

Sind Suchtmittel die (Er-)Lösung nach Trauma und Gewalt?

Michaela Huber
www.michaela-huber.com

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 1

Literatur-Empfehlungen

- Najavits, Lisa M.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch, Göttingen, 2009
- Van der Hart, Onno et al.: Das verfolgte Selbst, Paderborn, 2008
- Huber, Michaela: Wege der Traumabehandlung, Paderborn, 2003

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 2

„Sucht-Persönlichkeit“ ?

- Suche nach dem „Sucht-Gen“ und der „Sucht-Persönlichkeit“ war vergebens; Sucht wird offenbar sozial „vererbt“.
- Doch es gibt eine individuell biografisch entstandene Persönlichkeitsstruktur, die von Sucht geprägt ist. Und Familienstrukturen, die von Sucht geprägt sind.
- Die Sucht ist also zuerst da, dann die Adaption des Menschen an die Sucht, dann die „Sucht-Persönlichkeit“: Kritik meidend, übertrieben (und möglichst zuerst) agierend; zu laut, manchmal zu aggressiv; oder depressiv, weinerlich und zurückgezogen; die Sucht leugnend, herunterspielend, überdeckend; schließlich lügend, alles dem Suchtdruck unterwerfend.
- Warum diese enorme Veränderung? Warum stellen sich viele Menschen nicht ihrer Sucht?
- Weil es etwas gibt, das noch schlimmer wäre, als sich der schlimmen Wahrheit zu stellen: Ich bin abhängig, bin süchtig?

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

3

Ist Fred eine Sucht-Persönlichkeit?

- Fred ist ein kompetenter, sehr netter, witziger Sporttrainer, etwas „macho“.
- An manchen Tagen kommt er unrasiert, mit fleckigem Shirt, nach Alkohol und Nikotin riechend, zur Arbeit.
- Dann ist er noch „witziger“, noch mehr „macho“, weniger kompetent.
- Wenn er kritisiert, entschuldigt er sich sofort, passt sich an, vermeidet Blickkontakt.
- Alles an ihm drückt aus: „Sprich mich bloß nicht auf etwas Kritisches an mir an.“

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

4

Sucht und Trauma – eine häufige Verbindung!

- Die Biographien von Suchtmittelkonsumenten sind häufig durch Bindungstraumatisierungen, wie Gewalt oder Vernachlässigung durch nahe Bezugspersonen geprägt. (Teunißen und Schäfer, 2009)
- „Im klinischen Alltag sind Zusammenhänge zwischen Suchtkrankheit und Traumatisierung evident. Sowohl alkoholranke Patienten als auch illegal Drogenabhängige berichten von traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend im Kontext ihrer Suchtkrankheit.“ (Sachsse 2004, S. 372)

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

5

Zahlen

- 53% von 900 Frauen in stationärer Sucht-Reha hatten körperliche Gewalt, 34% sexuelle Gewalt, 48% seelische Gewalt **in der Kindheit** erlitten (Zenker et al, 2002; s. auch Kemmner et al., 2004; Thiel et al., 2006).
- Ambulante Daten (Basis 12.000 beratene Personen in Hamburg): Jede dritte alkoholabh. Klientin, jede zweite drogenabh. Klientin hatte sexuelle Gewalt erfahren (Neumann et al., 2004)
- Opiat- bzw. Mehrfachabhängige: 25-40 % der männl., 50-60% der weibl. Personen hatten sexuelle Gewalt in der Kindheit erlitten. (Schäfer et al., 2000; Schmidt, 2000).
- Die Zahlen sind noch sehr viel höher, wenn auch die Gewalterfahrungen als jugendlicher oder erwachsener Mensch hinzugerechnet werden.

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

6

Wer frühe Gewalt erlebt hat und eine Sucht entwickelt

- ... wird in jüngerem Alter bereits abhängig, beginnt auch die erste Behandlung früher (Schäfer et al., 2007; Zenker et al., 2002),
- ... wird auch später im Leben häufiger Opfer von Gewalt (Kemmer et al., 2004, Zenker et al., 2002),
- ... hat mehr Suizidversuche hinter sich und mehr psychiatrische Diagnosen (Krausz et al, 2002; Schäfer et al, 2007)
- ... schafft seltener nach Therapie-Ende eine beruflich-schulische Integration; erreicht insgesamt weniger Verbesserung durch den Aufenthalt in der Suchtbehandlung (Thiel u. Szymalla, 2006).

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

7

PTBS-Kriterien nach DSM

- **A** einem seelisch und/oder körperlich todesnahen Ereignis ausgesetzt gewesen sein.
- **B** Wiedererleben (von Teilen) des Traumas
- **C** Vermeidung und seelische Betäubung
- **D** Erhöhtes physiol. Erregungsniveau
- **E** o.g. Symptome länger als 1 Monat
- **F** Symptome verursachen erhebliches Leid

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

8

Von Suchtabhängigen haben eine PTBS (aus Kindheitstrauma!):

- 9% der männl. u. 22% der weibl. PatientInnen im Alkoholentzug (N=128; Kutscher et al., 2002);
- 11% der männl. u. 26% der weibl. PatientInnen im Alkoholentzug (N= 100; Schäfer et al., 2007);
- Durchschnittlich 15% in ambulanten und stationären Suchttherapie-Einrichtungen, davon 30% bei Drogenabhängigen, 34% bei Mehrfachabhängigen (Driessen et al, 2008).
- Personen mit PTBS waren sign. jünger bei Beginn der Abh., hatten mehr Voraufenthalte, größere Schwere der Abh., mehr aktuellen Suchtdruck, waren stärker psychisch beeinträchtigt (ders.)

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

9

Substanzmissbrauch im DSM-IV

Ein „unangepasstes Muster von Substanzgebrauch“ das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Es muss innerhalb des letzten Jahres

- zu wiederholtem Gebrauch gekommen sein, der häufig zu einem
- Versagen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führte oder
- zu einer körperlichen Gefährdung oder
- zu wiederkehrenden Problemen mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Konsum oder
- zu fortgesetztem Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme (ebd., S. 239).

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

10

Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 und Substanzabhängigkeit nach DSM-IV

- Starkes Verlangen od. Zwang, die Substanz zu konsumieren
- Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch
- Körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- Einengung auf den Substanzgebrauch oder
- Anhaltender Gebrauch trotz schädlicher Folgen.

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 11

Probleme mit Diagnosen

- Sie sind moralisch, enthalten unhinterfragte Kriterien und Verurteilungen.
- Es braucht also eine subjektivere Definition.
- Die ist auch nicht so einfach zu finden.

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 12

Vom einzelnen Leid ausgehen – ein subjektiver Definitionsversuch

- „Sucht besteht, wenn ein Mensch regelmäßig sein Körpergefühl manipulativ verändert, um als unerträglich empfundene emotionale Spannungen nicht wahrnehmen zu müssen.
- Er benutzt dazu Gegenstände mit geeigneter Eigenwirkung.
- Diese Art der Selbstmanipulation ist lebensgeschichtlich erworben.
- Die unerträglichen Spannungen sind im Zusammenhang innerer und äußerer Notlagen entstanden und können nicht willkürlich beherrscht werden.“ (Voigtel, 2001, S. 97).

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

13

Epidemiologie nach Substanzabhängigkeits-Kriterien des DSM

- 8 Prozent aller deutschen Erwachsenen sind suchtabhängige RaucherInnen (3,9 Mio). (Von denjenigen, die eine PTBS – Lebenszeitprävalenz 2-7% der Bevölkerung - haben, schaffen nur 5% den Entzug!)
- 3,1 % sind Alkohol-abhängig (1,5 Mio)
- 2,9 Prozent sind Medikamenten-abhängig (1,4 Mio)

(Quelle: Kraus/Augustin, 2001)

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

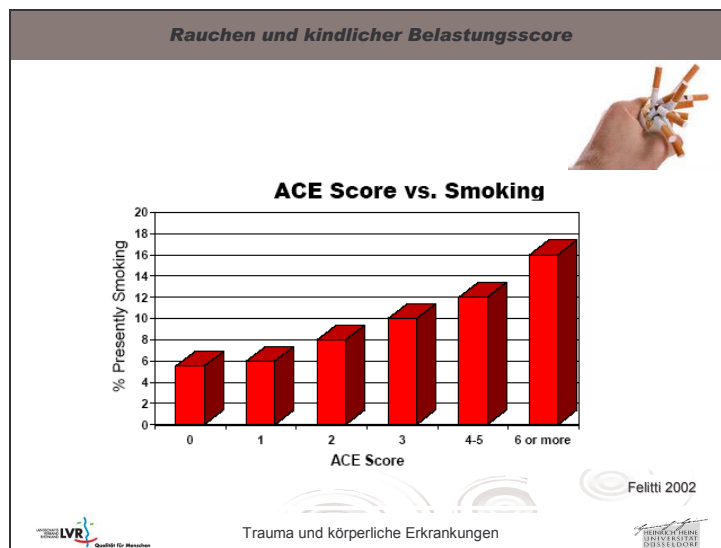
14

Vergleichsweise ein Klacks: Abhängigkeit von illegalen Drogen

- Designerdrogen (Ecstasy etc.), Kokain, Opiate, Cannabis, Amphetamine... alle zusammen:
- Substanzabhängigkeit in der Bevölkerung 0,6 Prozent (290.000)

(Quelle: Kraus/Augustin, 2001)

23.8.2010Copyright: Michaela Huber15



Einstiegsdroge

- Neben Medikamenten, Koffein und Nikotin vor allem:
- Alkohol. Warum? Er ist
- Leicht verfügbar, kostengünstig, enthemmend, aggressions-, aber auch schlaffördernd, angstlösend und sedierend.

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 17

Das Suchtgedächtnis

- Süchtiges Verhalten wird gelernt und gespeichert und ist danach relativ fixiert.
- Bereiche des Suchtgedächtnisses:
- die Reizkonstellation als Auslöser süchtigen Verhaltens,
- der Konsumeffekt bzw. die erlebte Substanzwirkung,
- der Verhaltensantrieb, d.h. das unwiderstehliche Verlangen nach der Droge,
- die Reflexion/Rechtfertigung des eigenen Drogenkonsums (vgl. Trepper 2001, zit.n. Kufner, 2002)

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 18

PTBS u. Sucht: Schmerz hilft und Hilfe schmerzt

- „Da diese Patienten unaushaltbare Körperempfindungen und Gefühle haben, dissoziieren sie diese; gleichzeitig verspannt sich ihr Körper und wappnet sich.... Sie scheinen in der Annahme zu leben, dass es jederzeit wieder zur Überwältigung kommen kann. Und so verlassen sie sich lieber auf Medikamente, Drogen und Alkohol....“ (v.d.Kolk, 2001)

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

19

PTBS *und* Suchtabhängigkeit – extrem, weil

- Schwerere Formen der Psychopathologie;
- Mehr gravierende Symptome in jeder der beiden Störungen
- Mehr existenzielle Stressfaktoren: mehr medizinische Probleme, mehr Arbeitsunfähigkeit, häufigere Verurteilungen, längere Abh. vom Gesundheitswesen
- Schlechtere Stressbewältigung, höhere Drop-Out-Raten bei Therapien
- Als bei jeder der beiden Störungen allein.
(Meichenbaum, 2003)
- Mehr psychische und medizinische Komorbidität, incl. HIV, schlechteres Funktionsniveau incl. Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit; weniger Compliance in Therapien, weniger Therapieerfolge (zus.: Brown & Ouimette, 2003)

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

20

Warum ist das so? 3 Hypothesen:

1. **Selbstmedikation:** Wer eine PTBS hat, benutzt psychoaktive Substanzen, um leiderzeugende Symptome unter Kontrolle zu bringen
2. **Hochrisiko:** Drogengebrauch ist ein Hochrisikoverhalten, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, traumatisiert zu werden.
3. **Empfindlichkeit:** Drogenbenutzer bekommen nach der Exposition mit Trauma-Reizen eher eine PTBS

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 21

Welche Hypothese hat sich bestätigt?

- Sowohl in Prävalenz- wie in den (bislang wenigen) prospektiven Studien hat sich nur die Selbstmedikations-Hypothese als statistisch signifikant erwiesen, wobei Hinweise darauf gibt, dass auch 2. und 3. einige Bedeutung haben.
- Damit ist das Suchtverhalten vor allem eins: ein Versuch, die unterträglichen PTBS-Symptome in den Griff zu bekommen bzw. sich davon zu entlasten/befreien („endlich mal es nett haben“)

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 22

Symptome von Suchtdruck?!

- Angstzustände und erhöhte Schreckhaftigkeit
- Alpträume und Schlafstörungen
- Häufiges Wiedererleben von Teilen des Traumas; u. a. Schmerzen...
- Vermeidung von Trauma-Reizen
- Empfindungslosigkeit, Losgelöstsein, Einsamkeit, Entfremdung, Kontaktscheu
- Umwelt, Körper u. Gefühle nicht richtig wahrnehmen - dissoziieren
- Konzentrations- und Leistungsstörungen
- Gereiztheit und Impulsdurchbrüche

(Symptome der Posttraumatischen Belastungsreaktion!)

Ergo gilt bei PTBS und Sucht: Der Körper erinnert sich, sobald die Substanzwirkung nachlässt ? der Suchtdruck steigt!

23.8.2010Copyright: Michaela Huber23

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Folge von – oft frühem - Langzeittrauma)

1. Störungen v. Gefühlszuständen und Impulsen (keine Kontrolle darüber...); in der Folge oft Süchte
2. Dissoziative Störungen (Gedächtnislücken, Entfremdungserleben, getrennte Anteile...)
3. Störungen der Selbstwahrnehmung (Gefühl des Opferseins, Schuld, Scham, unzureichende Selbstfürsorge)
4. Störungen in der Beziehung zu anderen
5. Somatisierung (mal zuviel, mal zuwenig fühlen...)
6. Veränderung von Lebenseinstellungen (es gibt keinen guten Gott, oder zynisch sein, oder dem Bösen in sich nachgeben, oder das Gefühl, bald sterben zu müssen...)

23.8.2010Copyright: Michaela Huber24

**Wie kann „man sich“ (unter Kontrolle)
bekommen?**

- Dissoziation bei Komplextrauma: Zustände integrieren nicht, sondern trennen sich weiter.
- Kl. muss lernen, sich „nach innen zu wenden“ und eigene (erwachsene) Hilfsstrukturen aufzubauen (Selbstfürsorge etc.) – in sicherer und freundlicher Begleitung.
- HelferInnen: Seien Sie lieber „Coach“ als „Mama“ !
- Wir tun gut daran, mehr an der Struktur (dem „inneren Gewebe“ der Persönlichkeit), als am Inhalt (des Traumas) interessiert zu sein!
- Denn dem Körper ist es egal, ob die Situation so oder so war, er erinnert sich an Todesangst, Schmerzen, Einsamkeit und Verrat...!

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 25

**Traumatherapie und Suchttherapie müssten
besser zusammen arbeiten!**

- Häufig wird die Würde der suchtabhängigen Menschen nicht gewahrt, weil man sie hart behandelt und z.B. bei Rückfall aus Entzugsprogrammen hinauswirft, ohne zu sehen, wie es Ihnen geht – das „Programm“ scheint wichtiger zu sein als die Menschen. (s. auch Reddemann, 2009)
- Bislang unzureichende Zusammenarbeit von Beratung und Therapie im Sucht- bzw. Traumabereich.
- Bei PTBS und Sucht kann Erfolg davon abhängig sein, dass „Zug um Zug“ gearbeitet wird: Ressourcen verankern, Distanzieren von Traumamaterial und sichere Bindungserfahrung verbessert Prognose der Suchttherapie!

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 26

Traumatherapie bei/mit/trotz Sucht!

- Wissen darum, das die gesamte Persönlichkeit durch extremen Stress (Trauma) leidet: Strukturelle Dissoziation!
- Bindungsthemen! (Täterkontakt, Bindungsstörung; auch in der Beziehung zu HelferInnen Übertragung/-Gegenübertragung beachten!)
- Sucht: Stresstoleranz allmählich erhöhen; mittleres Stressniveau halten; mit Rückfällen u. Suchtdruck arbeiten.
- Suchtdruck z.B. in eine „Flasche“ (Hase) – Distanzierungstechniken!
- Therapeutisch: Weniger Arbeit mit jedem einzelnen Zustand: weniger „mitgehen“, weniger frei assoziieren...
- Mehr Arbeit mit der Steuerung von Anteilen und (Gefühls-) Zuständen (innere Bühne)
- Wo immer möglich stets ein kleines Stückchen vom Trauma anerkennen und verstehen – gerade bei Langzeittrauma!

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

27

Stabilisierungstechniken

- Schwieriges per Screen (Bildschirmtechnik) in Distanz anschauen.
- „Film“ anschließend wegpacken.
- Tresor oder andere Behältnisse, teils wörtlich (Schublade, Karton etc.)
- Achtung: Sehr früh traumatisierte können zunächst fast nicht imaginieren, sie müssen alles konkretistisch tun, bevor sie imaginieren können!
- Auch: Garten, sicherer Ort, sichere Aktivität...


23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

28

**Arbeit auf der inneren Bühne mit allen
Zuständen, auch denen der Sucht bzw. des
Suchtdrucks**

**Warum? Weil es bei
Komplextrauma nichts
„Eigentliches“ gibt, sondern viele
unterschiedliche Zustände!**



23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 29

Darf es sich verändern?

- Verhandlungen mit Anteilen: Wie viel kann toleriert werden?
- Erkenntnis: Wut tut gut – wenn sie selbstverteidigend ist und nicht auf Schwächere „drauf geht“.
- Täterintrojekte erst in Mahner, Warner, Kritiker, Wächter, später in Beschützer verwandeln. Auch sie sind innere Kräfte (Ressourcen).
- Parallel: Was man schon mal gut konnte, insgesamt wieder aufforsten bzw. verbessern!

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 30

Selbstverletzung/Sucht beenden:

- „Ist es ‚jemand‘, der/die schneidet, säuft, kotzt, drückt? (EP identifizieren, abschirmen etc.)
- Schnelle Eingreiftruppe gegen Stress bilden
- Innere Rettungsaktion.
- Gefährdete Anteile „in den Hintergrund“.
- Training per Bildschirm-Technik ...

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 31

**Bindungsstörung
überwinden: Aufbau einer
wunderbaren
Freundschaft...**

Warum? „Allein machen sie dich ein!“
Allein geht man vor die Hunde, aber
ein/e FreundIn oder gute Bekannte –
das hilft

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 32

Folie 33


Und was hilft noch?



23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 33

Folie 34

Sichere Orte finden, sich trösten...



23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 34

Folie 35

Wissen, was man will...

„In Gefahr und
großer Not –
bringt der
Mittelweg den
Tod“ ?

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 35

Folie 36

Gefahren rechtzeitig erkennen...

23.8.2010 Copyright: Michaela Huber 36

Was kann es bringen?

- Symptome gehen zurück; Stressgefühle auch.
- Nach dem X. Rückfall endlich clean.
- Sichere Bindung und gute Beziehungen.
- Funktionsniveau (Job etc.) gehalten oder verbessert.
- Integration/Überblendung/Fusion von Anteilen.
- Cobewusstheit oder sogar einheitliches Ich. Dissoziation und Sucht-Rückfall nur noch als „Notreaktion“.
- „Ganz normale neurotische Konflikte.“
- Manchmal eine große Freude, ein Hologramm-Gefühl. Echte Fähigkeit zu lieben und zu genießen; neu gewonnene Spiritualität/Sinn...

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

37

Das lohnt sich doch, oder?!

- Man braucht allerdings zum Erfolg:
- Eisernen Willen: Ich will das schaffen. (Na ja, eine recht feste Entschlossenheit mit Schwankungen tut es für den Anfang auch 😊)
- Viel Geduld, immer wieder.
- Sichere und vertrauensvolle Beziehung/en.
- Kompetente HelferIn/TherapeutInnen, die ihrerseits wissen, dass man durchhalten muss, und die freundlich und ermutigend bleiben.
- Dann kann das Leben ziemlich nett werden...
- Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

23.8.2010

Copyright: Michaela Huber

38