



## Treff Sozialarbeit:

# *Trauma und Gewalt in der Sozialen Arbeit - verstehen, begleiten, vorbeugen*

Harald Requardt

Psychotherapeutische Praxis

Wilhelmstr. 22/2, 70372 Stuttgart

[www.requardt-traumatherapie.de](http://www.requardt-traumatherapie.de)

# 1. Teil:

„Trauma verstehen“

# Trauma: („Verletzung“)

- Traumatische Erfahrungen zeichnen sich dadurch aus, dass der auftretende Stress unsere Verarbeitungsfähigkeit übersteigt. Wenn Todesangst, Panik, Entsetzen oder Schmerz empfunden wird, wir weder fliehen noch kämpfen können, dann erleben wir ein Ausmaß an Hilflosigkeit und Ohnmacht, das Folgen hat für die Verarbeitung des Erlebten.

# Definition „Trauma“ im ICD 11:

- PTBS: Ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen.
- Komplexe PTBS: Ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen, meistens längerdauernde oder wiederholte Ereignisse, bei denen Flucht schwierig oder unmöglich war (z.B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).
- Auch Menschen, die nicht unmittelbar selbst bedroht worden sind, können eine PTBS erleiden (Polizei, Rettungsdienst, Lokomotivführer, ...).

# Verschiedene Traumata:

- Naturkatastrophen
- Man-made Disaster
- Einfache Traumatisierung - Monotrauma
- Komplexe Traumatisierung
- „t“-Trauma und „T“-Trauma
- Kumulative Traumatisierung
- Sequentielle Traumatisierung

# Mögliche Erstreaktionen:

- Weinen, Schreien, Lachen
- Aggression
- Innerer Rückzug
- Angst
- Ruhe / Gelassenheit
- Verwirrung und Desorganisation
- Paradoxes Verhalten
- „Seltsame“ Reaktionen
- kindlich anmutendes Verhalten; Verdrängen der Realität, ausschließlich affektives Erleben
- „kopfloses Handeln“; ausschließlich oder vornehmlich rationales Erleben, „kaltes Handeln“

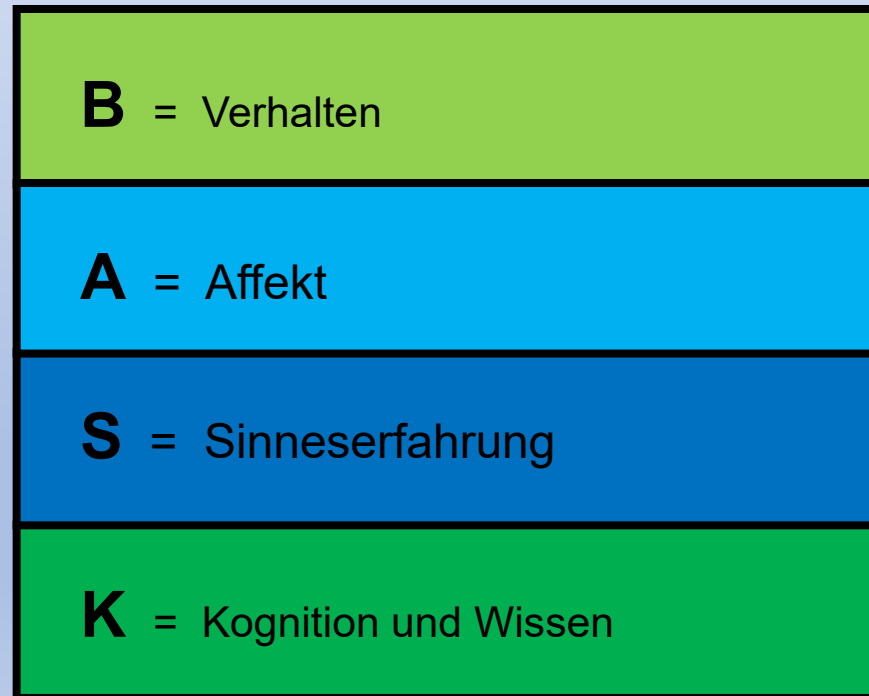
# Charakteristische Schock-Phänomene:

- nicht wahrhaben / nicht glauben können, was passiert ist.
- Derealisation
- Depersonalisation
- Apathie, Teilnahmslosigkeit, Abwesenheit von Gefühlen
- Verstört-sein, Aufgewühlt-sein, Desorganisation
- Angst, Bedrohungsgefühle

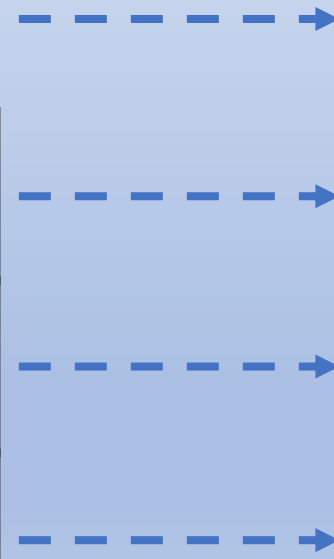
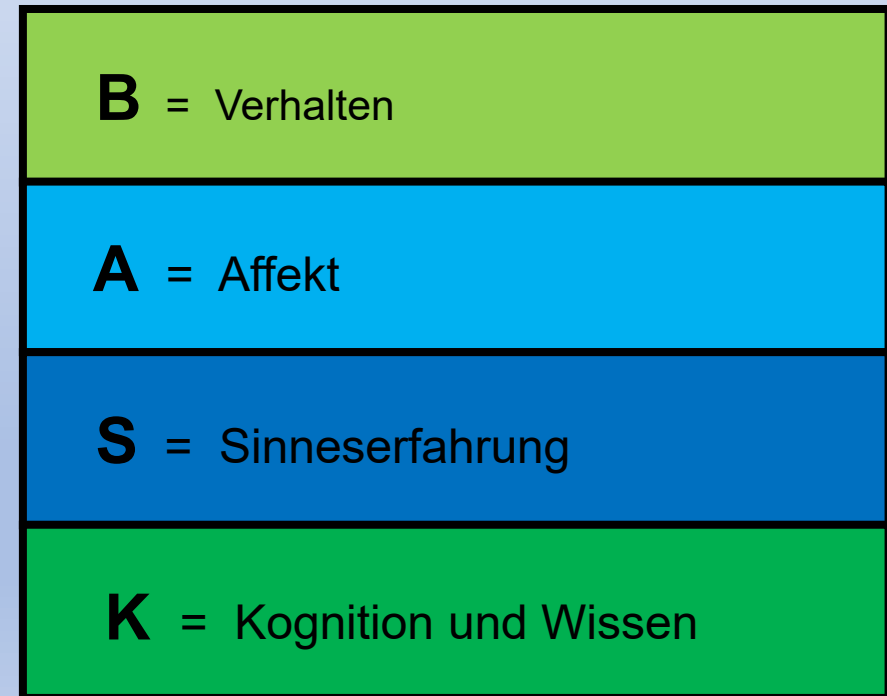
# Das BASK-Modell:

(Bennett Braun, 1988)

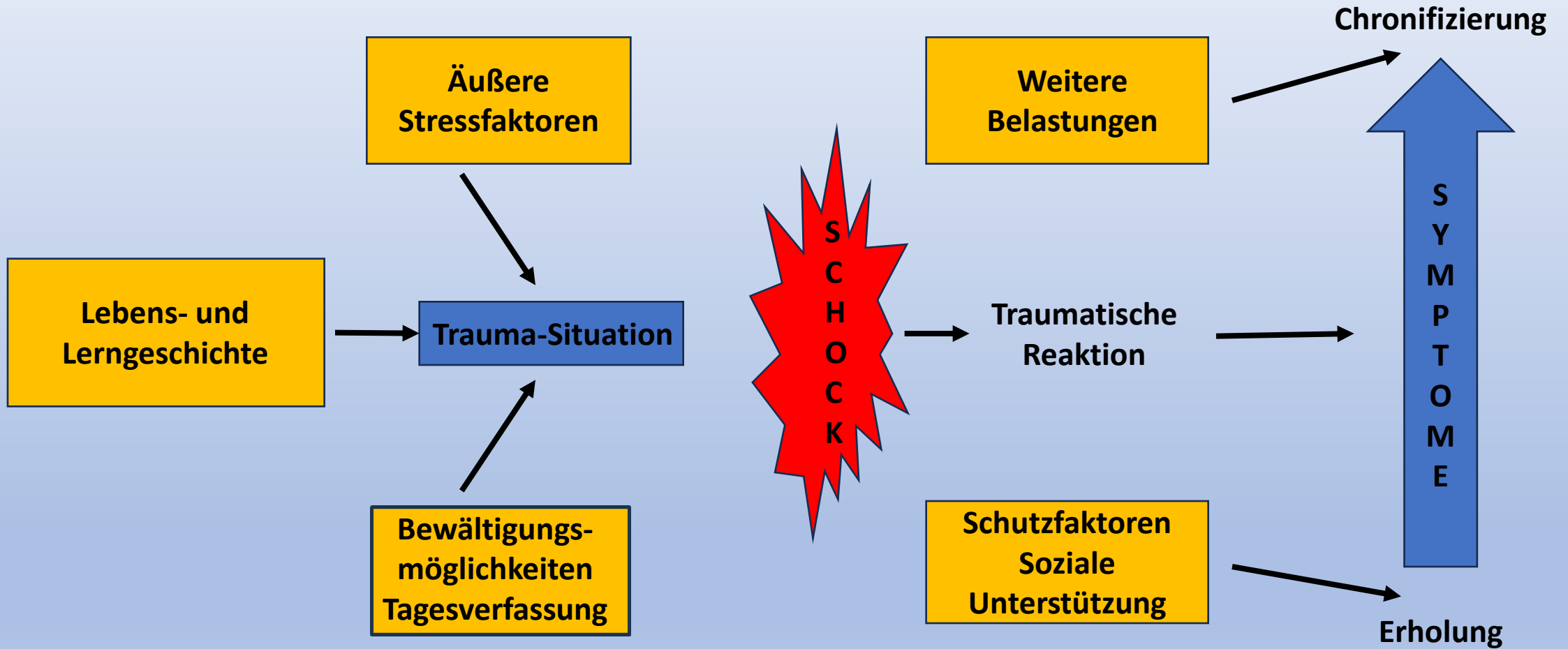
In der traumatischen Situation:



Im Hier-und-Jetzt:



# Traumatischer Prozess:



Jennifer Freyd:

*„Das Trauma des Verrats“*

# Was wirkt traumatisierend?

- **Nicht nur tatsächliche Lebensgefahr.**
- **Ohnmacht, Hilflosigkeit, Alleinsein.**

**John Bowlby (1907-1990)**

# „Dissoziation“:

- Ist ein angeborener **Schutzmechanismus**/bereits vorgeburtlich vorhanden. Die Stärke der Dissoziationsneigung wird weitervererbt. Überwältigend erlebte Erfahrungen (einzeln oder chronisch) werden vom Alltagsbewusstsein abgespalten und nicht integriert.
- **Dissoziation:** Eine Fragmentierung des Erlebens und Speicherung in triggerbaren Teilqualitäten (siehe BASK-Modell).
- **Zeigt sich als:** Flashbacks, Intrusionen (oder Negativsymptomatik); Inhalte werden vom Bewusstsein aufgrund traumatischer Überwältigung abgespalten und getriggert (in 0,15 sec) wiedererlebt (statt 0,8 – 2,0 sec bei bewusster Überlegung).
- **Wichtig:** Es macht keinen Sinn, Dissoziation als ein *Alltagsphänomen* zu definieren, wie Unaufmerksamkeit, abgelenkt sein, konzentriert sein ... Wenn wir nichts aufgenommen haben, können wir auch nicht getriggert werden! Es kann zu keinem Wiedererleben kommen.

# Was passiert im Gehirn?

- Flucht oder Angriff – Erstarrung – Unterwerfung
- Ausschüttung körpereigener Opiate: veränderte Wahrnehmung
- Broca-Areal wird weniger durchblutet:  
Sprachlosigkeit bei intensivem Erleben
- „kurze Schaltung“ durch Amygdala:  
(reagiert in 0,15 sec, vollständiges Realisieren: 0,8-2,0 sec.)
- Einspeichern vieler Details in Amygdala
- Fragmentierung der Information

# „Wenn der Körper die Kontrolle übernimmt“:

- 10-mal so viele Faserverbindungen für Bottom-Up als für Top-Down Prozesse
- Bindung = Bottom-Up
- Psychoedukation = Top-Down

# PTBS nach DSM V: (darf erst ab 7. Lj. vergeben werden!)

sonst: F 94.1: reaktive Bindungsstörung oder: F 94.2: Beziehungsstörung mit Enthemmung

- A: Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis**  
(direktes oder persönliches Erleben, persönliche / (wiederholte berufliche) Erfahrung)
- B: Wiedererleben des traumatischen Ereignis**  
(Wiederkehrende Erinnerungen, Alpträume, Flashbacks , intensive psychische Belastung, körperliche Reaktionen, traumatische Spiele)
- C: Anhaltende Vermeidung von Reizen, die in einem Zusammenhang mit dem Trauma sind.**  
(Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, bewusstes Vermeiden von Orten, Aktivitäten)
- D: Negative Veränderung von Kognitionen und Stimmungen**  
(Amnesie, negative Überzeugungen, irrationale Schuldgedanken, andauernde negative emotionale Zustände (Scham, Angst,..), vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten, Gefühl der Entfremdung, Abgetrenntheit, anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden)
- E: Deutliche Veränderung des Erregungsniveaus**  
(Ein- oder Durchschlafstörungen, Reizbarkeit, riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten, Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßige Wachsamkeit, übermäßige Schreckreaktion)

# Komplexe PTBS:

- Probleme der Affektregulation
- Ängste und Verfolgungsgefühle
- Veränderung der Persönlichkeit
- Sexuelle Störungen
- Risikoverhalten
- Traumatisierung Anderer
- Suizidalität
- Misstrauen in Beziehungen / Rückzug aus Beziehungen
- Zukunftspessimismus und Hoffnungslosigkeit

# 5 Trauma- und Dissoziationsachsen:

(aus: Jan Gysi 2025, S.19)

Persönlichkeitsstörungen	spezifisch belastungsbezogene Störungen	strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit	weitere dissoziative Störungen	komorbide Störungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlichkeitsprobleme</li> <li>- Persönlichkeitsstörungen (leichtgradig, mittel, schwer)</li> <li>- Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PTBS</li> <li>- Komplexe PTBS</li> <li>- Anhaltende Trauerstörung</li> <li>- Anpassungsstörungen</li> <li>- Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters</li> <li>- Enthemmte soziale Interaktionsstörung des Kindesalters</li> <li>- Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dissoziative Identitätsstörung</li> <li>- partielle dissoziative Identitätsstörung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dissoziativ-neurologische Symptomstörungen</li> <li>- dissoziative Amnesie</li> <li>- Depersonalisations-Derealisationsstörung</li> <li>- Trancestörung</li> <li>- Trance-Besessenheitsstörung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suchtstörungen</li> <li>- Essstörungen</li> <li>- Zwangsstörungen</li> <li>- Depressionen</li> <li>- Angststörungen</li> <li>- Bipolare Störungen</li> <li>- Schizophrenie</li> <li>- ADHS, Autismus</li> <li>- Maladaptives Tagträumen</li> <li>- Körperliche Erkrankungen</li> <li>- Körperliche Verletzungen</li> <li>- Artifizielle Störungen (Münchhausen u.a.)</li> </ul>

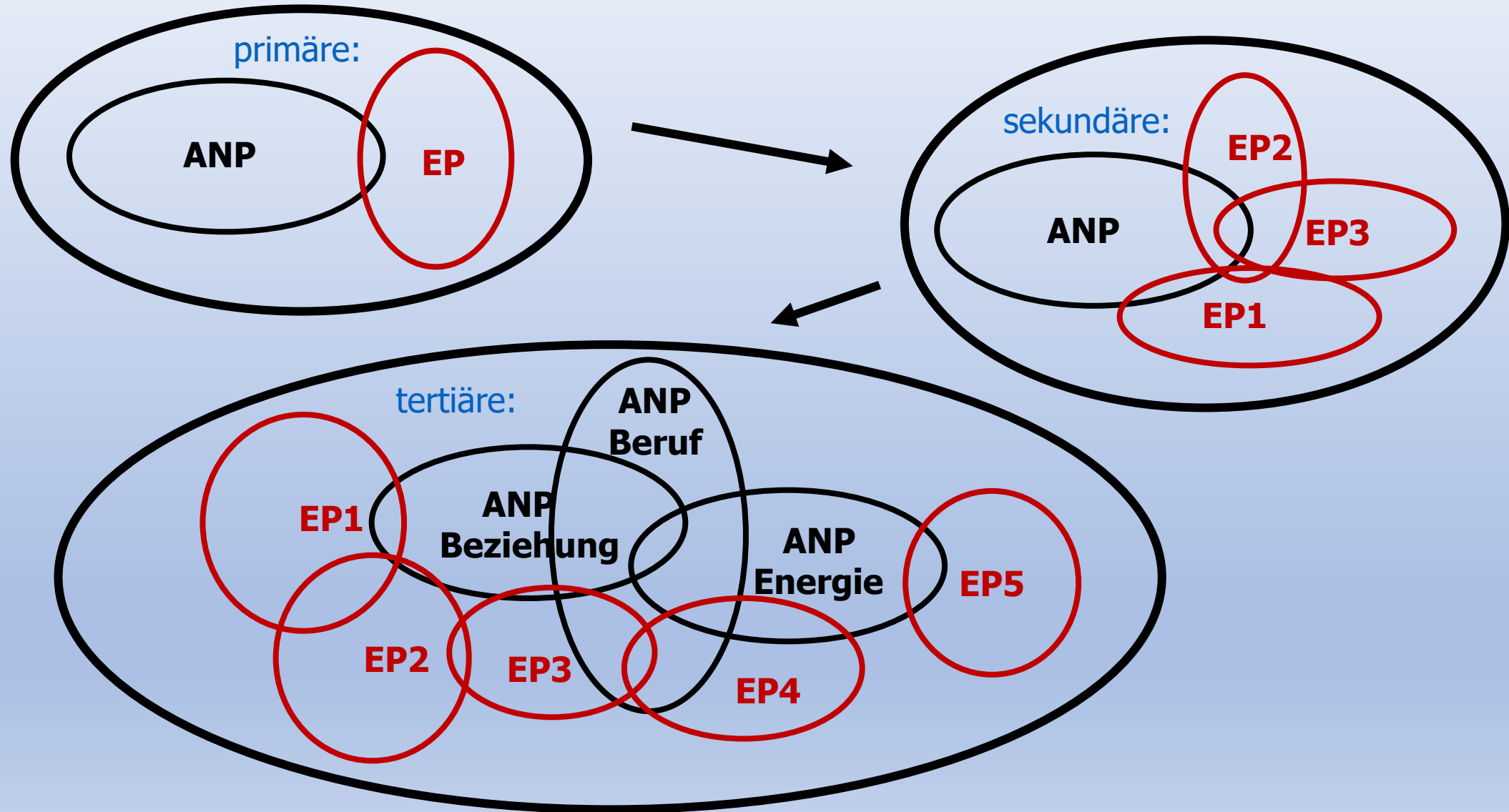
# Strukturelle Dissoziation:

(Nijenhuis / van der Hart / Steele)

- Unterteilung der Aktionssysteme in ein
  - System für Funktionen des Alltagslebens (ANP)
  - System für Gefahrenabwehr (EP)
- ANP (**A**nscheinend **N**ormaler **P**ersönlichkeitsanteil):  
Aufgabe/Funktion: Annäherung an attraktive Reize:
  - Exploration, Spiel, Bindung, Sexualität,
  - Fürsorge, Energiemanagement
  - auch: sozialer und interozeptiver Selbstschutz
- EP (**E**motionaler **P**ersönlichkeitsanteil):  
Aufgabe/Funktion: physische Gefahrenabwehr:
  - Bindungsschrei, Hypervigilanz, Flucht,
  - Erstarrung, Kampf, Analgesie, Wundversorgung
  - völlige Unterwerfung, ...

# Strukturelle Dissoziation:

(Nijenhuis, Van der Hart & Steele)



# Aspekte zu beruflichen Risiken:

- Nur wer „brennt“, kann auch ausbrennen. Engagement und Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen kann zu einem Dauer-Stress werden.
- Empathie bei unzureichender Distanzierung. („Die Angst, die ich fühle, ist nicht *meine* Angst!“)
- Je mehr wir Berufserfahrung haben, umso größer wird das Risiko, selbst eine Traumafolgestörung zu entwickeln! (Traumatischer Stress wird im Körper gespeichert.)
- Die größten Risikofaktoren im beruflichen Kontext:
  1. Eigene, nicht bearbeitete traumatische Erfahrungen.
  2. Arbeit als „Einzelkämpfer“, fehlendes Team, fehlende Rückendeckung von Vorgesetzten/Träger.
- Wenn sich Details einer traumatischen Erfahrung mit Details unseres privaten Lebens verbinden.
- Resilienzfaktoren können zu Risikofaktoren werden!  
(Mut, Ausdauer, Geduld, Hoffnung, positive Einstellung, ...)
- Unklare oder fehlende Grenzen zwischen Beruf und Privatleben.
- Zu viele kritische Ereignisse innerhalb einer kurzen Zeit.
- Fehlende Erholungszeiten.

# Neue Qualität von Gewalt:

- Haim Omer/Arist von Schlippe: Gewalt von Kindern und Jugendlichen durch soziologische Veränderungen und dem Verlust der alte Werteordnung. Bsp.: Kinder als Auftrags-Killer.
- Zunahme von Bindungsstörungen: soziale Medien/Internet/virtuelle Welten/KI „ersetzt“ immer öfters reale Bindungserfahrungen. Folgen: Viele Kinder lernen nicht, Gegenstände von Lebewesen zu unterscheiden. Des Weiteren: Wer keine sichere Bindung zu anderen Menschen hat, entwickelt auch keine gute Bindung zu sich selbst. Wer nicht gelernt hat, die eigenen Gefühle zu lesen/erkennen, wird auch nicht die Gefühle anderer Menschen erkennen.
- Eine gute Impulskontrolle ist nicht angeboren – diese muss in der Interaktion mit feinfühligem Fürsorgepersonen erworben werden. Im psychosozialen Bereich arbeiten viele Institutionen immer noch mit der Annahme, dass die Teilnehmer/Klienten eine gute Impulskontrolle erlernt haben.
- Veränderungen der Familienstrukturen erhöhen die Wahrscheinlichkeit für Traumatisierungen: Die Inzestschranke zwischen Eltern und Ib. Kindern ist 7-mal höher als zu nicht-Ib. Kindern.
- Verbote in der Zeit der Corona-Pandemie führte insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in einer sensiblen Lebensphase zum Verlust wichtiger Bindungen.
- Internet/soziale Medien vermitteln häufig ein unrealistisches Bild der Welt. Häufig wird „Glück durch Konsum“ vermittelt. Ein Zerrbild von Selbstoptimierung fördert einen radikalen Narzissmus. Das „Ich“ wird immer wichtiger als das „Wir“.

# Berufliche Risiken:

- Mitgeföhlerschöpfung
- Sekundäre Traumatisierung
- Burnout, Depression
- Suizidalität
- nicht „nein“ sagen können ...
- Sucht
- Persönlichkeitsveränderungen
- Paranoide Ängste (überall lauert ...)
- Verlust der professionellen Distanz: Grenzverletzungen begehen

## 2. Teil:

„Traumatisierung vorbeugen“

# Aspekte zu äußerem Schutz:

- Bei zu erwartenden Gefahren möglichst nicht allein arbeiten.
- Schutzübungen durchführen:  
(Geht der Notfallschalter? Ist er in einer Krisensituation erreichbar?)
- Keine „rechtsfreien Räume“ zulassen.
- Gutachten/Berichte/Erfahrungen weitergeben, bzw. lesen.
- Falls Infos vorhanden: Wann gab es in der Vergangenheit Bedrohungen/Gewalt?
- Liegt bei KlientIn eine Suchterkrankung oder Impulskontrollstörung vor?
- Analyse vergangener Aggressions-Dynamiken: Wann wurde jemand aggressiv/gefährlich?  
Liegt eine Persönlichkeitsstörung vor – und wenn ja, welche? Was denkt die Person heute zu ihren Taten?
- Frühzeitig Grenzen setzen. Bereit sein, Klienten (auch Kinder!) zu entlassen.
- Nicht Opfer und Täter in einer WG/Gruppe aufnehmen.
- Drohungen/Warnungen/Hinweise ernst nehmen.
- Privaten Lebensbereich von der Arbeitswelt trennen.

# Aspekte zu persönlichen Faktoren:

- Wir dürfen Angst haben – wir müssen keine Helden sein!
- Bei akuten Ereignissen: Erst für Selbstschutz sorgen, dann helfen!
- Bei Gewalterleben sich nicht beschämt zurückziehen, sondern eine Öffentlichkeit suchen, Hilfe annehmen! (Es gibt zunehmend Gewalt von Kindern gegenüber ihren Eltern, Fürsorgepersonen oder psychosozialen Helfern.)
- Wir dürfen verletzlich sein. Wir dürfen uns individuell/situativ abgrenzen!
- Wir sind für unser Handeln verantwortlich, nicht für das Geschehen in der Welt (Teilearbeit als Möglichkeit, eine professionelle Beziehung aufzubauen.)
- Wenn wir nicht „alles“ erreichen können, bedeutet es nicht, dass wir „nichts“ erreicht haben.
- Wir sollten uns um eine professionelle Sinnhaftigkeit bemühen: Machen Sie möglichst viel von dem, was Sie am besten können!
- Positionieren außerhalb der Täter – Opfer – Retter – Triade.
- Sich auf einen Teilbereich im Rahmen der Hilfe konzentrieren.

# Selbstsorge:

- **1. Individuelle, persönliche Selbstsorge:**

- Schlaf, Ernährung, Bewegung
- Distanzierungstechniken (Innerer Beobachter u.ä.m)
- ausgleichende Aktivitäten
- soziales Unterstützungsnetz
- wenig zusätzlich Belastendes (Fernsehnachrichten zuhause)

- **2. Professionelle Psychohygiene**

- Weiterbildung
- Selbsterfahrung (Aufarbeitung eigener Traumata)
- Setzen von Grenzen
- Aufarbeitung der Geschichte
- Supervision
- Erholungszeiten

- Entspannung, Balance, Naturkontakt, Meditation
- kreativer Ausdruck
- Spiritualität Humor
- schöne Umgebung, schön gestalteter Arbeitsplatz

- **3. Soziale Psychohygiene**

- Wertesystem am Arbeitsplatz
- kollektive Unterstützung
- Gesetze, soziales Klima
- Fachgesellschaften, Netzwerke

(aus: Reddemann in ZPPM 1/2003)

## 3. Teil:

„Traumafolgen behandeln“

# Erste psychologische Hilfe:

- Selbst ruhig bleiben, reflektiert handeln, sich (möglicherweise) Unterstützung holen.
- Beruhigen (Atemtechnik), orientieren, strukturieren.
- Bisherige hilfreiche Coping-Strategien erfragen.
- Rahmendaten erfragen, keine Details zum traumatischen Erleben.
- Distanzierung anregen (5-4-3-2-1-Technik, Bildschirm- und Tresortechnik).
- Ermutigen, traumaverarbeitende Gefühle zuzulassen (Trauer, leichte Wut).
- Stoppen traumaassoziierter Gefühle: (Todes)Angst, Ohnmacht.
- Unterstützung durch Dritte zulassen/erbitten.
- Aktive Formen der Entspannung anregen.
- Psychoedukation zu Trauma, Traumafolgen, typischen Symptomen, ...
- In Kontakt bleiben.
- Stopp-Signal vereinbaren.
- Achtsamkeit praktizieren – gegen Dissoziation.

# Behandlungsstruktur:

(nach Pierre Janet, ergänzt von Karl-Heinz Brisch)



# Grundprinzipien:

- Dem posttraumatischen Stress nicht noch zusätzlich einen Lösungsstress hinzufügen! (Luise Reddemann)
- Äußere Sicherheit vor innere Sicherheit.
- Wenn während einer pädagogischen / therapeutischen Maßnahme dauerhaft mehr zerstört wird, als aufgebaut werden kann, dann bleibt diese erfolglos.

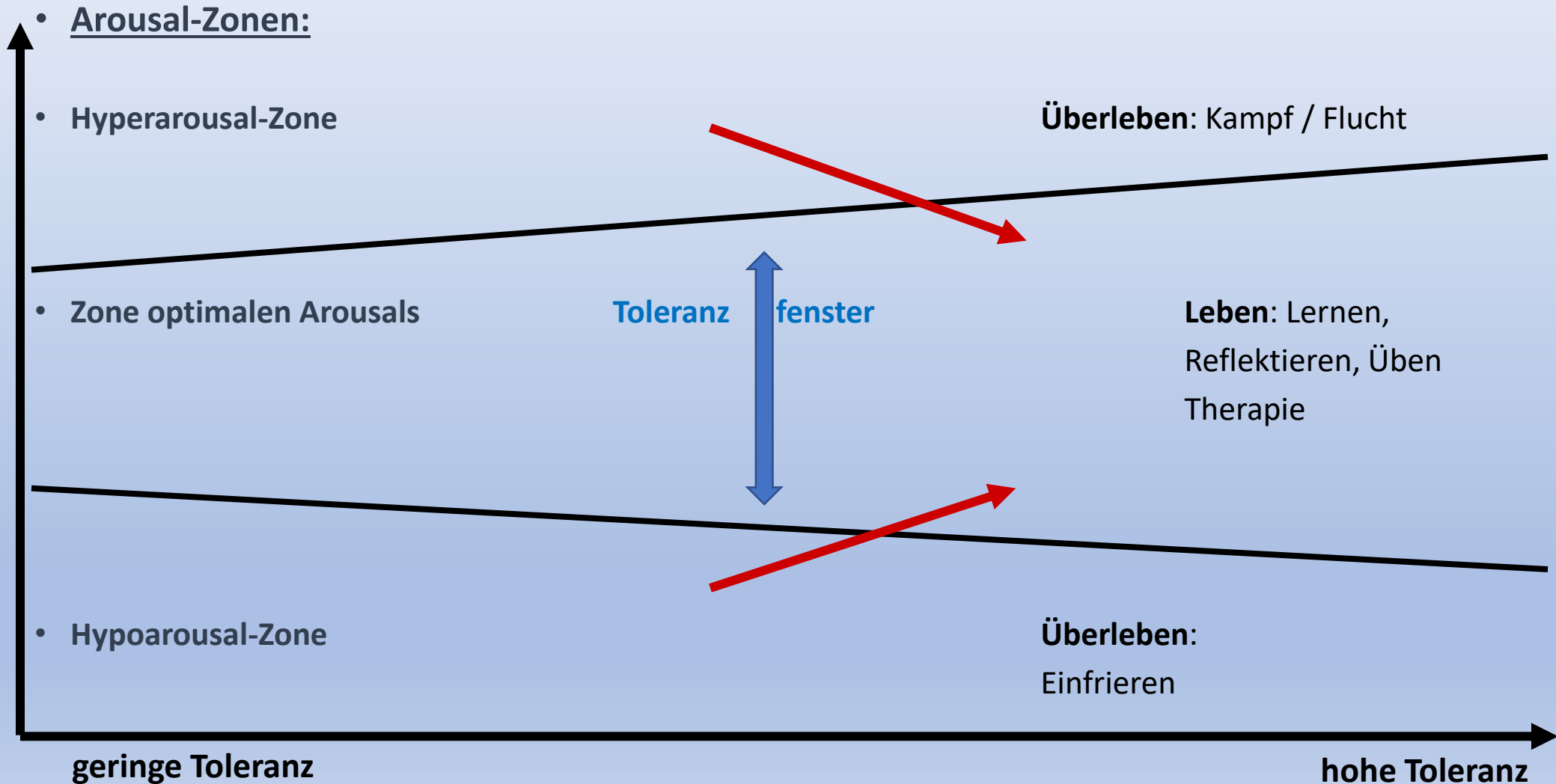
Richard Kluft:

*„Je langsamer wir vorgehen, desto schneller kommen wir voran!“*

# Weitere Hilfe:

- Pendeln zwischen Konfrontation mit dem traumatischen Erleben/den Folgen, sowie unbeschwerten Zeiten (zwischen dem Leichten und dem Schweren)
- Imaginationsübungen, Teilarbeit, ...
- Trigger identifizieren. Gegenwart von Vergangenheit unterscheiden.
- Angemessen über das Geschehen reden können und auf Fragen reagieren.
- Schlaf normalisieren (positive Erlebnisse des Tages vor Einschlafen erinnern).
- Dysfunktionale Vermeidung vermeiden.
- Konkrete weitere Schritte planen: Auszeit? Reha? Wiedereingliederung? Umschulung/berufliche Neuorientierung? (Teil-)Berentung?
- Unterstützung holen: Rechtsanwalt/VdK bei Schwerbehindertenantrag, ...
- Konkrete Konsequenzen aus dem traumatischen Geschehen ziehen.
- Traumatherapie/Traumadurcharbeitung (ambulant/stationär) planen.
- Medikamente (SSRI-Wiederaufnahmehemmer, ...) zur Unterstützung einnehmen.

# Das Fenster der Toleranz: (Pat Ogden)



# Warum „Traumatherapie“?

- Klassische Psychotherapie-Verfahren wirken nicht oder nur unzureichend bei traumatisierten Menschen.
- Nicht wenige Ärzte / Psychotherapeuten fühlen sich unsicher bei Themen wie (sexueller) Gewalt.
- Patienten wissen nicht, dass eine psychiatrische Behandlung vor allem auf die Wirkung von Medikamenten setzt – und Psychopharmaka gerade bei traumatisierten Menschen oft wenig, gar nicht oder paradox wirken.
- Eine unwirksame Therapie erhöht die Selbstzweifel, bzw. Zweifel wirklich Hilfe erhalten zu können.
- Zeit heilt bei einer Traumafolgestörung nicht.

# Spezielle Verfahren:

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) v.a. bei Monotrauma
- PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie) bei komplexen Traumatisierungen
- IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy)
- DBT, Schematherapie (bei Persönlichkeitsstörungen)
- Körpertherapien
- Achtsamkeitsbasierte Therapien, tiergestützte Therapie
- Therapie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit
- Traumasensibles Yoga
- Anmerkung: Je komplexer das Störungsbild, umso eher ist eine ambulante Traumatherapie sinnvoll!

# Häufige Themen nach Traumatisierung:

- Grübeln (Warum,...?)
- Vermeidung und Kontrollzwänge
- Scham – Rückzug und Isolation
- Nicht zu schnell zur Ruhe kommen. Aktive Entspannung.
- Wie umgehen mit Fragen Dritter?
- Selbstoffenbarung
- Medikamente
- Wiedereingliederung oder Krankschreibung?

# Beispiele:

- Wenn ein „kleiner Unfall“ das gesamte Leben erschüttert: Die Folgen als traumatisches Geschehen.
- Auch ein „Monotrauma“ kann langfristige Folgen haben.
- Wenn sich erst Jahre nach dem traumatischen Ereignis die Folgen zeigen.
- Traumatherapie bedeutet nicht, alle Belastungen durchzuarbeiten. Wenn das Ziel ist, die Rente zu erleben.
- Warum es sinnvoll ist, möglich schnell professionelle Hilfe zu suchen.
- Wenn „Vorbeugen“ möglich ist. Bsp. für eine Intervention in Anlehnung an CISM.

# Hinweise:

- Unfallmeldung zu einer potenziell traumatischen Erfahrung im Beruf bei der zuständigen Berufsgenossenschaft auch dann machen, wenn sich augenblicklich keine Beschwerden zeigen – eine Traumafolgestörung kann sich auch erst Jahre nach dem Ereignis zeigen!
- Bei Berufsunfällen ist die DGUV zuständig. Jeder Versicherte hat Anspruch auf 5 Sitzungen bei Traumatherapeuten im Rahmen des Psychotherapeuten - Verfahrens.
- Bei akuten kritischen Ereignissen im privaten Bereich sind die Traumaambulanzen zuständig. Sinnvoll ist eine Erstberatung.
- Bei länger zurückliegenden Ereignissen kann der Einbezug spezialisierter Beratungsstellen hilfreich sein: Wildwasser, FETZ, PBV, Refugio, ...

# Literatur:

- **Breitenbach:** *Traumatisierung und Burnout bei Einsatzkräften der Polizei. Ein Traumberuf mit Nebenwirkungen.* In: Trauma, Heft 2/2014, *Traumatisierung und Burnout*, S. 44 - 52
- **Everly/Mitchell:** *CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen.* Facultas, Wien 2001
- **Gschwend:** *Notfallpsychologie und Akut-Traumatherapie.* Hans Huber, Bern 2002
- **Gysi:** *Diagnostik von Traumafolgestörungen.* Hogrefe, Bern 2025
- **Hausmann:** *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung.* Facultas, Wien 2005
- **Preusker:** *Sieben Stunden im April. Meine Geschichten vom Überleben.* Patmos, Ostfildern 2011
- **Requardt:** *Burnout von Einsatzkräften nach traumatisierenden Ereignissen – Ein Bericht aus der ambulanten Praxis.* In: Trauma, Heft 2/2014, *Traumatisierung und Burnout*, S. 69 - 75
- **Requardt:** *Teilearbeit in psychosozialen Arbeitsfeldern.* Asanger, Kröning 2024
- **Schwerwarth / Friedrich:** *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierungen.* Ernst Reinhardt, München 2012
- **Sendera/Sendera:** *Trauma und Burnout in helfenden Berufen.* Springer, Heidelberg 2013
- **Teegen:** *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen.* Huber, Bern 2003
- **Van der Hart, Nijenhuis, Steele:** *Das verfolgte Selbst.* Junfermann, Paderborn 2008
- **Van der Kolk:** *Verkörperter Schrecken.* Probst, Lichtenau 2015
- **Wenzel/Kappel:** *System Polizei. Der Kommissar und der Amoklauf von Winnenden.* Klöpfer, Narr, Tübingen 2020