

# Trauma und Sucht: Von der Selbstmedikation zur Heilung

Michaela Huber

[www.michaela-huber.com](http://www.michaela-huber.com)

# Sucht - eine „gute“ Tradition?

- „Es gibt kein Bier auf Hawaii, es gibt kein Bier...“
- „Schütt die Sorgen in ein Gläschen Wein, deinen Kummer schütt auch mit hinein, und dann eins-zwei-drei...“
- „Darauf einen Dujardin“
- „Halt, mein Freund, wer wird denn gleich in die Luft gehen! Greife lieber zur HB, dann geht alles wie von selbst!“

# Wer wird denn gleich...

# Und heute?

# Trauma, Sucht – und Bindung

- „Wie Studien zeigen, beginnt die Sucht oft damit, dass großer Stress, wie er etwa durch schwierige psychische Entwicklungsbedingungen, traumatische Erfahrungen, unlösbare Konfliktsituationen und Ähnliches entstehen kann, nicht mehr gelöst werden kann.
- Versuchsweise – oft eher zufällig und als „Notlösung“ – wird gegen den Stress ein Suchtmittel eingesetzt, statt eine Bindungsperson zu rufen....
- (So könnte es sein, dass schon) Kinder sehr früh lernen, als Ersatz für eine Bindungsperson auf suchtartige Verhaltensweisen und Suchtmittel zurückzugreifen. Das Suchtmittel wird ... zum „Bindungsperson-Surrogat“.

Karl-Heinz Brisch (Hrsg.): Bindung und Sucht, Stuttgart: Klett-Cotta, 2013, S. 7

# Als Erwachsene krank, als Kind gequält

- Größte repräsentative Bevölkerungs-Studie: ACE (Felitti et al., ab 1998)
- Je ein Punkt für Erfahrungen: Emotionaler, körperlicher, sexueller Misshandlung sowie abrupter Trennung/Tod v. Eltern(teilen); Zeugenschaft daheim von Substanzmittelmissbrauch, psychischer Krankheit, Gewalt an Mutter(ersatz), Kriminalität.
- ACE-Werte hoch signifikant: „Dosisabhängig“ schlimmere seelische und körperliche Folgen sowie Hochrisiko-Verhalten; vorzeitiger Tod.
- Derart (s.o.) aversive Kindheitserfahrungen sind für 50 – 75 % der Depressionen, Suizidversuche, Drogen-, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung verantwortlich (Michaud et al., 2006).

# Was macht extremer Stress mit Kindern?

## Kaskadenmodell von Teicher (ab 2000):

1. Wiederholte frühe Stresserfahrung verändert die Stress-Reaktionssysteme von Grund auf (epigenetische Veränderung, u.a. des Glukokortikoid-Rezeptor-Gens); das bewirkt
2. Veränderungen in der Genexpression, Myelinisierung, neuronaler Morphologie (Bsp. PFC), Neurogenese und Synaptogenese.
3. Das „Timing“ der Schädigung ist wichtig.
4. Dauerhafte Konsequenzen: Schädigungen des Neokortex (v.a. links), verminderte Integration der beiden Großhirnhälften, gesteigerte elektr. Reizbarkeit der Schaltkreise im limbischen System...
5. Schwere (psychiatrische) Folgen wie PTBS, manifeste Suchterkrankungen u. Depression treten oft erst später auf, so dass gilt:
6. Je früher eingreifen, desto besser!

# Nicht das Trauma macht krank, aber die PTBS!

- Trauma = giftiger Stress, bei und nach seelischer und/oder körperlicher Todesnähe
- Zwei Drittel schaffen es sogar nach Trauma, den Stress ohne gravierende Probleme zu verarbeiten
- Bei sexueller Gewalt und Folter (incl. Psychischer Sadismus) sind es weniger als die Hälfte. Trotzdem: Wer die Erfahrung verarbeiten kann, wird nicht krank!
- Was hilft: Alle Zustände durchlassen, ohne darin stecken zu bleiben; gute, vertrauensvolle Beziehungen; Ruhe danach und Rückkehr zum „normalen“ Leben mit weniger Stress...
- Doch wer eine PTBS bekommt, hat viel Komorbidität!!
- Also: Die PTBS macht krank, nicht das Trauma (Spitzer, 2006)



# PTBS-Kriterien nach DSM

- *A* einem seelisch und/oder körperlich todesnahen Ereignis ausgesetzt gewesen sein, wie Fronteinsatz, körperliche und/oder sexuelle Attacke oder Naturkatastrophe – DSM V auch: Bindungstrauma!!
- *B* Wiedererleben des Traumas
- *C* Vermeidung und seelische Betäubung
- *D* Erhöhtes physiol. Erregungsniveau
- *E* o.g. Symptome länger als 1 Monat
- *F* Symptome verursachen erhebliches Leid

# Störungen des Suchtmittelmissbrauchs und der Suchtabhängigkeit (SUD)

- Beinhalten ein Cluster von kognitiven, physiologischen und Verhaltens-symptomen sowie dysfunktionalen Mustern des Substanzmittelgebrauchs
- Physische: Toleranz, Entzug...
- Psychosoziale: vermehrt Zeit für die Beschaffung; eingeschränktes soziales, Arbeits- oder Erholungs-Verhalten. (APA, 1994)

# PTBS *und* SUD – verheerend, 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)

# Warum ist das so? 3 Hypothesen:

1. **Selbstmedikation:** Wer eine PTBS hat, benutzt psychoaktive Substanzen, um leiderzeugende Symptome unter Kontrolle zu bringen
2. **Hochrisiko:** Suchtmittelgebrauch ist ein Hochrisikoverhalten, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, traumatisiert zu werden. (Bes. bei Drogen)
3. **Empfindlichkeit:** Benutzer von Suchtmitteln bekommen nach der Exposition mit Trauma-Reizen eher eine PTBS

# Welche Hypothese hat sich bestätigt?

1. 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.

# Wieso Selbstmedikation durch Suchtmittel? Der Körper im und nach Trauma

- Durch extremen Stress gerät das Gehirn und das Autonome Nervensystem in extreme Zustände, die dem Überleben dienen. (Neurobiologische Erkenntnis)
- Diese Zustände nennt man in der Strukturellen Dissoziationstheorie (v.d.Hart et al., 2008) EPs: Emotionale Persönlichkeitsanteile. Sie sind mit existenzieller Einsamkeit, „Abgeschaltetsein bzw. Verzweiflung verbunden.
- In der körperlichen oder seelischen Todesnähe entsteht ein „rein funktionierender“ Teil, der wirkt wie ein „normales Alltags-Ich“ und Bindung aufrecht halten kann: ein ANP: „Anscheinend normaler“ Persönlichkeitsanteil.
- Nach dem Trauma können sich die Teile verselbständigen und (manche) EPs und ANPs können zur Selbstregulation Suchtmittel konsumieren; manche werden davon abhängig, andere nicht.

# Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Folge von frühem Langzeittrauma)

1. Störungen v. Gefühlszuständen und Impulsen (keine Kontrolle darüber...); Süchte, Selbstverletzungen
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. Negative Lebenseinstellungen (es gibt keinen guten Gott, oder zynisch sein, oder dem Bösen in sich nachgeben, oder das Gefühl, bald sterben zu müssen...)

## Die Folgen: Man hat „sich“ nicht (unter Kontrolle)

- 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...!



Nach dem Leid gilt es viel zu lernen, um ohne Sucht zu leben...



# Traumatherapie bei/mit/trotz Sucht!

- Wissen, dass es um die gesamte Persönlichkeitsstruktur geht. Daher: Zug um Zug arbeiten!!
- Bei Sucht sind ANP und EP u. U. in 3 verschiedenen States: Nüchtern (ANP), Craving (ANP-EPs), intoxiziert (ANP, EPs)
- Bindungsstörung beachten: Täterkontakt, eigene Täterschaft; Neigung zu Abbrüchen....
- Bei Sucht: Stresstoleranz allmählich erhöhen; mittleres Stressniveau halten; mit Rückfällen u. Suchtdruck arbeiten.
- Therapeutisch: Skills, aber: Mit „wem“ arbeitet man? Auf Wechsel von Ego-States achten, innere Verhandlungen!
- 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!
- Wir brauchen Geduld, stabile Arbeitsbedingungen, verlässliches Bindungs-Angebot und ein gutes Helfernetz!

Und immer wieder: Erfolge feiern!  
Danke für die Aufmerksamkeit!