele erreicht:



(Grafik 6)

In der Grafik 6 sehen wir nun einen deutlichen Unterschied zu der Ausgangsgrafik 1. Die „Füllstände“ haben sich deutlich verändert. Der zeitliche Rahmen wird hierbei nicht primär berücksichtigt. Dieser ist von der traumatisierten Person und den Sozialraumparametern abhängig. Wichtig erscheint auf der Zeitachse die Konstante. Die Sozialraumparameter sollten variabel sein. Hierfür eignet sich das Inklusionskonzept massgeschneidert und passgenau.

Darüber hinaus stellt die Beteiligung als Grundlage von Gestaltungsvielfalt und Kreativität eine wichtige Grundhaltung dar, bei der es echte Wahloptionen geben muss. Wir verstehen diesen Prozess als *gelebte Inklusion und Partizipation*.

„*Ich glaube an Dich*“ ist vielleicht die grundlegendste Aussage im praxisbezogenen Alltag für das Freisetzen von individuellen Potenzialen bei traumatisierten Menschen.

Dieses Skript ist auf das Wesentliche zusammengefasst. In den Tagesseminaren werden zudem die Punkte Loyalitäten vs. Illoyalitäten, die spiegelneuronische Grundhaltung sowie die positive und negative Wertschätzung vs. Ignoranz angesprochen.

Insgesamt soll noch darauf hingewiesen werden, dass stellvertretende Handlungen sowie stellvertretende Bewertungen und Entscheidungen nach Möglichkeit nicht erfolgen sollten, da sie in der Regulierung des Alltagserlebens den individuellen Kompetenzaufbau behindern könnten.

Herzliche Grüße

Thore Volquardsen
Referent

persönlich zu erreichen unter:
thore.volquardsen@ipse-projekt.de

P.S.

Schauen Sie einfach mal wieder auf den Link zu diesem Skript. Es wird diesbezüglich immer wieder zu Aktualisierungen kommen, die Sie selbstverständlich abrufen können.