



# Trauma und Krise

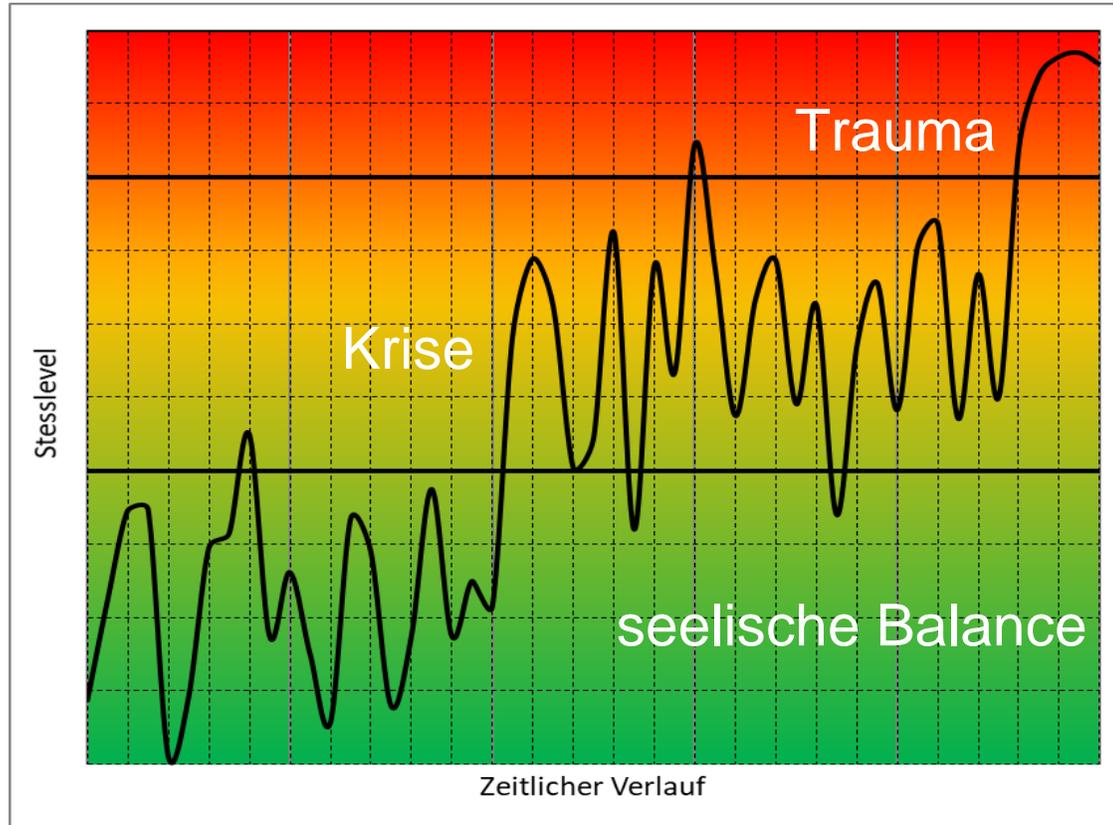
28.02.2025

Referentin: Winnie Plha

# Stress

- Stress ist eine (*sehr sinnvolle*) Anpassungsleistung des Organismus an außergewöhnliche Aufgaben (Hülshoff 2017: 22)
- „Stress entsteht, wenn die Anforderungen im Missverhältnis zu den Ressourcen des betroffenen Individuums stehen, so dass die Bewältigung der Anforderung gefährdet ist.“ (Papastefanou 2013,21)
- Stresswahrnehmung (Hülshoff 2017: 22):
  - **positive Wahrnehmung:** Beanspruchung ohne Überforderung, Leistungssteigerung, Erleben von Erfolg und Selbstwirksamkeit = **Eustress**
  - **negative Wahrnehmung:** anhaltender oder häufig auftretender Stress, der nicht bewältigt werden kann und daher als bedrohlich wahrgenommen wird = **Disstress**
  - bei langanhaltendem **Disstress** kann es zu chronischer Anspannung kommen, zur Abnahme der Konzentration und Leistungsfähigkeit, körperlichen Reaktionen und ‚negativem‘ Bewältigungsverhalten, Schwächung des Immunsystems, Erschöpfung, Schlafstörungen, verändertem Essverhalten, Substanzkonsum, Entstehung langfristiger physischer und psychischer Erkrankungen
  - davon abzugrenzen sind **traumatischer Stress und dessen Folgen**

# Abgrenzung seelische Balance, Krise und Trauma



- /
  - extreme Angst und Hilflosigkeit
  - als lebensbedrohlich erlebte Situationen
  - Verlust der Handlungsautonomie
- /
  - Belastungen, bei denen vorhandene Bewältigungsstrategien versagen
  - Verlust des inneren Gleichgewichts
- /
  - Situationen und Belastungen, die mit zur Verfügung stehenden Strategien sicher bewältigt werden

# Stress und Lebensgefahr (Friedmann 2024)

*„An Lebensgefahr ist das Säugetier Mensch seit Jahrmillionen adaptiert. Für unsere Stressphysiologie ist Lebensgefahr kein Trauma, sondern eine -früher fast alltägliche- Herausforderung, auf die unsere Stressbewältigungssysteme optimal eingestellt sind.“*

(Sachsse 2012: 65)

- Gelingt es, eine Gefahr durch Kampf oder Flucht oder kognitive Problemlösung abzuwenden, empfinden wir einen Kompetenzzuwachs, Selbstwirksamkeit und Stolz (ebd.)
- In Situationen der Hilflosigkeit aktivieren wir unsere sozialen Bindungen (vgl. Buchheim 2011)
- Verlust von Bindungen bedeutet Schmerz (vgl. Sachsse 2012: 67) und Angst
- Im Gegensatz dazu führen hilfreiche, gewünschte soziale Kontakte, aber auch das wohltuende Gefühl von „zu Hause“, geliebte Tätigkeiten etc. zu Beruhigung (ebd.: 68)
- Kann ein Mensch sich nicht selbst Helfen (Kampf, Flucht, Kognition) und bekommt keine Hilfe durch sein Bindungssystem, kommt es zu Erstarrung und letztlich zu Dissoziationen (ebd.)



# Krise

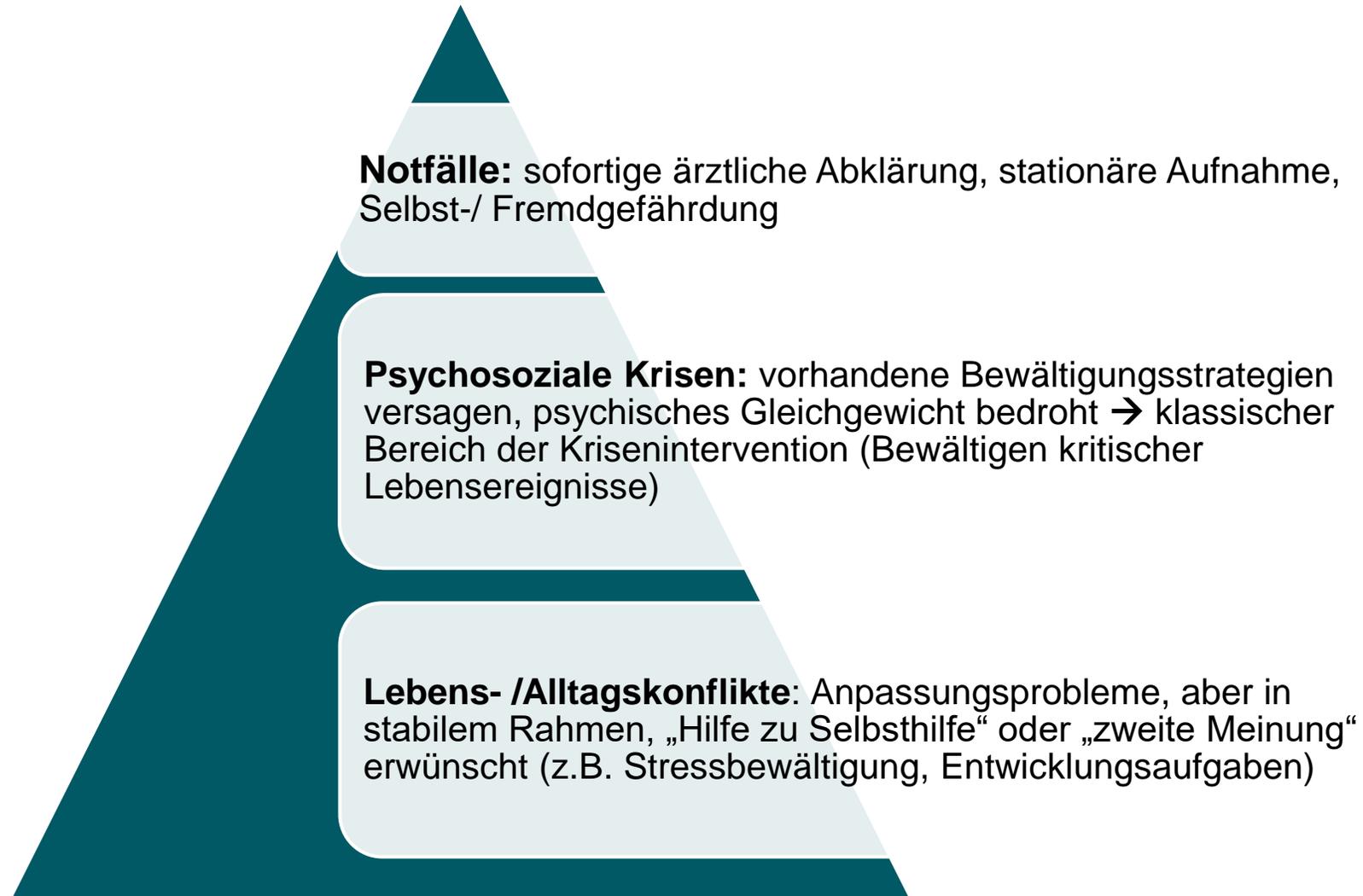
# Definition „Psychosoziale Krise“

„Krise beschreibt den **Verlust des seelischen Gleichgewichts**, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick **nicht bewältigen** kann, weil sie von **Art und Ausmaß** her seine durch frühere Erfahrungen **erworbenen Fähigkeiten** und **erprobten Hilfsmittel** zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation **überfordern**.“

(Sonneck et al. 2016: 15 angelehnt an Caplan 1964 und Cullberg 1978)

- Krise ist eine natürliche Warn- und Bewältigungsreaktion (vs. Störung/Krankheit) (Sonneck 2016: 21)
- Entwicklungs- und Bewältigungsfähigkeit fokussieren: Bewältigung (aktiv) oder Behandlung (passiv)?
- spitzt sich die Krise zu, sodass die Gefahr einer schweren körperlichen oder psychischen, möglicherweise irreversiblen oder lebensbedrohlichen Gefährdung besteht, spricht man von einem **Notfall**, bei dem unverzügliches Eingreifen unabdingbar ist (Hülshoff 2017: 13)

# Krisenintervention - Einführung



(angelehnt an Brückner 2010: 239 und Papastefanou 2013: 40)

# Krisenintervention – wesentliche Punkte

- niedrigschwellige, akute Begleitung bei schwierigen Lebenslagen, die allein meist nicht bewältigt werden können
- unmittelbare, aktive Hilfe möglichst ohne Zeitverzögerung
- schneller, direkter Kontakt zum Klienten/zur Klientin
- sofortige, häufig beschützende, entlastende Hilfestellung
- Hilfe bei der Wiedergewinnung von Handlungsfähigkeit bzw. grundsätzliche Verbesserung der Handlungsfähigkeit (**Kern der Krisenintervention**)
- zeitliche Begrenzung: 5 bis 12 Sitzungen in höchstens 3 Monaten, alles andere sind weiterführende Maßnahmen
- (Hülshoff 2017: 67 f, Stein 2009: 158)
- aktive, (methoden-)flexible Haltung
- transparentes, nachvollziehbares und eindeutiges Handeln mit klarer Kommunikation
- (Berger & Riecher-Rössler 2004)



# Traumadefinition und traumatischer Stress

# Definition Trauma (Friedmann 2024)

„Ein Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit **Gefühlen von Hilflosigkeit** und **schutzloser Preisgabe** einhergeht und so eine **dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis** bewirkt.“

(Fischer & Riedesser 2009: 84).

- Traumatisierung als „schwere, psychische und physische Belastungen, die **außerhalb der üblichen Erfahrungen** liegen.“ (Stein 2009: 70)
- Die Traumalebenszeitprävalenzraten schwanken in der Literatur zwischen 40% und 98% (vgl. Tagay 2012: 89)

# Faktor: Zeit (Friedmann 2024)

## Typ 1 Traumata

- Folgen plötzlicher und kurzdauernder traumatischer Ereignisse (Unfall, kriminelle Gewalttaten, Naturkatastrophen, operative Eingriffe, schwere Krankheit)

## Typ 2 Traumata

- länger anhaltende und wiederholte traumatischer Ereignisse (Geiselhaft, wiederholte sexuelle/körperliche Gewalt, emotionale Gewalt, Vernachlässigung, chronische Traumatisierung durch Krieg, Flucht, Folter)
- häufig **„man made disasters“** direkt durch einen anderen Menschen verursachtes Leid
- **Folgen sind meist besonders schwerwiegend, Wahrscheinlichkeit einer PTBS bei bestimmten „man made disasters“ (u .a. Folter, Vergewaltigung) bei 95 %**

# Faktor: Ereignis (Friedmann 2024)

## Man-made-desaster

- Unmittelbar und direkt durch Menschen verursachtes Leid, z. B.: sexuelle Übergriffe, Folter etc.

## Naturkatastrophen

- Durch ein natürliches, von Menschen nicht beeinflusstes Ereignis hervorgerufenen Leid, z. B.: Tsunami, Erdbeben etc.

## Technische Katastrophen

- Durch technisches Versagen ausgelöstes Leid, z. B. : Bauunglücke, Unfälle durch technische Defekte etc.

# Traumareaktion (Friedmann 2024)

- Analog zu den Versorgungsprinzipien einer körperlichen Traumatisierung bemüht sich auch die psychosomatische Akutversorgung zunächst um Absicherung und weitere Schadensverhütung
- Traumatisierung hinterlässt immer neurobiologische Spuren, die kaum mehr veränderbar sind (u. a. Sachsse & Roth 2008:69).
- „Denn jede traumatische Situation beschädigt auf die eine oder andere Weise die Wahrnehmung der Welt als einen sicheren (...) Ort.“ (Dabbert 2017: 140)

# Traumatischer Stress (Friedmann 2024, überarbeitet Plha 2024)

- Schadensabwendung oder -begrenzung durch Fight-/Flight-Reaktionen stehen nicht mehr zur Verfügung
- Überwältigung durch Angst und Hilflosigkeit → ‚inescapable shock‘
- Suspendierung wichtiger Ich-Funktionen
- Erstarrungsreaktionen, Betäubungsgefühle, eingeschränkte Sinneswahrnehmung oder/und motorischen Lähmungen

**Diese Reaktionen sind unbewusste (zunächst hilfreiche) Anpassungen!**

**Bis zu 50 % der Menschen sind in ihrem Leben mindestens einmal mit einer traumatischen Situation konfrontiert.** (Stein 2009: 71 nach Langkafel 2000: 3)

- unter traumatischem Stress werden Aufnahme und Verarbeitung von Informationen stark beeinträchtigt bzw. blockiert
- „In solchen Ausnahmesituationen gewinnt ein archaisches Gefahrenbewältigungssystem die Oberhand über unsere hochdifferenzierte Gedächtnisbildung und Weltsicht.“ (Sachsse 2012: 69)
- Informationen (Sinneseindrücke, Gefühle, körperliches Empfinden, zeitliche/räumliche Einordnung) werden nicht wie üblich, als kontextualisiertes Ganzes, sondern schemenhaft, fragmentiert abgespeichert
- Fragmente – ein Gefühl, ein Geruch, ein Gedanke – beginnen ein Eigenleben, kehren als sog. Intrusionen wieder, können wie Fremdkörper wirken

## **Traumatische sind im Vergleich zu normalen Gedächtnisinhalten (Flatten 2003: 412, 419 nach Friedmann 2024):**

- nur teilweise bewusst abrufbar
- häufig löschungsresistent
- leicht ‚triggerbar‘ durch traumassozierte Reize
- bleiben stabil und detailgetreu erhalten
- sind nicht der persönlichen, kognitiven Überarbeitung unterworfen



# Traumaphänomene und -folgen

# Triggerreize (Friedmann 2024)

- Alle Sinneswahrnehmungen (Bilder, Gerüche, Geräusche, Körperempfindungen, Gedanken etc.) können als Trigger wirken
- Der Trigger muss dem traumatisierten Menschen nicht unbedingt bewusst sein
- Das „Antriggern“ führt zu einer neurologischen Aktivierung der „schnellen Bahnen“
- Kognitive Prozesse werden zugunsten von ungesteuerten Affektzuständen suspendiert
- Es kommt zu traumatischem Erinnern/Intrusionen, das/die dem entsprechenden spezifischen Traumazustand entspricht und einer Überflutung mit traumaspezifischen Inhalten
- Trigger wirken reflexnah
- Sie sind nicht in den Kontext eingebettet
  
- Meist werden Trigger vermieden, allerdings besteht dadurch die Gefahr der Generalisierung der Angst (vgl. dazu z. B. Sachsse 2012: 70)
- **Wiederdurchleben fördert nicht die Verarbeitung, im Gegenteil jede Reaktion ‚trainiert‘ die neuronalen Bahnen und verschlimmert die Symptomatik**
- **in der pädagogischen Arbeit dürfen solche Situationen niemals willentlich hergestellt werden!**

# Dissoziation (Friedmann 2024)

**„Wenn man nicht physisch fliehen kann, wird man versuchen psychisch zu fliehen.“**

(Weiß 2011: 66)

- Die Integrität der Identität wird durch Dissoziation zu bewahren versucht
- Durch die Dissoziation kommt es zu einer „Unterbrechung der normalerweise integrativen Funktion des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt.“ (Sachsse 2012: 71)
- Sie kann sich auf einzelne Bereiche beziehen (Verlust von Gefühlen, isolierte Wahrnehmung einzelne Körperteile, spezifische kognitive Funktionen) oder auf die traumaassoziierten Erinnerungen (vgl. Streeck-Fischer 2006: 103)
- Manchmal können verschiedene Zustände nicht unter einer Persönlichkeitsorganisation integriert werden, dann kommt es zur „Ausbildung unterschiedlicher Zustände (states) oder verschiedener Persönlichkeiten“ (ebd.)
- Dissoziation in der akuten Situation, könnte ein Prädiktor für eine spätere PTBS sein (vgl. Reinhold und Markowitsch 2008: 123)

# Hyperarousal/Überregung (Friedmann 2024, überarbeitet Plha 2024)

- Hyperarousal = Hyperaktivität des Stresssystems
- Organismus bleibt in anhaltender ‚Habachtstellung‘
- „die Bedrohung ist nicht vorüber, es kann jederzeit etwas passieren“
- System ist in Zustand anhaltender seelisch-körperlicher Alarmierung und nur schwer zu beruhigen
- daraus ergeben sich u. a. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, übertriebene Schreckreaktionen (Sachse & Roth 2008: 71)
- tlw. unkontrollierte Affektdurchbrüche
- alltägliche Situationen führen zu unangemessenen Stressantworten

Das Gehirn ist nach einer Traumatisierung „**wie eine Antenne auf die Wahrnehmung des Schreckens gerichtet.**“ (Bar-On 2003)

# Konstriktion/„Numbing“ (Friedmann 2024, überarbeitet Plha 2024)

- intrusive Symptome führen zur Entwicklung von Vermeidungsstrategien → „numbing“ als Bewältigungsversuch
- meist setzt eine solche Reaktion 6 -10 Wochen nach Traumaexposition ein (Sachsse 2012: 70)
- psychische Erstarrung, Stumpfheit oder Freudlosigkeit vermindern Kontakt mit möglicherweise ‚triggernden‘ Gefühlen, Reizen oder Gedanken
- Kontakt zu innerseelischem Geschehen wird bis hin zu Erinnerungsverlust/zur Amnesie vermieden/ abgebrochen → Isolation, Entfremdung, Lähmung, Schuld- und Schamgefühle
- häufig Drogen und Alkohol zur Betäubung (Sachsse 2012: 70 nach Lüdecke et al. 2010)

**→ mögliche Folgen: Chronifizierung des Zustands, Entstehung depressiver Störungen, Selbstdestruktivität, Suizidalität, Schmerzzustände**



# Integration des Traumas

# Psychosoziale Integration des Traumas (Friedmann 2024)

- 85% aller Traumatisierungen werden nach 3 bis 12 Monaten integriert (Sachsse & Roth 2008: 72)
- d. h. Denken an oder Reden über die traumatische Situation führt nicht zu Flashback, Intrusion oder Hyperarousal, keine Depression, Suizidalität oder Somatisierung, kein Suchtdruck, kein selbstverletzendes Verhalten, keine Angst, sondern nur erträgliche Gefühle und Körperempfindungen
- Die Wahrscheinlichkeit einer PTBS nimmt ab, wenn
  - es ein stabiles soziales Umfeld gibt
  - sich die Traumatisierung nicht wiederholt
- Bei bestimmten „man-made-desasters“ (z.B. Folter und Vergewaltigung) steigt die Wahrscheinlichkeit einer PTBS auf bis zu 95%

Allerdings:

***„Selbst die Heilung einer PTBS wird von Betroffenen vielfach nicht als Rückkehr zum prätraumatischen Zustand, als restitutio ad integrum erlebt, sondern eher als eine Symptomauflösung im Kontext der durch traumatische Erfahrungen bedingten bleibenden Veränderungen.“*** (Yehuda 2012: 24)

*„Ein Trauma ist ‚integriert‘, wenn es verbalisierbarer Bestandteil des persönlichen Narrativs geworden ist, ein Kapitel der Vergangenheit im persönlichen Lebensroman.“*

*(Sachsse 2012: 70)*

(Friedmann 2024)

# Was schadet? Was schützt? Was nützt?

## **Negative Einflüsse auf die Schwere der Traumafolgen:**

- Art des Traumas → „man-made-desaster“
- Intensität und Dauer der traumatischen Erfahrung
- Initialreaktion – starke affektive Reaktion (Angst, Ekel, Entsetzen) und dissoziative Bewusstseinsveränderungen erhöhen vermutlich das Risiko von Folgestörungen
- Anzahl und Abfolge der traumatischen Ereignisse, multiple Traumatisierung
- individuelle Dispositionen/ Vulnerabilität, bspw. durch frühere, auch nicht erinnerbare Traumata oder Vorerkrankungen wie Depressionen
- Traumatisierungen in der Primärfamilie, frühe Traumatisierung

## **Positive Einflüsse auf die Schwere der Traumafolgen:**

- erfolgreich aktivierte Bindung in der Not und im Anschluss, Schutz, Verständnis und Solidarität
- stabiles soziales Umfeld
- Ressourcen, günstige Copingstrategien, psychosoziale Reife
- v. a. stabile Fähigkeit zu Mentalisieren scheint wesentlichen Einfluss zu haben

(Stein 2009: 72)



In der pädagogischen Praxis...

# Spezifische Handlungs- und Gedankenmuster in der Praxis

(Friedmann 2024)

- Entfremdungsgefühle
- Übererregbarkeit
- Wutausbrüche
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Verstärkte Schreckhaftigkeit
- Mentalisierungsstörungen
- Reinszenierungen
- Kognitives Coping
- ...
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen

(Sachsse und Roth 2008, Streeck-Fischer 2009)

## Im pädagogischen Kontext beachten! (Friedmann 2024)

- In den meisten pädagogischen Zusammenhängen können Traumatisierungen nicht hinreichend bearbeitet, aber ein Verständnis darüber hilft, um den Betroffenen aus der Verunsicherung zu helfen.
- Vermeiden Sie in der pädagogischen Arbeit die Konfrontation mit traumatischen Gedächtnisinhalten und arbeiten Sie nicht regressiv!
- Arbeiten Sie mit einem klaren haltgebenden Rahmen und mit einer klaren, wohlwollenden Haltung.
- Sichern Sie Grenzen und „verwenden“ Sie die Klient(inn)en nicht!
- Fokussieren Sie mit Ihren Interventionen auf die Einschränkungen der/des Klienten/Klientin, die er/sie nachreifen soll, um im sozialen Miteinander besser zurecht zu kommen.
- Achten Sie unbedingt auf die Toleranzgrenzen Ihres Gegenübers!

**Ihre Meinung ist uns viel wert. Bitte nehmen Sie an  
unserer Evaluation teil!**



**IPIP** Institut für  
Psychodynamisch  
Interaktionelle  
Pädagogik



## Institut für Psychodynamisch Interaktionelle Pädagogik e. V.

Vorstandsvorsitzende: Prof. Dr. Rebecca Friedmann & Winnie Plha

Innsbrucker Straße 37

10825 Berlin

[info@ipip-berlin.de](mailto:info@ipip-berlin.de)

[www.ipip-berlin.de](http://www.ipip-berlin.de)

**IPIP** Institut für  
Psychodynamisch  
Interaktionelle  
Pädagogik