

Trauma und Sucht – eine häufige Verbindung!

- Michaela Huber
- www.michaela-huber.com

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 1

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.[...] Obwohl es genügend klinische Hinweise auf den Zusammenhang zwischen traumatisierenden Kindheitserfahrungen und späterer Suchtentwicklung gibt, sind empirische Studien hierzu nicht sehr zahlreich.“ (Sachsse 2004, S. 372)

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 2

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).

28.10.2009Copyright: Michaela Huber3

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.

28.10.2009Copyright: Michaela Huber4

Probleme mit Diagnosen

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

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 5

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).

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 6

Epidemiologie nach Substanzabhängigkeits- Kriterien des DSM

- 8 Prozent der 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)

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

7

Vergleichsweise ein Klacks: Abhängigkeit von illegalen Drogen

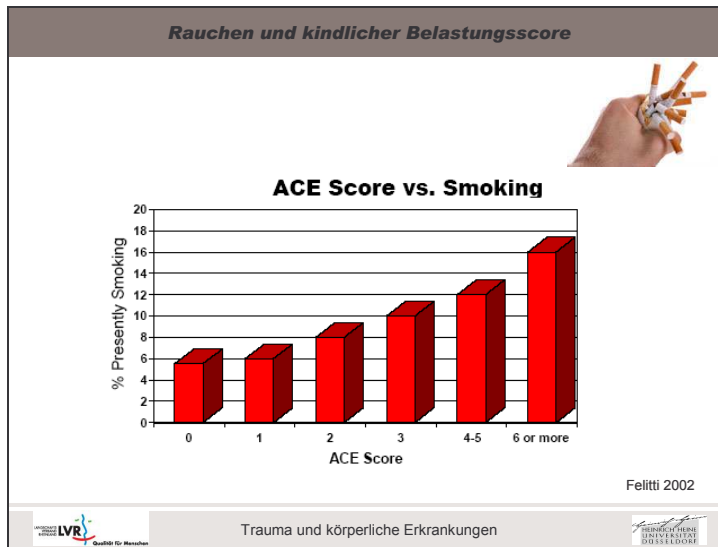
- Designerdrogen (Ecstasy etc.), Kokain, Opiate, Cannabis, Amphetamine... alle zusammen:
- Substanzabhängigkeit in der Bevölkerung 0,6 Prozent (290.000)

(Quelle: Kraus/Augustin, 2001)

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

8



Einstiegsdroge

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

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 10

Sensitivierung

- Bei mehrfacher Einnahme sensitivieren Substanzen mit Abhängigkeitspotential das Belohnungssystem, dessen Reagibilität verstärkt wird, so dass zunehmend positive Verstärkereffekte auftreten (Rommelspacher 1999, S.33).
- Diese Sensitivierung bedeutet eine qualitative und/oder quantitative Veränderung einzelner Substanzwirkungen.
- Quantitative Veränderung z.B: Vergrößerung des maximal erreichbaren Effekts (intensiverer Rausch),
- Qualitative Veränderung: Zunahme stereotyper Verhaltensweisen bei chronischem Konsum.
- Die Sensitivierung erfolgt vermutlich unter Beteiligung der Amygdala. (!) (vgl. Köhler 2000, S 61)

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 11

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. Tretter 2001, zit.n. Kufner, 2002)

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 12

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

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

13

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)

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

14

PTBS, Geschlecht und Komorbidität

Große am. Untersuchung: Kessler, 1995:

- 88 % der Männer und 79% der Frauen mit PTBS haben Co-Morbiditäten.
- Frauen: schwere depressive Störungen (49 %); Phobien (29/28%); Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (28%); Drogenmissbrauch und –abhängigkeit (27%)
- Männer: Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (52%); schwere depressive Störung (48%); Verhaltensstörung (43%); Drogenmissbrauch und –abhängigkeit (35%), Phobien (31%)

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

15

Art der Traumatisierung und Art der Sucht (1)

- Opfer sexueller Gewalt entwickeln vermehrt Alkoholmissbrauch und – Abhängigkeit.
- Frauen, die sex. Gewalt erlebt haben, entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit als nicht Betroffene.
- Erhöhter Drogenkonsum = erhöhte Gefahr der Viktimisierung!

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

16

**Art der Traumatisierung und Art der Sucht
(2)**

Männer und Drogen:

- ¾ aller Drogenabhängigen sind Männer.
- 50% von ihnen haben sexuelle Gewalt erlebt.

Themen müssten also sein:

- Gendersensible Berücksichtigung traumatischer Ereignisse und
- Aufarbeitung dieser Erfahrungen, insb. sexuelle Gewalt. (Boldt, 2009)

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 17

**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)

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 18

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

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

19

Welche Hypothese hat sich bestätigt?

- Sowohl in Prävalenz- wie in den (bisher 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 unerträglichen PTBS-Symptome in den Griff zu bekommen bzw. sich davon zu entlasten/befreien („endlich mal es nett haben“)

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

20

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: Der Körper erinnert sich!

28.10.2009Copyright: Michaela Huber21

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...)

28.10.2009Copyright: Michaela Huber22

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...!

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 23

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 völlig 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!

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 24

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 überhaupt!
- 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!

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

25

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...

28.10.2009

Copyright: Michaela Huber

26

**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!**

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 27

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!

28.10.2009 Copyright: Michaela Huber 28

