

Trauma – Sozialraum – Modell*

Tagesseminar:

„Ich kenne kein Leben ohne Angst“*

Krisenmanagementplanung

Krisenprophylaxe

Krisenintervention

Krisennachsorge

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

Referent und Autor: Thore Volquardsen
Stand: 07/2016

* = © 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 einrichtungsinernen Multiplikatorensystems. 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 kenne kein Leben ohne Angst“ sind geschützte Titel und dürfen nur mit Zustimmung des Verfassers genutzt werden.

Bild 1: Grundgedanken

- Krisenmanagementplanung mit traumatisierten Menschen -

Krisenmanagementplanung ist ein Bereich der Hilfeplanung und wird somit fortlaufend angepasst.

Krisenmanagement beinhaltet folgende Unterbereiche:

- Krisenprophylaxe
- Krisenintervention
- Krisennachsorge

Hierdurch wird deutlich, dass der Bereich der Krisenintervention also ein geplanter Vorgang ist, der nach Möglichkeit gestuft ablaufen sollte. Wir nennen diesen Vorgang somit **gestufte Krisenintervention**.

Die Krisenmanagementplanung unterstellt folgende Hypothese:

„Krisen sind planbar“ - vorausgesetzt, dass die Planungsparameter fortlaufend angepasst werden. Die Anpassung sollte spätestens halbjährig oder bei Bedarf erfolgen.

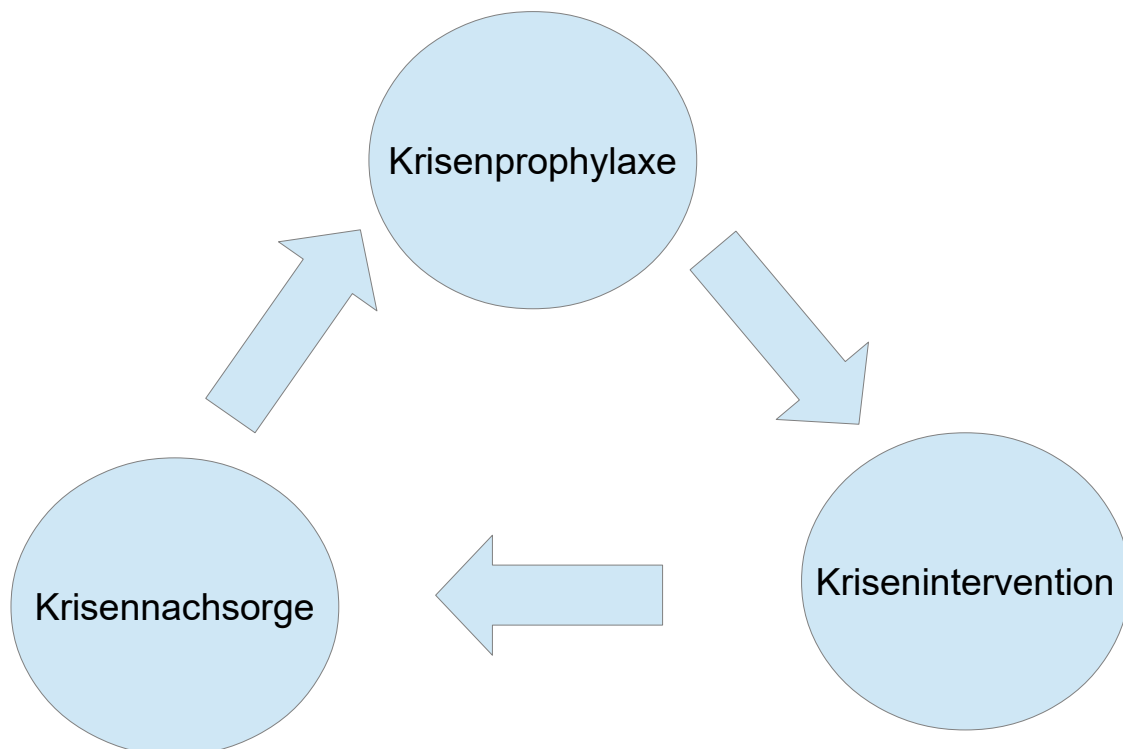
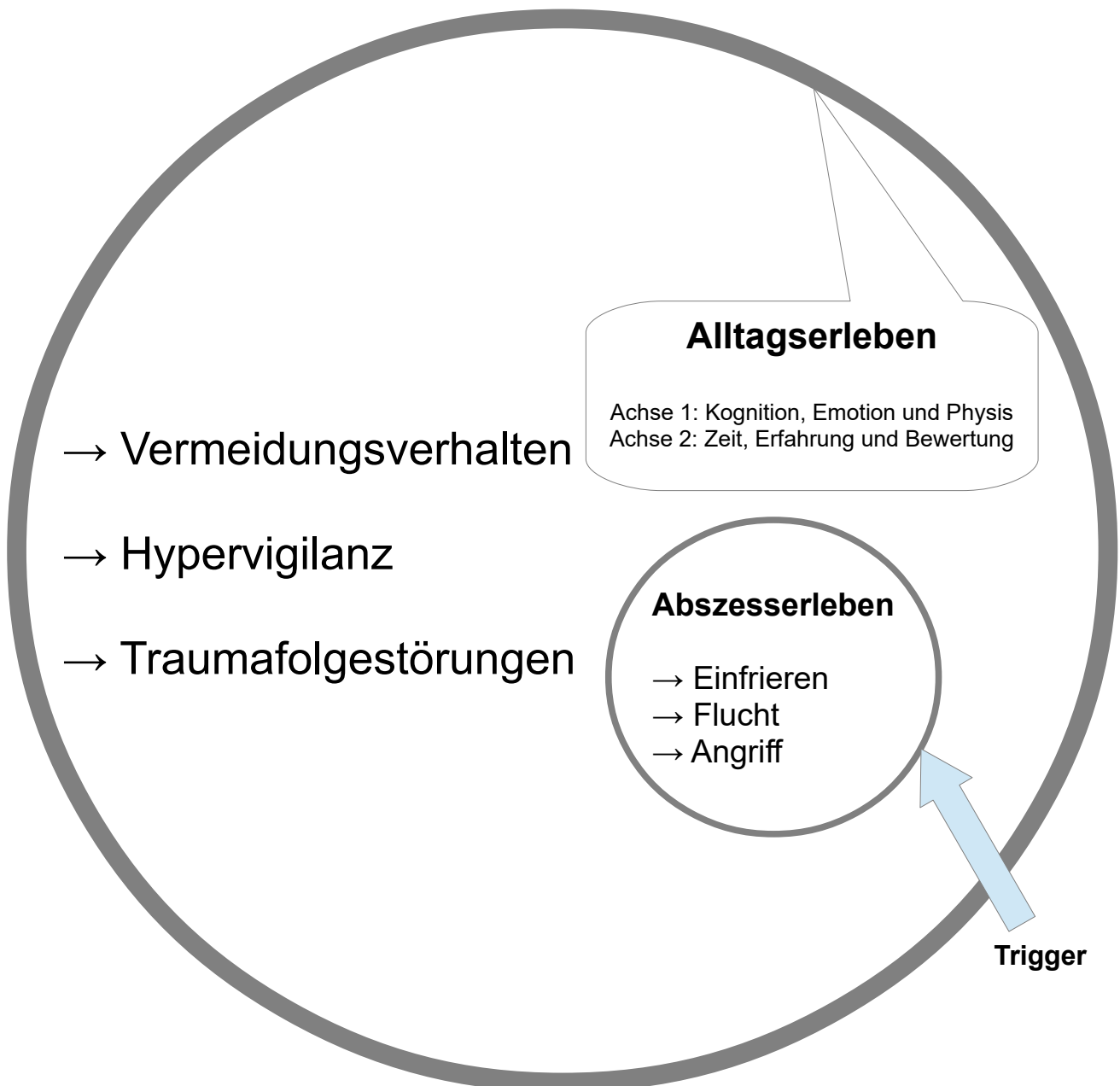


Bild 2: Klientenzentrierter Ansatz

- Trauma-Sozialraum-Modell -

Als ersten Schritt sollten Sie nun klären, ob das Trauma-Sozialraum-Modell bei Ihrem Klienten zutrifft. „Nein“ = Krisenmanagementplanung für traumatisierte Menschen kommt nicht in Frage, weil die Grundlage einer Traumatisierung nicht zutrifft. Bei „Ja“ gehen Sie weiter wie folgt vor:

Gehen Sie bitte zum Basisseminar zurück und betrachten Sie die grafische Darstellung des Trauma-Sozialraum-Modells. Hier in Bild 2 wird es Ihnen nochmal dargestellt.



Es gilt nun die Begriffe „Vermeidungsverhalten“, Hypervigilanz“ und „Traumafolgestörungen“ klientenspezifisch zu ergänzen – am Schnellsten und Besten erzielen Sie hier Ergebnisse durch die klassische Methode eines *Brainstormings*.

Wenn möglich, so können auch die (diagnostisch bzw. vermutenden) Traumatisierungen eingetragen und eine Zuordnung der Traumastörung(en) vorgenommen werden (Beispiel: Anpassungsstörung, PTBS, kPTBS, Persönlichkeitsveränderung etc...). Selbstverständlich dürfen auch Sie als pädagogische Fachkraft eine Traumavermutung äußern, die für (sozial-)pädagogische Hilfeplanung und Interventionen relevant sind.

Sie sollten nun ein recht komplexes, individuelles Bild erhalten, dass für Ihre Krisenmanagementplanung von hohem Nutzen sein wird.

Bild 3: Krisenmanagementplanung

- Struktureller Aufbau Teil I -

Wenn das Trauma-Sozialraum-Modell also passt und zur Anwendung kommen kann, so sieht es in der grafischen Darstellung dann wie folgt aus.

Die von Traumatisierung(en) betroffene Person rückt in den Mittelpunkt von Planung und später dann in den Mittelpunkt (sozial-)pädagogischer Interventionen. Natürlich spielt die „Ausstattung“ des jeweiligen Sozialraumes eine entscheidende Rolle. Hierzu gehören selbstverständlich auch die professionellen Träger und Einrichtungen auf der Grundlage des SGB.

In der Disziplin der Krisenmanagementplanung benötigen wir daher 3 „Äste“, die wir zuvor eruieren und anschließend in die Bewertung bringen sollten.

„Ast 1“ = befasst sich mit der Frage, ob das „Trauma-Sozialraum-Modell“ passt und zur Anwendung kommen kann. Alle weiteren Schritte gehen immer wieder von diesem Modell aus, so dass sich eine ineinandergreifende, interdisziplinäre Versorgung entwickeln kann, die konsequenterweise fortgeschrieben werden sollte.

Das individuelle Trauma-Sozialraum-Modell kann nun an der Position eingefügt werden, an der die „betroffene Person“ steht. So verschaffen Sie sich einen guten Überblick.

Die anderen „Ast 2“ und „Ast 3“ werden in den dann folgenden Bildern näher beschrieben.

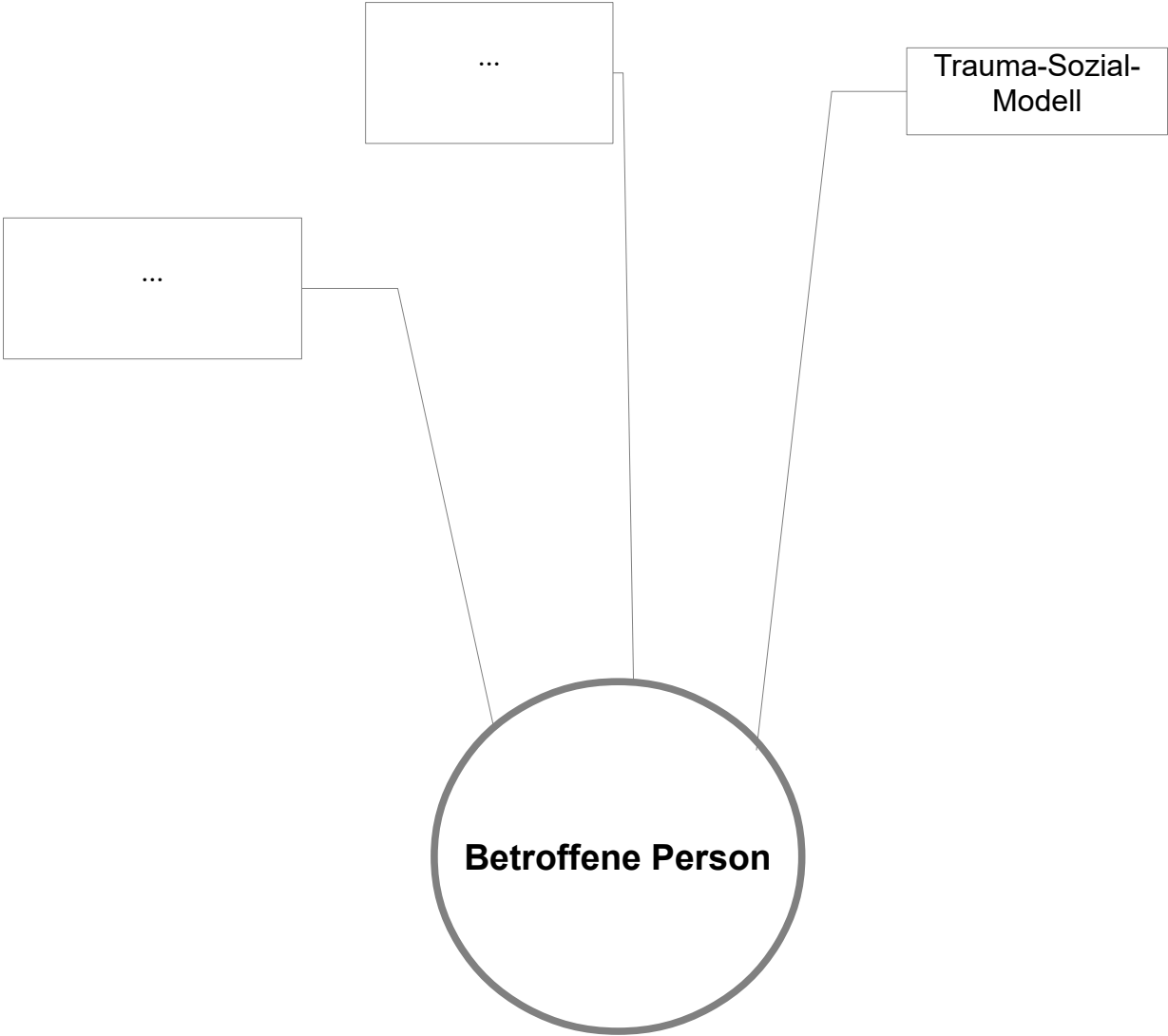


Bild 4: Krisenmanagementplanung

- Struktureller Aufbau Teil II -

„Ast 2“ = die Bewertung des Krankheitsgewinns

Von ganz erheblicher Bedeutung ist die Zuordnung des Krankheitsgewinns, da sich hieraus die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten ableiten lassen. Aus diesem Grunde ist es unvermeidbar, sich mit den Typen des Krankheitsgewinns zu beschäftigen, eine individuelle und zuvor wertfreie Erörterung vorzunehmen, um dann – NACH DER ERSTELLUNG von „Ast 3“ zu einer Bewertung kommen zu können.

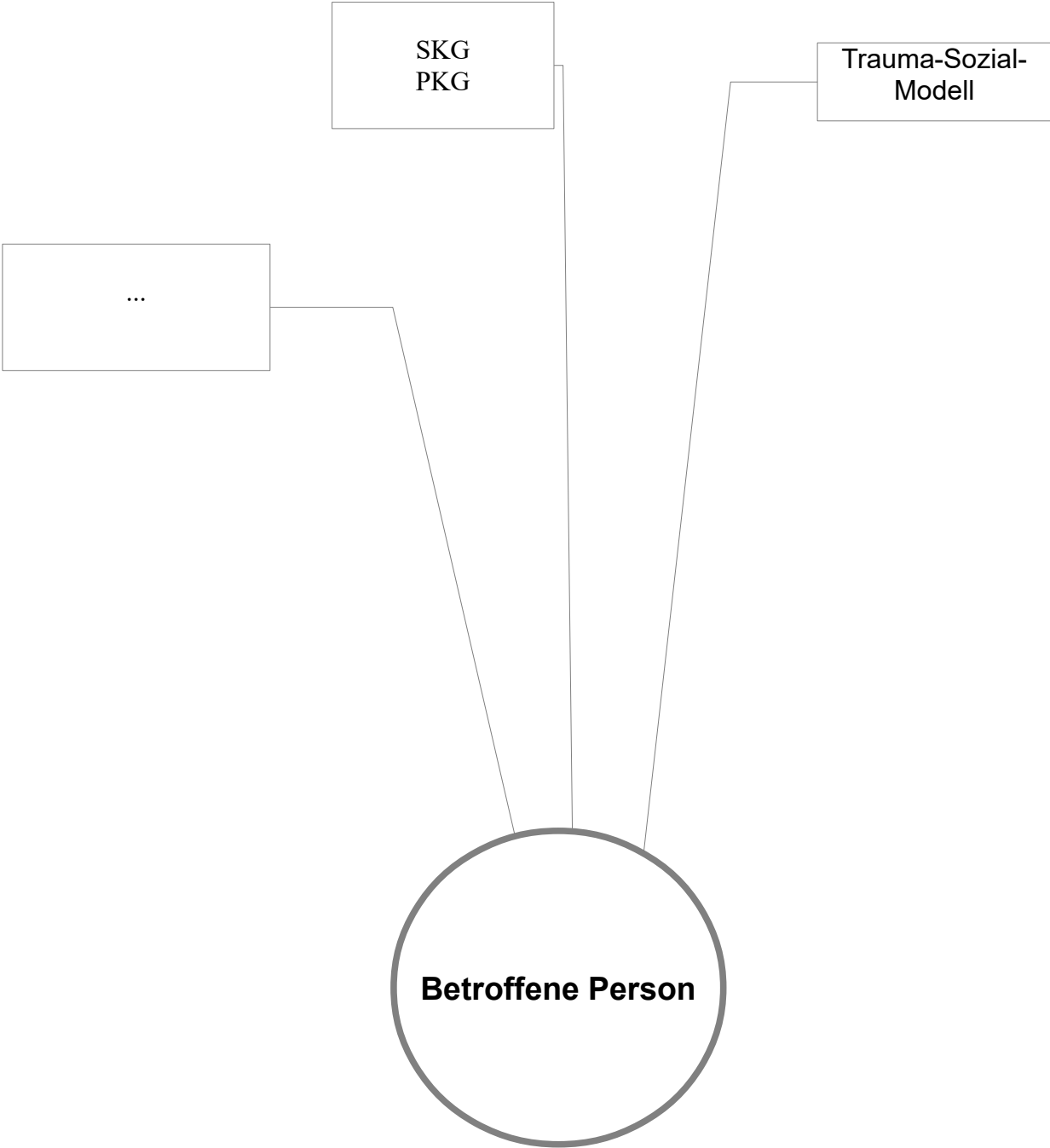
HINWEIS:

Bitte vermeiden Sie es unbedingt, an dieser Stelle eine Bewertung vorzunehmen. Diese würde zu einer Situationsverfälschung führen. Im Bereich der praktischen Umsetzung würde es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Störungen kommen.

Wir kennen drei Typen von Krankheitsgewinn:

1. Primärer Krankheitsgewinn
2. Sekundärer Krankheitsgewinn
3. Tertiärer Krankheitsgewinn

Für „Ast 2“ benötigen wir lediglich die Punkte 1 und 2. Punkt 3 wird dem „Ast 3“ zugeordnet und wird somit im späteren Verlauf wieder aufgegriffen.



Primärer Krankheitsgewinn: → auch „innerer Krankheitsgewinn“ genannt

Der *primäre Krankheitsgewinn (innerer Krankheitsgewinn)* besteht in inneren oder direkten Vorteilen, die der kranke Mensch aus seinen Symptomen zieht: z. B. kann er dadurch als unangenehm empfundene Situationen oder Konflikte aus dem Weg gehen. Das Symptom wird dann zwar als unangenehm erlebt, jedoch erlaubt es dem Kranken, keine sofortige (aus dem Konflikt herausführende) Entscheidung treffen zu müssen (oft erkennt er einen Konflikt, den er hat oder in dem er steht, gar nicht als solchen). Er fühlt sich nur in einer unangenehmen (für ihn z. Z. ausweglos erscheinenden) Situation, welche ihn schwächt. Der Zusammenhang zwischen Konflikt und Krankheitssymptomen wird nicht für möglich gehalten und bleibt **unbewusst**. Auch kann das Symptom unbewusst dazu dienen, unangenehmeren Konflikten aus dem Weg zu gehen (z. B. das plötzliche Erkranken vor einer schweren Prüfung). Ein Beispiel wäre wenn eine hysterische Blindheit einem hilft, angstaustösende Situationen nicht mehr zu sehen.
(aus Wikipedia)

→ Kurz:

Der primäre Krankheitsgewinn dient der Regulierung. Symptome und Krankheitsursachen werden meist unbewusst wahrgenommen.

Sekundärer Krankheitsgewinn: → auch „äußerer Krankheitsgewinn“ genannt

Der *sekundäre Krankheitsgewinn (äußerer Krankheitsgewinn)* besteht in den äußeren Vorteilen, die der kranke Mensch aus bestehenden Symptomen ziehen kann, wie dem Zugewinn an Aufmerksamkeit und Beachtung durch seine Umwelt und/oder z. B. der Möglichkeit, im Bett bleiben zu können und dort Nahrung serviert zu bekommen. Stavros Mentzos sieht in diesem Aspekt eine allgemeine Bedeutung des **Symptoms**, die nicht nur bei der **Hysterie**, sondern auch bei anderen psychischen Auffälligkeiten wie etwa bei Zwängen und Phobien einen kommunikativen Aspekt dieser *Symptomsprache* offenbaren und damit gleichzeitig auch einen therapeutischen Zugang ermöglichen
(aus Wikipedia)

→ Kurz:

Der sekundäre Krankheitsgewinn dient der **Aufmerksamkeits-Regulierung**. Symptome dienen dazu, von dem Sozialraum einen Zugewinn an Aufmerksamkeit zu bekommen, der ohne die Symptomatik ausbleiben würde.

Besondere Form, die dem primären Krankheitsgewinn zugeordnet wird, ist der *ausgelagerte primäre Krankheitsgewinn*.

Hier sieht das Gesamtsyndrom auf den ersten Blick aus wie ein sekundärer Krankheitsgewinn, da die betroffene Person scheinbar einen Zugewinn an Aufmerksamkeit bekommen möchte.

Bei näherer Betrachtung kann jedoch festgestellt werden, dass der Sozialraum als Regulierungshilfe dient. Dieses geschieht oftmals in Situationen der Dissoziation – nämlich zum Beispiel dann, wenn Körperempfindungen oder emotionale Schwingungsfähigkeiten erheblich beeinträchtigt bis ausgeschaltet sind.

Bei Symptombildung, zum Beispiel bei Selbstverletzungen, kommt es nun zu einer Reaktion des sozialen Umfeldes, die als Regulationshilfe für einen Dissoziationsaustritt sorgen soll. Dieses geschieht über sogenannte „Spiegelneuronen“. Hierbei erlebt das

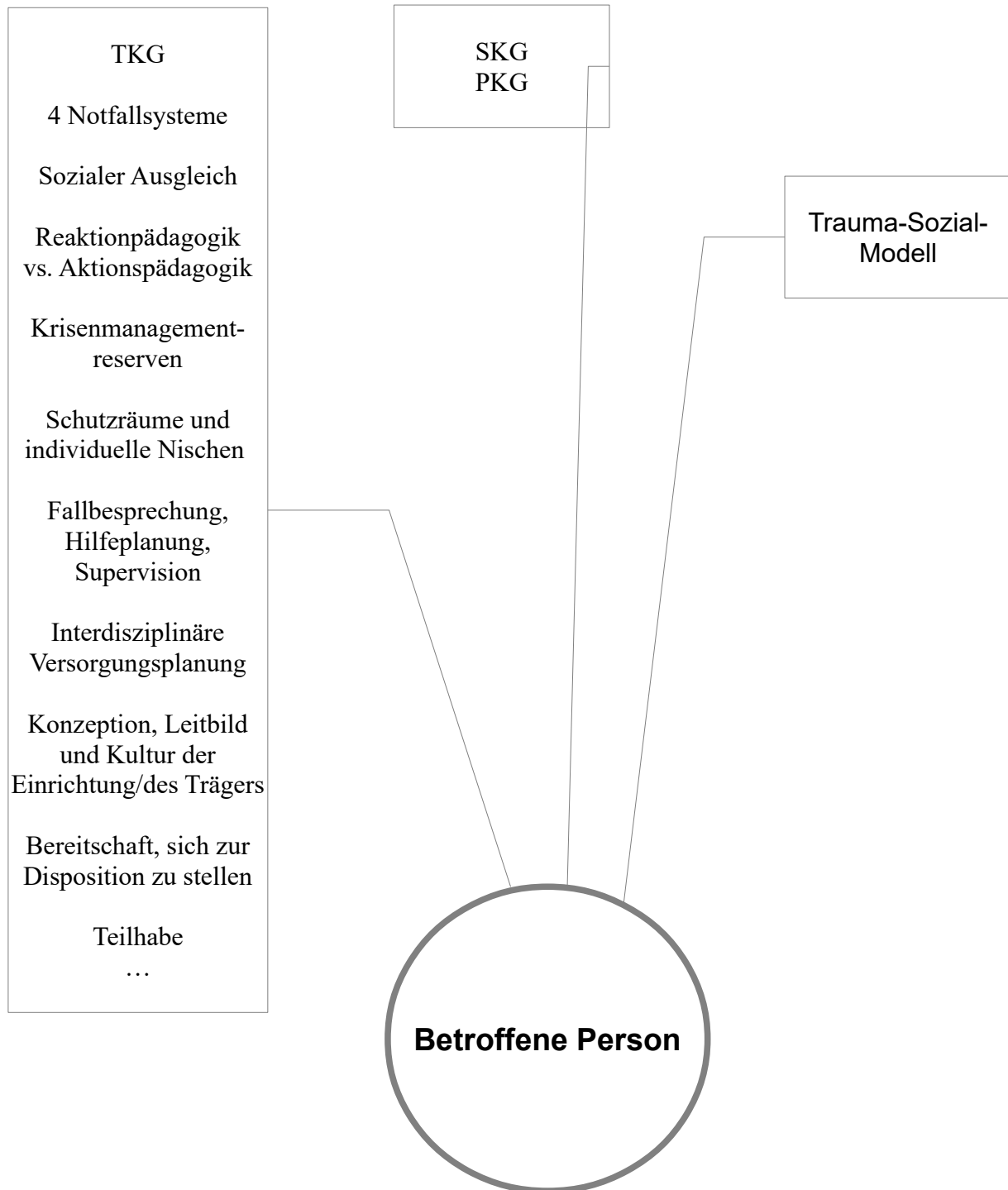
Gegenüber stellvertretend die körperlichen Schmerzen bzw. die Gefühle. Hierin kann sich die betroffene Person „spiegeln“ und so wieder in das Alltagserleben einloggen.

Sekundärer Krankheitsgewinn und der ausgelagerte primäre Krankheitsgewinn sehen sich auf den ersten Blick daher sehr ähnlich. Aus diesem Grund sollte eine Bewertung nach Möglichkeit erst am Ende der Planung stehen.

Selbstverständlich kann ein und dieselbe Person sowohl den SKG als auch beide Formen des PKG praktizieren. Dieses erschwert natürlich unweigerlich die Bewertung und die darauf folgenden Interventionsmöglichkeiten.

Bild 5: Krisenmanagementplanung

- Struktureller Aufbau Teil III -



Beim „Ast 3“ auf der ganz linken Seite der Grafik geht es um die Einrichtung, den Träger, das Personal. Diese Auflistung ist sicherlich ergänzbar – je nach Arbeitsbereich, soll aber verdeutlichen, dass hier ein sehr großes Potential an sogenannter Parameterregulierung steckt.

Ich möchte Ihnen die dort aufgeführten Punkte noch einmal näher in Kurzform vorstellen:

→ **TKG**

Mit TKG ist der *tertiäre Krankheitsgewinn* gemeint. Dieser geht von der „helfenden Person“ aus, die einen persönlichen Zugewinn aus ihrer Tätigkeit erfährt. Die Person mit TKG koppelt sich gerne mit betroffenen Personen, die den SKG praktiziert. Die Fachkraft ist meist nicht in der Lage zu erkennen, ob es sich bei der betroffenen Person um SKG oder PKG handelt. Dieses führt zu diversen Störungen in der Versorgung, aber auch im Teamerleben auf professioneller Ebene.

Zudem unterliegt eine jede Person bestimmten *Eitelkeiten* und *Verführungen*, die unter bestimmten Voraussetzungen den TKG begünstigen können.

→ **4 Notfallsysteme (hier werden lediglich einige Beispiele aufgeführt)**

1. Notfallsystem: für die betroffene Person
 - a) Erarbeitung eines Notfallkoffers mit individuellen Regulierungsmöglichkeiten
 - b) Vereinbarung bez. Versorgungs- und Behandlungswünsche
 - c) Einrichtung von Patenschaften
2. Notfallsystem: für das Fachpersonal
 - a) Erarbeitung eines Krisenkoffers mit Telefonnummern wie Giftnotruf, Bereitschaftsdiensten intern und extern, 1.Hilfe-Tasche, persönliche Regulierungshilfen, Absprachen zu Abläufen und Vorgehensweisen
 - b) Nachsorge / Reflexion / Auswertung /Anpassung
 - c) Schaffung einer Meta-Ebene, z.B. über Teamansprechpartner im Sinne eines Notrufes
3. Notfallsystem: für die Gruppe

Die „übriggebliebene Gruppe“ braucht eine besondere Form der Begleitung. Hierfür sollten Sie einen besonderen Krisenplan zur Verfügung stellen, der andere Regeln und Freiräume beinhaltet als das „normale“ Regelwerk im Alltag. Das Alltagsregelwerk erweist sich in Krisensituationen meist als nicht geeignet und zu starr. Die Hauptlast des Alltagsregelwerkes liegt oftmals im Orga-Bereich (wer macht was bis wann etc...). Die Hauptlast in der Krisenversorgung ist die Erhaltung der Schwingungsfähigkeiten eines jeden Einzelnen als auch der Gruppe.
4. Notfallsystem: für ein evtl. Opfer

Falls ein Dritter zu Schaden kommt – beispielsweise durch Fremdverletzungen, so ist auch diese zu Schaden gekommene Person in die Krisenintervention mit einzubeziehen und zu versorgen. Besonders zu fokussieren ist anschließend der „soziale Ausgleich“ - nämlich die Begegnung von Opfer und Täter.

→ **Sozialer Ausgleich**

Um sekundären Krankheitsgewinn zu vermeiden bzw. deutlich zu verringern, ist es unbedingt erforderlich, dass die in eine Krise geratene Person der Gruppe oder einem anderen Sozialraum nachher etwas zurück gibt. Dieses geschieht meist im Rahmen der Krisennachsorge. Bei Praktizieren des „sozialen Ausgleiches“ erlebt die betroffene Person eine Verantwortungsübernahme für sich und ihren Sozialraum. Der soziale Ausgleich sollte nicht mit Sanktionen bewertet werden.

→ **Reaktionspädagogik-Modelle vs. Aktionspädagogik-Modelle**

Begriffsklärung:

Reaktionspädagogik-Modell = meint das starre Regelwerk, den äußeren Rahmen, gesetzte Grenzen, positive und negative Sanktionsmodelle, Routine, äußere Beständigkeiten, äußere Ordnungen, klar formulierte Kontrakte von Anforderungen, klar formulierte Konsequenzen bei Nichteinhaltung etc.

Aktionspädagogik-Modell = meint ein dynamisches „in-die-Situation-gehen-können“, in dem auf der Grundlage der Reaktionspädagogik Freiräume entstehen können, die auf die situative Regulierungsmöglichkeit der betroffenen Person Bezug nehmen können, um so Dekompensationen zu vermeiden, die dem Beengt-Sein einer Reaktionspädagogik geschuldet sind.

→ **Krisenmanagementreserven**

In der Planung von Hilfen bzw. in der Förderplanung sollten ausreichend Zeitreserven zur Verfügung stehen. Wenn Sie, z.B. eine Beratungseinheit von 60 Minuten planen, sollten Sie hierfür lediglich 2/3 der Zeit – also etwa 40 Minuten aufwenden. 1/3 der Zeit dienen als Krisenmanagementreserve. Dieser Zeitwert sollte nach Möglichkeit für den Bereich der Krisenprophylaxe zur Verfügung stehen und ein fester Bestandteil Ihrer Planung sein.

→ **Schutzräume und individuelle Nischen**

Mit diesen Begriffen sind Rückzugmöglichkeiten gemeint, die als Regulierungshilfe dienen können. Diese sollen nach Möglichkeit für die betroffenen Personen als auch für die verschiedenen Mitarbeiter und Kollegen individuell zur Verfügung stehen und gegenseitig respektiert werden.

→ **Fallbesprechung, Hilfeplanung und Supervision**

Das Vorhalten von Fallbesprechungen, Hilfeplanungsstandards und supervisorischer Begleitung auf der Basis von Trauma(folge)störungen ist unbedingt notwendig und dient nicht nur einem Verwaltungsakt, sondern ist vielmehr Versorgungsgrundlage bzw. ein Basisverständnis von Individualleistungen an von Traumata betroffenen Menschen.

→ **Interdisziplinäre Versorgungsplanung**

Hierunter fällt die Frage „Wie wollen wir im Netzwerk arbeiten?“ Gibt es Schnittmengen der Versorgung, eine gleiche Sprache, ein Verständnis für den anderen, sinnvolle Übergaben, Ergänzungen, hoheitliche Aufträge und dergleichen mehr?

Besteht die interdisziplinäre Versorgung lose und unkonkret oder gibt es hierfür konkrete Planungsgremien, die sich mit den Versorgungsparametern beschäftigen? Unterliegt die Planung und Umsetzung einem dynamischen Prozess oder ist sie vielmehr starr, bürokratisch und wenig basis- bzw. lebensbezogen?

→ **Konzeption, Leitbild und Kultur der Einrichtung / des Trägers**

Es ist von entscheidender Bedeutung, wie die Konzeption, das Leitbild und die Kultur der Einrichtung bzw. des Trägers ausgerichtet sind.

Sind Sie hieran beteiligt? Wird das Niedergeschriebene gelebt? Gibt es Möglichkeiten der Mitarbeiterteilhabe? Gibt es Möglichkeiten der Klienten-/Nutzer-/Kundenteilhabe?

→ **Bereitschaft, sich zur Disposition zu stellen**

Dieser Punkt ist von besonderer Bedeutung, stellt jedoch ein hohes Maß an

Professionalität voraus.

„Sich-in-Frage-stellen“ - und dieses auf fachlicher Basis unter Einbeziehung von Kognition, Emotion und körperlichem Erleben stellt, steht hier im Mittelpunkt des Geschehens. Unter diesem Punkt fällt die kritische Auseinandersetzung mit sich selber, mit dem Team, der Einrichtung und des Trägers. Hierzu gehört konsequenterweise auch die Weiterentwicklung von Konzeptionen, Leitbildern und dergleichen.

Wenn dieser Punkt „gelebt“ bzw. „erlebt“ werden darf, kann eine konkruente Arbeit und darüber hinaus eine aktive „Burn-Out-Prophylaxe“ umgesetzt werden.

Ein durchwachsenes Team aus beiderlei Geschlechtern und verschiedenen Altersstrukturen ist hierbei besonders hilfreich.

Die unter diesem Punkt entstehenden Dynamiken sollten nach Möglichkeit supervisorisch begleitet werden.

→ **Teilhabe**

Bitte bedenken Sie, dass das Einbeziehen von betroffenen Personen immer hilfreich ist. Sie erhalten bzw. fördern hierbei aktiv Verantwortungsprozesse (auch wenn es mal daneben geht). Teilhabe ist ein Prozess des Mitgestaltens, der Kreativität und der Produktivität. Der Mangel an Teilhabemöglichkeiten führt zum Verlust dieser Qualitäten und führt in der Regel zur Verschlechterung der Gesamtsituation – mit all seinen Folgen für die betroffene Person als auch seinem Sozialraum.

Abschluss

Beachten Sie bitte, dass hier lediglich nur der „rote Faden“ wiedergegeben werden kann. Die Dynamik des Seminartages mit all seinen Fallbeispielen würden den Rahmen dieses Skripts übersteigen.

Insbesondere ist der „Ast 2“ von erheblicher Bedeutung. SKG von PKG zu unterscheiden – darüber hinaus auch noch den ausgelagerten PKG mit einzubeziehen, stellt uns vor große Herausforderungen, die wiederum in „Ast 3“ behandelt werden.

Sie sehen: Krisenintervention ist keine spontane Versorgungsform. Sie ist Bestandteil von Planung und Organisation, von dynamischen Prozessen und ein hochprofessioneller Vorgang. Krisenintervention gehört in die Krisenmanagementplanung! Krisen sind planbar... - wenn denn gewollt...

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.