

Trauma, Sucht und Stabilisierung

Dr. Wibke Voigt, Dortmund
Fachklinik St. Vitus, Visbek
Fachklinik Haus Immanuel,
24.11.2010

„Das Thema (dieses Buches) ist überfällig. Es gehört zu den im Rückblick unverständlichen Realitäten unseres Wissenschafts- und Versorgungssystems, dass eine offensichtliche Koinzidenz über Jahrzehnte erkannt, aber nie beachtet wurde. Menschen, die oft unglaubliche Leidensgeschichten durchlebt haben, erhalten nur im Ausnahmefall die Unterstützung, die sie bräuchten, um von den eigenen, oft untauglichen Bewältigungsstrategien zu lassen.“

Ingo Schäfer, Michael Krausz 2006

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

„Vielmehr wird oft die Motivations- und
Behandlungsschwelle so hoch wie
möglich gelegt, statt alle
Behandlungssettings, von der Entgiftung
bis zur Notfallversorgung, zu nutzen, um
ein Umlernen zu unterstützen.“

Ingo Schäfer, Michael Krausz 2006

„Es ist ebenfalls prototypisch für unser Versorgungssystem, dass die Veränderungsimpulse aus dem klinischen Bereich kommen von engagierten Therapeutinnen wie Luise Reddemann,..., während sich die offizielle Forschungsförderung und psychiatrische Wissenschaft diesen klinisch so relevanten Fragen bisher nur auf sehr begrenztem Niveau zuwendet.“

Ingo Schäfer, Michael Krausz 2006
wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Was erwartet Sie?

- Teil 1: Was ist ein Trauma?
- Teil 2: Stabilisierungstechniken:
 1. Erstellen eines Notfallkoffers
 2. Trigger und Gegenmaßnahmen
- Pause: Essen, Trinken und Erholen!
- Teil 3: Sucht und Trauma
- Teil 4: Übung „Innere Helfer“/ evtl. Tresorübung

Belastende Lebenserfahrungen

- Gehören zum alltäglichen Erleben eines jeden Menschen
- Können verarbeitet werden, d.h. im biographischen Langzeitgedächtnis abgelegt werden, weil sie **nicht** die psychische Verarbeitungskapazität übersteigen
- Werden letztendlich zu einer (wenn auch unangenehmen) Erinnerung

Traumatische Erfahrungen

- Gehören auch sehr oft (entsprechend der DSM VI-Kriterien zu 75%) zum „normalen“ Leben eines Menschen
- „Gesunde Normalität“ = Artefakt versus „destruktive Normalität“
- Buddha: „Leiden ist ein Teil des Lebens“

Wodurch entsteht **kein** Trauma ?

- Wenn Sie ärgerlich, traurig oder wütend sind,
- z. B. Sie morgens Ihren Kaffee nicht bekommen oder
- wenn die Geschäftsleitung das Weihnachtsgeld streicht oder
- wenn Sie ein unangenehmes Erlebnis haben

Was kennzeichnet eine traumatische Situation?

- Das (subjektive) Erleben von
 - Todesangst
 - absoluter Hilflosigkeit
 - Kontrollverlust und Ohnmacht

Wodurch kann ein Trauma entstehen ?

- Durch ein überwältigendes, (lebens-) bedrohliches Erlebnis, welches bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorruft, die psychische Verarbeitungskapazität von fast jedem Menschen übersteigt und (Todes)angst, Entsetzen oder Hilflosigkeit auslöst.

Traumatische Erfahrungen

- Übersteigen häufig die psychische Verarbeitungskapazität und können dann **nicht im biographischen Langzeitgedächtnis als normale Erinnerung abgelegt werden**

Was ist ein Trauma ?

- Eine Wunde in der Seele,
- die durch ein (lebens)bedrohliches Ereignis verursacht wurde.
- Eine von außen einwirkende Läsion der seelisch-psychischen Integrität.

Wie reagieren Menschen bei Bedrohung?

- Mit Verteidigung/Kampf
- Mit Flucht (nach außen)
- Mit Flucht nach innen wie
 - Erstarrung
 - Dissoziation
 - Unterwerfung

Eine traumatische Situation

- Ist eine neurobiologische Hochstresssituation, in der akut Neurotransmitter wie Adrenalin, Acetylcholin, Glutamat, später Kortisol in hoher Dosis ausgeschüttet werden.
- Dies kappt die Verbindung zu verschiedenen Kernen im limbischen System, die im Normalfall das Erlebte verarbeiten und ins biographische Langzeitgedächtnis ablegen

Anders ausgedrückt:

Eine traumatische Situation

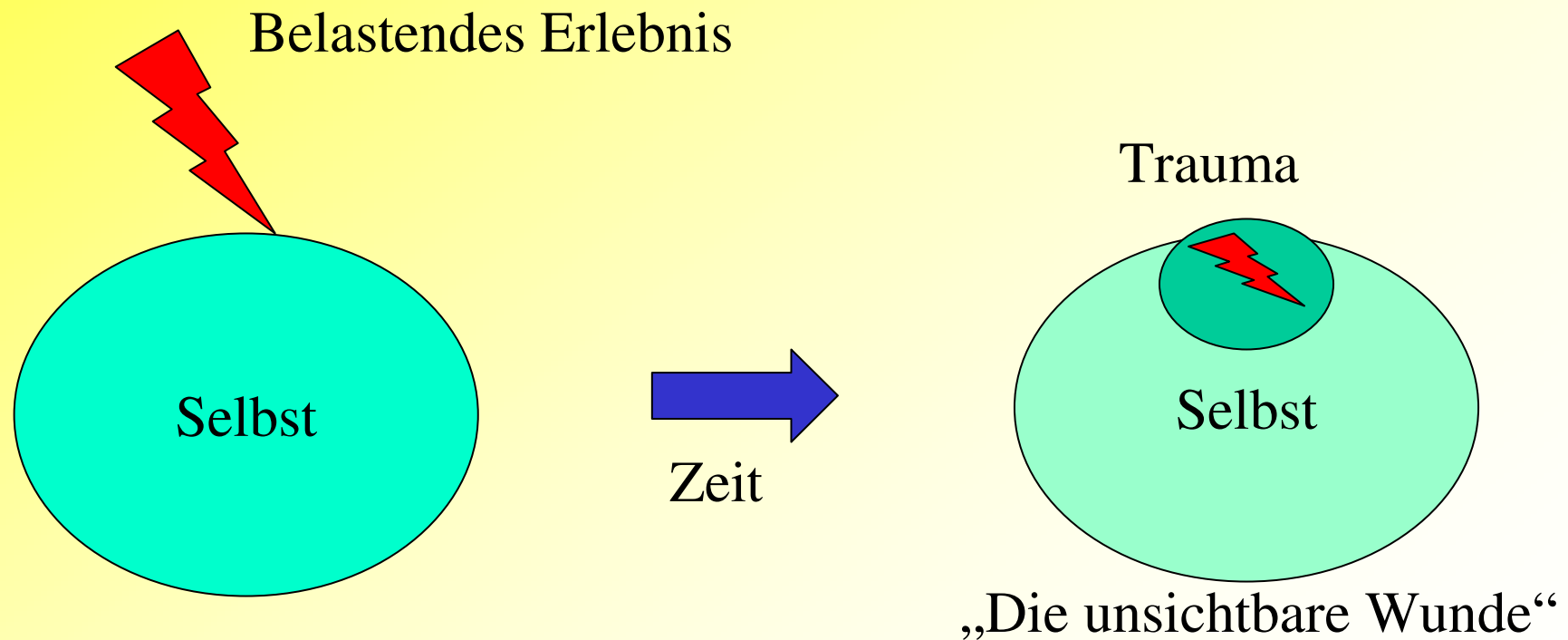
- Kann wie ein „Blitzschlag“ ins Gehirn wirken
- Dann schützt das Gehirn sich und den Körper, indem es teilweise abschaltet:
„die Sicherung fliegt raus“
- Diese Reaktion im Gehirn und im Körper schützt wiederum vor den unaushaltbaren Gefühlen und Schmerzen
- Das ist hilfreich, um die Situation zu überstehen/zu überleben, hat aber Folgen

Was passiert im Gehirn, wenn die Seele verwundet wird?

- Durch die überwältigenden Gefühle kann im Gehirn (limbischen System) das traumatische Ereignis nicht als zusammenhängende Erinnerung ins biographische Langzeitgedächtnis eingespeichert werden, **sondern es fliegt im Gehirn herum wie Splitter eines zerbrochenen Spiegels – ohne Kontrolle.**

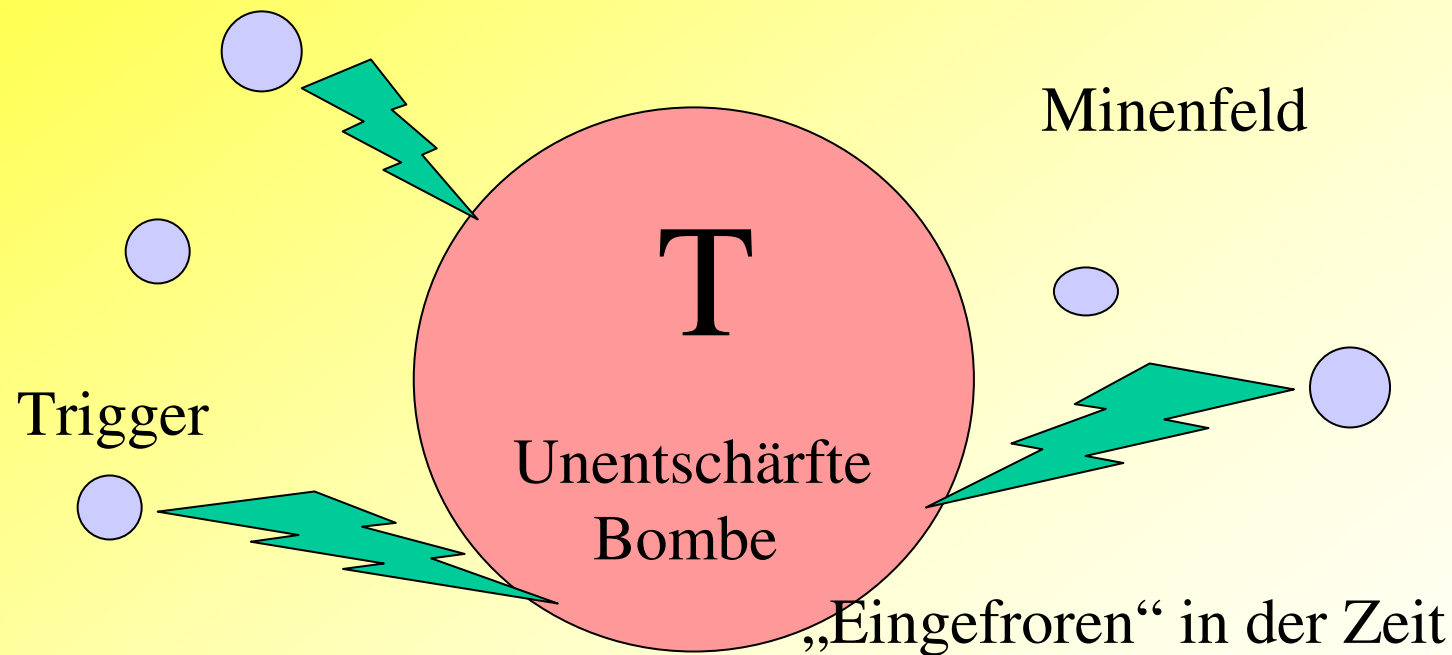
Psychisches Trauma: die unsichtbare Wunde in der Seele

A.Hofmann, W.Kritsberg



Psychoedukation: Trauma

nach Lutz Besser



„Wenn Sie **jetzt** daran denken, **wie belastend** fühlt es sich an“

SUD (Subjective Units of Disturbance) 0 – 10

wibke.voigt@vtus.fachklinik.de

Häufigkeit von Traumata

- 50 – 90% der Menschen haben eine traumatische Erfahrung gemacht
- 15 – 50% entwickeln eine Traumafolgestörung
- 2 – 7% beträgt die Lebenszeitprävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung
- Subsyndromale Störungsbilder sind häufiger

Epidemiologie:

Die Häufigkeit von PTSD ist abhängig von der Art des Traumas

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 20% Prävalenz bei Kriegsopfern
- Ca. 15% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 15% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Erholung von traumatischen Erfahrungen

- 1/3 der Betroffenen erholt sich selbstständig (cave: keine Unterscheidung der Traumata)
- 1/4 Spontanerholungen bei Vergewaltigungen
- Nach Folter fast nie Spontanerholung
- 1/3 der Betroffenen erscheint wieder gesund; jeder einzelne kann aber bei erneut belastender Situation (Trigger: Ohnmacht/Hilflosigkeit) dekompensieren und eine Traumafolgestörung entwickeln

Typologie von Traumatisierung

- Apersonale Traumen
- Personale Traumen
- Einmalige und überraschende Traumatisierungen
- Langanhaltende und kumulative Traumatisierungen

Einteilung der Traumata

- Typ-I-Traumen: *plötzlich, unvorhergesehen, einmalig*
 - apersonal : Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle
 - personal: räuberische Überfälle, Vergewaltigung, plötzlicher Verlust einer Bezugsperson
- Typ-II-Traumen: *chronisch-kumulativ*
 - politische Gewalt: Krieg, Folter, Geiselnahme, Konzentrationslagerhaft
 - personaler Nahbereich: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Verkehrsunfälle
- Arbeitsunfälle
- Technische Katastrophen
- Kriminelle Gewalttaten (z.B. Überfall, Vergewaltigung)

Länderdauernde/wiederholte Traumen (Typ-II-Traumen)

- Geiselhaft
- Mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- Wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie Vernachlässigung

Menschlich verursachte Traumata („man made disaster“)

- Sexuelle und körperliche Misshandlung in der Kindheit
- Kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigung
- Kriegserlebnisse
- Zivile Gewalterlebnisse (Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungshaftlager)

Objektive Risikofaktoren

- Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses
- Wiederholtes Ausgesetztsein
- Ausmaß der physischen Verletzung
- Durch Menschen verursachte Traumatisierung (man made disaster)
Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Objektive Risikofaktoren

- Intentionalität
- Irreversibilität der erlittenen Verluste
- Höhe der materiellen Schädigung
- Ständiges Erinnerungwerden an das Geschehen
(Triggerung)

*Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und
Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag*

Subjektive Risikofaktoren

- Unerwartetes Eintreten des traumatischen Ereignisses
- Geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen
- Schuld erleben
- Ausbleiben fremder Hilfe

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Individuelle Risikofaktoren

- Jungendliches oder hohes Alter
- Zugehörigkeit zu einer Randgruppe
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Psychische und körperliche Vorerkrankungen
- Familiäre Vorbelastungen mit traumatischen Erfahrungen

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Ressourcen schützen

- Sich geliebt fühlen und lieben zu können
- Eine gute Bindungsfähigkeit
- Optimismus
- Ein vorhandener Zukunftsentwurf
- Wenn eine Belastung als Herausforderung gesehen werden kann
- Eine Werteorientierung *nach Jochen Peichl*

Woran erkenne ich, dass jemand an den Folgen eines Traumas bzw. mehrerer Traumata leidet ?

- An psychischen und körperlichen Symptomen,
- die oft von anderen Menschen zwar wahrgenommen werden, aber nicht eingeordnet werden können (auch von den Betroffenen nicht),
- die häufig dramatische Folgen im Alltagsleben für die Betroffenen haben und
- die Lebensqualität erheblich einschränken.

Was ist eine **Akute Belastungsreaktion** ?

- „Eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“
- Folgende Symptome können auftreten:
Angst, Unruhe, Schlafstörungen, Ärger, Gereiztheit, Rückzug, Depression, sich aufdrängende Bilder oder Geräusche
- Kann mehrere Tage dauern

Was ist eine **Posttraumatische Belastungsstörung** ?

- Übersetzung: nach einem Ereignis, was eine Wunde in meiner Seele verursacht hat, leide ich unter Störungen, die mich belasten.
- Von der Normalität extremer Reaktionen auf abnorme Ereignisse *Willi Butollo*

Charakteristische Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

- Formen des Wiedererlebens des Ereignisses z.B. wiederkehrende **Alpträume** oder ungebetene eindringliche Erinnerungen, sog. **Flash-backs** „Blitz zurück“
- Versuche, die **Erinnerung** an das Ereignis zu **vermeiden** und emotionales Abstumpfen (Hypoarousal, Numbing)
- Eine **permanente Übererregung** (Hyperarousal), die sich z.B. in Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Reizbarkeit, Schlafstörungen zeigt
- Die Symptome dauern länger als 1 Monat

PTSD und wichtige komorbide Krankheitsbilder

- Angststörungen
- Depressive Störungen
- Somatoforme Störungen
- Dissoziative Störungen
- Suchterkrankungen

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Grundsätze der Traumatherapie

- 1. Psychoedukation
- 2. Stabilisierung
- 3. Traumabearbeitung
- 4. Reintegration

Psychoedukation bedeutet:

- Eine Normalisierung des Erlebten durch Erklärung der eventuell auftretenden Symptomatik
- Die Beschreibung der physiologischen Reaktion
- Die Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper
- Die Vermittlung von Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses

Lydia Hantke

Stabilisierung bedeutet:

- Herstellung von äußerer Sicherheit !!!!!!!! (z.B. Beendigung von noch bestehendem Täterkontakt)
- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Aufbau von innerer Sicherheit und Autonomie
- Ressourcenorientierung und –aufbau
- Vermittlung von imaginativen Verfahren
- Organisation von sozialer Unterstützung
- Ausreichende Stabilität ist Voraussetzung für Traumabearbeitung/-konfrontation!!!!!!!!!!!!

Innere Hilfe

- Psychoedukation
- Stressmanagement durch imaginative Techniken, Stabilisierungsübungen
- Ressourcen suchen und verstärken

Stabilisierungsübungen

- *Innere Sicherheit/ innere Stärkung durch positive Gegenbilder:*
 1. Innere sichere Ort
 2. Innerer Garten
 3. Inneres Haus
 4. Baumübung
 5. Schutzmantel
 6. Ei aus Licht

Stabilisierungsübungen

- *Übungen für innere Hilfe/innere Distanzierung*
(“therapeutische Dissoziation“)
 1. Innere Helfer
 2. Innerer Beobachter
 3. Innere Konferenz/Inneres Team
 4. Inneres Gepäck ablegen
 5. Frieden schließen mit sich selbst
 6. Körper-Licht-Meditation

nach Reddemann

Stabilisierungsübungen

- *Distanzierung von negativen Bildern:*
 1. Tresorübung
 2. Bildschirmtechnik
 3. Wand dazwischen ziehen
 4. Übermalen
 5. Lichtstromübung
 6. Gestattete Amnesie
 7. Dimmer einbauen

Innerer Wutort:

Umgang mit Wut/Aggressionen

1. Einen eigenen Ort/Raum für Wut schaffen
2. Der eigenen Wut in der Imagination Ausdruck zu verleihen ist in Ordnung
3. TherapeutIn ist (anfangs) für die Begrenzung zuständig:
„Start...10...9...8...7.....1...Stop.“
4. Wutort verlassen und vollständig in die Realität zurückkehren

Teil 2: Stabilisierungstechniken

Erstellen eines Notfallkoffers

Ziele im Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen

- Erhöhung der Kontrollerfahrung
- Herstellung zusätzlicher (neuronaler und Sinn-) Verbindungen
- Verringerung der Angst
- Verringerung des Erlebens von „Verrücktheit“ durch Information und Erlernen der Selbstwahrnehmung
- Erweiterung der Beziehungsfähigkeit/-erfahrung
- Vorbereitung der Bereitschaft zur Integration

Lydia Hantke

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Flashbacks

- Enkodierung traumatischer affektiver Aspekte über die Amygdala; über eine klassische Konditionierung entsteht ein abnormes neuronales Netzwerk
- Sehr belastende Wiederholungen impliziter sensorischer Erinnerungen an traumatische Ereignisse, die zuweilen mit einer expliziten Erinnerung verbunden sind
- Sie sind von so starken Empfindungen begleitet, dass die Betroffenen die gegenwärtige Realität nicht von der Vergangenheit unterscheiden können – „als ob es jetzt passieren würde“
- Sie können durch exterozeptive (alle 5 Sinnesqualitäten) und/oder durch interozeptive (z.B. Beschleunigung der Herzfrequenz) Systeme ausgelöst werden

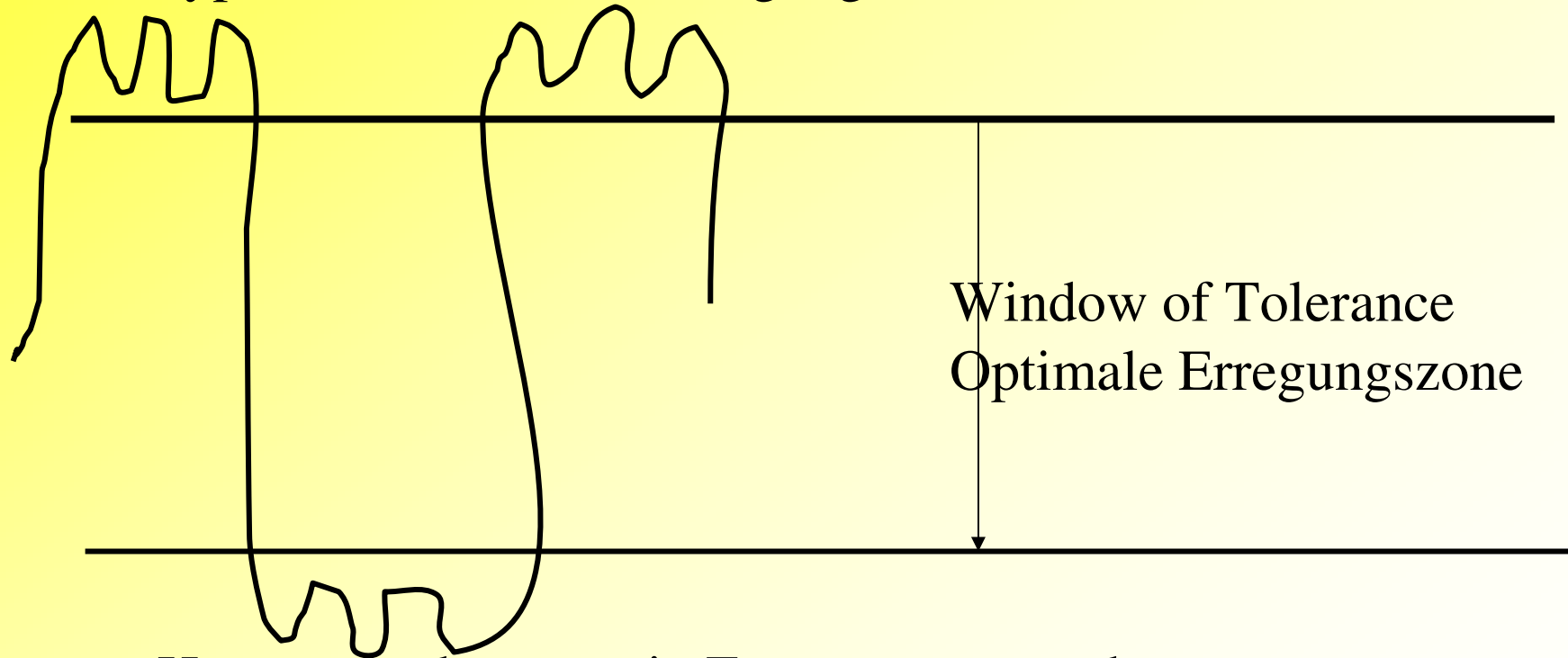
Flashback: Hirndurchblutung im PET

(Positronen-Emissions-Tomographie)

- Ergebnisse von B. van der Kolk/ Rauch:
- Das Gehirn ist fast nur rechts aktiviert
- Cortex und limbisches System rechts sind aktiviert
- Das Brocca- Sprachzentrum (links) ist unterdrückt

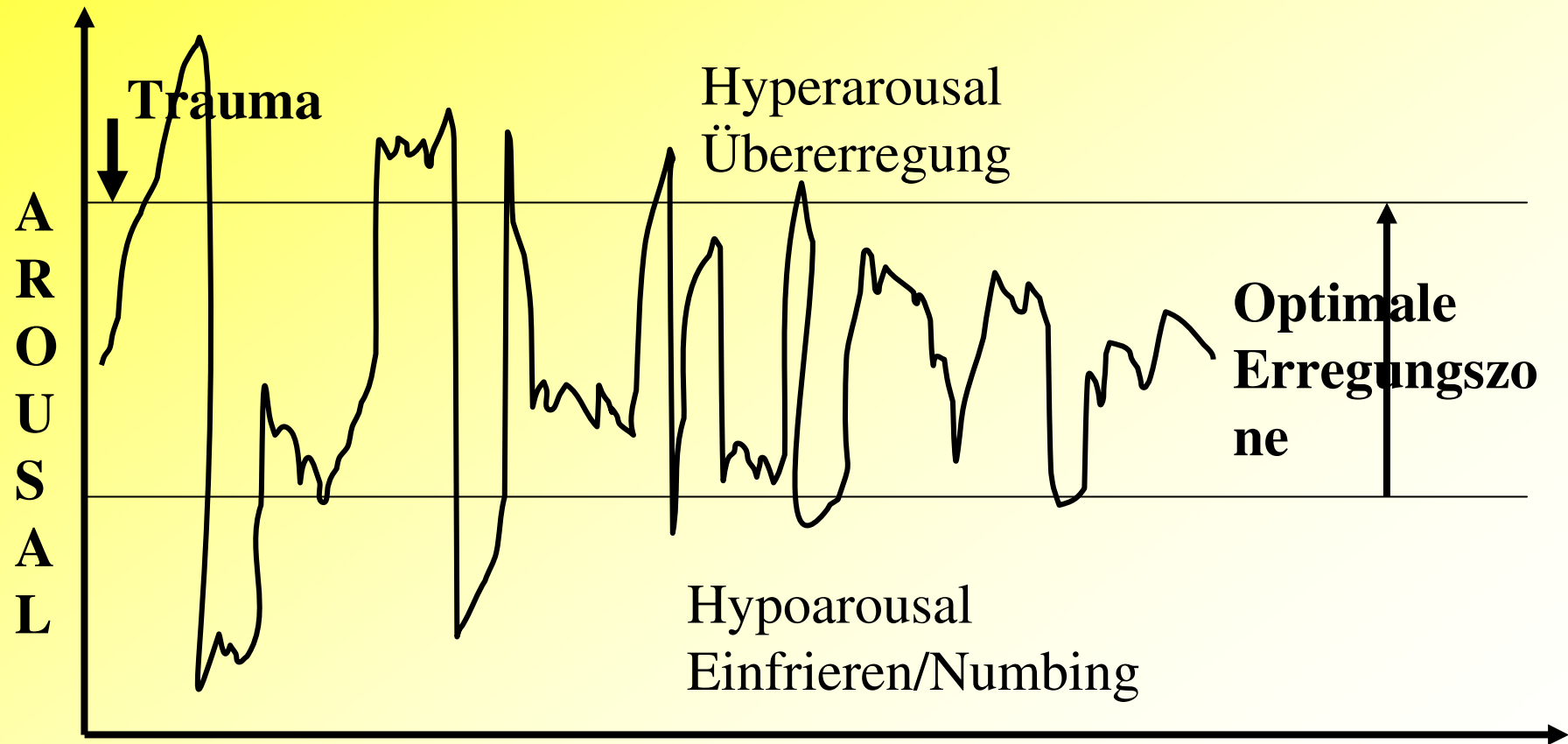
Bi-Phasische Traumareaktion

Hyperarousal: zu viel Erregung, um zu lernen



Hypoarousal: zu wenig Erregung, um zu lernen

Das Arousal-Modulationsmodell: Salutogenese



Zeit in Tagen →

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Odgen and Minton, 2000

Flashback-Stopp

- Bewusstes und energisches **Aktivieren des exterozeptiven Systems** (der 5 Sinne) = Anwenden von Skills sowie
- **Aktivierung des somatischen Nervensystems** (der Skelettmuskulatur) z.B. durch „Grounding“ +
- **Aktivierung des frontalen Kortex** durch innere hilfreiche Sätze wie „Ich bin erwachsen“ „Es ist das Jahr 2010“ „Ich kann mich wehren“ etc. zur Orientierung im **Hier und Jetzt**
- Funktioniert nur, wenn diese (vorher erarbeiteten) Gegenmaßnahmen **täglich geübt** werden und im „Notfallkoffer“ bei sich getragen werden

Notfallkoffer

- Sollte 10 Skills enthalten
- Muss von KlientIn **aktiv** angewandt werden
- Befähigt KlientIn, Flashbacks/ dissoziative Zustände zu verhindern oder rechtzeitig zu stoppen
- Bringt KlientIn aus der Hilflosigkeit heraus
- Gibt ihr/ihm die **Kontrolle** über sich **zurück**
- **Stärkt** damit die erwachsene Seite

Erstellen eines Notfallkoffers

Trigger = Auslöser

- **Was** können sie auslösen?
Flashbacks, dissoziative Zustände oder einen Wechsel zu einem anderen Persönlichkeitsanteil (ANP/EP, EP/EP etc.)
- **Wie** lösen sie aus?
Über das exterozeptive und das interozeptive System, über Gedanken, über ähnliche Situationen
- **Warum** lösen sie aus?
Weil sie klassisch konditionierte Stimuli sind

Gegenmaßnahmen

- Sollen die KlientIn befähigen, sich den Triggern zu stellen, indem sie sich aktiv im Hier und Jetzt verankert, statt zu dissoziieren oder mit Flashbacks zu reagieren
- Schon das Erstellen einer Triggerliste ist aktive Konfrontation und kann Wochen bis Monate dauern
- Dementsprechend kann das Finden von Gegenmaßnahmen langwierig sein, lohnt sich aber, denn
- Vermeidung ist auf die Dauer die schlechteste Lösung!

Erstellen einer Triggerliste
sowie Gegenmaßnahmen

Teil 3: Sucht und Trauma

„Es steht mittlerweile außer Frage, dass Missbrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zu den wichtigsten Folgestörungen nach Traumatisierungen gehören.“

Dr.med. Luise Reddemann

*Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische
Medizin 2005 Heft 3*

Sucht und Trauma

- „Die wechselseitigen Beziehungen zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden substanzbezogenen Störungen sind insbesondere im anglo-amerikanischen Raum an Vietnam-Veteranen intensiv untersucht worden.
- Die Forschung an zahlreichen Gruppen von Traumaopfern haben die Häufigkeit und klinische Bedeutung bestätigt. *Reddemann 2005*

Sucht und Trauma

- „Die Lebensgeschichten von Menschen mit Suchterkrankungen sind häufig durch Traumatisierungen im Kindesalter wie sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung geprägt und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind auch in späteren Lebensabschnitten weitaus häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt.“ *Reddemann 2005*

Sucht und Trauma

- „Es ist an der Zeit, dass sowohl Psychotraumatologen lernen, auf Suchterkrankungen bei ihrer Klientel zu achten und Suchttherapeuten umgekehrt mehr nach Traumafolgestörungen bei ihren PatientInnen forschen und daraus angemessene Behandlungskonzepte ableiten.“
Reddemann 2005

Sucht und Trauma

- „Es ist an der Zeit, dass sowohl Psychotraumatologen lernen, auf Suchterkrankungen bei ihrer Klientel zu achten und Suchttherapeuten umgekehrt mehr nach Traumafolgestörungen bei ihren PatientInnen forschen und daraus angemessene Behandlungskonzepte ableiten.“
Reddemann 2005

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in der BRD

- 1988: 36.327
- 1991: 37.592
- 2005: 55.203
- 2006: 52.231
- 2008: 56.784
- 2009: 49.084, davon 7.314 Fälle von Vergewaltigungen/sex. Nötigung

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung 2005/6 *Polizeistatistik*

- Anstieg der Opferzahlen um 3%(v.a. Jugendliche):
2005: 16.692 2006: 17.199
- sexueller Missbrauch von Kindern:
2005: 13.932 2006: 12.765
- Täter zu 95,6% männlich
- Kindliche Opfer: 23,8% Jungen, 76,2% Mädchen

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in der BRD

- Sexuelle Gewalt/Missbrauch von Kindern zu über 95% in der Familie
- Zu 96,4% durch männliche Verwandte wie Vater, Stiefvater, Onkel, Großvater
- Weibliche Familienmitglieder oft in der Rolle der Mittäterin, die es weiß, wegschaut und nicht hilft oder aktiv mitmacht, um Partner nicht zu verlieren

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in NRW

- 2008: 11.861
- 2009: 10.435 (-12%)
- Darunter 1.726 Fälle von Vergewaltigungen und sexueller Nötigung
- 75% in einer Vorbeziehung, davon 60% in der Familie
- 1970: 2.014 Fälle von Vergewaltigungen, obwohl die Vergewaltigung in der Ehe noch nicht strafbar war

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Dortmund

- 2007: 441
- 2008: 459 (davon 103 Straftaten des sexuellen Missbrauchs von Kindern)
- 2009: 385 (-74) (davon 147 Straftaten des sexuellen Missbrauchs, 75 bei Kindern)
- Aufklärungsquote: 74,55%

Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Dortmund: Vergewaltigung/sex. Nötigung

- 2007: 52
- 2008: 30
- 2009: 45
- Aufklärungsquote: 93,33%

Seminar „Sucht und Trauma“
Fr. Prof. Dr. Luise Reddemann

24.-26.08.2010 in der
Fachklinik St. Vitus, Visbek
Anmeldung über
gunde.hartmann@vr-web.de

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Mullen et al. 1993:
 - sex.Missbrauch vor dem 16. LJ bei **Frauen**: 32%,
davon hatten 34% aktuellen starken Alkoholkonsum,
KG: 9%,
drogen-bzw. med.abhängig 25%, KG: 4%
- Silvermann et al. 1996, 17-J-Längsschnittstudie:
 - sex. Missbrauch vor dem 18. LJ bei **Frauen**:12%,
davon waren 44% alkoholmissbr./-abhängig, KG: 8%
 - körperl. Misshandlung bei **Männern**: 5%,
davon waren 40% drogenmissbr./-abhängig, KG: 8%

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Duncan et al. 1996, epidemiologische Studie an über 4000 **Frauen**:
 - körperl. Misshandl. vor dem 18LJ bei 3%,
davon hatten 18% Med.missbrauch, KG: 5%,
Lebenszeitkonsum harter Drogen: 19%, KG: 6%,
alkoholbezogene Unfälle 9%, KG: 1%,
signifikant jüngeres Alter beim Erstkonsum,
signifikant häufiger wegen Substanzmissbrauch in
Behandlung

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

Wilsnack et al. 1997, prospektive Studie an
1099 Frauen:

- sex. Missbrauch vor dem 18. LJ,
davon hatten 19% der Frauen Symptome
einer Alkoholabhängigkeit (12-Monats-
Prävalenz), KG: 6%,
konsumierten 35% illegale Drogen
(Lebenszeitprävalenz), KG: 14%

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- MacMillan et al. 2001: „während des Aufwachsens“
 - sex. Missbrauch bei **Männern**, davon waren 33% alkoholmissbrauchend/-abhängig, KG: 19%,
- körperl. Misshandlung bei **Männern**, davon waren 24% alkoholmissbrauchend/-abhängig, KG: 18%
 - sex. Missbrauch sowie körperl. Misshandlung bei **Frauen**, davon waren 10% alkoholmissbrauchend/-abhängig, KG: 4%
 - sex. Missbrauch bei **Frauen**, davon waren 7% drogenmissbrauchend/-abhängig, KG: 1%,
- körperl. Misshandlung bei **Frauen**, davon waren 4% drogenmissbrauchend/-abhängig, KG: 1%

Alkoholabhängige Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Miller et al. 1993:
 - **44%** der alkoholabh. **Frauen** wurden sex. missbraucht versus **27%** der psychiatrisch behandelten Frauen versus **9%** in der Normalbevölkerung
- Clark et al. 1997, 183 alkoholabh. **Jugendliche**:
 - 6 bis 12fach höhere Wahrscheinlichkeit für körperl. Misshandlung (**25%** der **Mädchen**, **31%** der **Jungen**) als in der Kontrollgruppe,
 - 18 bis 21fach höhere Wahrscheinlichkeit für sex. Missbrauch (**35%** der **Mädchen**, **14%** der **Jungen**)

Drogenabhängige Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Schmidt 2000, 215 substituierte Opiatabhängige:
 - **60%** der **Frauen** wurden sex. missbraucht, KG: **11%**,
 - **25%** der **Männer** wurden sex. missbraucht, KG: **6%**
- Schäfer et al. 2000, 100 Drogenabhängige:
 - **50%** der **Frauen** erlitten erzwungenen Geschlechtsverkehr
 - **40%** der **Männer** wurden vergewaltigt
- Krausz und Briken 2002, 75 opiatabhängige **Frauen**:
 - **41%** wurden sex. missbraucht, **72%** erlitten körperl. Misshandlungen, **80%** emotionale Misshandlungen

Suchterkrankte Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Simpson und Miller 2002, Auswertung von 53 Studien (32 F, 16 M/F, 5 M):
 - **27%** bis **67%** der abhängigen **Frauen** wurden sex. missbraucht, **33%** körperlich misshandelt
 - **9%** bis **29%** der abhängigen **Männer** sex. missbraucht, **24%** bis **53%** körperlich misshandelt

Komorbidity bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- In anglo-amerikanischen Studien hatten bis zu
 - **50%** der Suchtpatienten eine Lebenszeitprävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung
- Teegen und Zumbeck 2000:
 - **26%** der Drogenabhängigen hatten ein PTBS
- Kutscher et al. 2002:
 - **22%** der alkoholabhängigen **Frauen** litten an einer PTBS
 - **8%** der alkoholabhängigen **Männer** waren an einer PTBS erkrankt

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Zusammenhang von Traumatisierungen in der Kindheit, Dissoziation u. Alkoholabhängigkeit

- Traumatisierte Frauen entwickeln eher eine psychologische Dissoziation (parasympathisches Neurotransmittersystem: Angst, Dissoziation etc.)
- Traumatisierte Männer benutzen eher die chemische (substanzbezogene) Dissoziation (Sympathikus: Hyperarousal mit geringer Impulskontrolle, Aggression, Hypervigilanz)
- Bei traumatisierten alkoholabhängigen Frauen finden sich eher posttraumatische Symptome wie Dissoziation und PTBS als bei traumatisierten alkoholabhängigen Männern *W. Langeland 2005*

Neurotransmitter-Dysfunktionen bei traumatischem Stress sowie posttraumatischen Reaktionen

- Überschießende Antwort von **Adrenalin:** autonomes Hyperarousal
- Abfall von **Serotonin:** inadäquate Informationsverarbeitung, Zustände von Trance, Depersonalisation, Halluzination, Schlafstörung, Depression, Apathie
- **Opioid-System:** psychomotorische Erstarrung, affektive Betäubung („freezing/numbing“), Hemmung von Lern- und Gedächtnisprozessen

Kapfhammer, 2001

Erstarrungsreflex = Tonische Immobilität

<u>Symphatikus +</u>	<u>Parasymphat.+</u>	<u>Endog. Opioide</u>
(Adrenalin)	(Acetylcholin)	Erhöht =
Stark erhöht =	Stark erhöht =	Analgesie
Übererregung/ Hyperarousal	Ruhigstellung	Affektive Betäubung
		Psychomotori- sche Erstarrung
		„verschwommen es Bewusstsein“

Prostitution, Sucht und Gewalt

- Es gibt mind. 400.000 Prostituierte in den alten Bundesländern (*Bilitewski, Czaijka et al.1991*)
- Offizielle Zahlen für ganz Deutschland existieren nicht (*lt. BKA 3/2005*)

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten: Gewalt in der Kindheit

- Internationale Studie, Farley et al. 2003:
 - 59% (39% bis 73%) der Prost. wurden körperlich misshandelt
 - 63% (34% bis 84%) wurden sexuell missbraucht
- Deutsche Stichprobe, Zumbeck et al.2003:
 - 65% der Frauen wurden wiederholt und schwer (d.h. mit Verletzungsfolge) misshandelt
 - 48% der Frauen sexuell missbraucht
 - 70% erlebten schwere familiäre Gewalt mit

Sybille Zumbeck 2006, Trauma und Sucht

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten:

Gewalt im Rahmen der Prostitution

- Internationale Studie, Farley et al. 2003:
 - 73% (56% bis 91%) wurden körperl. angegriffen
 - 64% (39 bis 86%) wurden mit einer Waffe bedroht
 - 57% (38% bis 79%) wurden vergewaltigt
- Hamburger Untersuchung, Zumbeck et al. 2003:
 - 61% der Frauen wurden körperlich angegriffen
 - 61% der Frauen (meist mehrfach) vergewaltigt
 - 50% wurden mit einer Waffe angegriffen

Sybille Zumbeck 2006, Trauma und Sucht

wibke.volgert@virtus-fachklinik.de

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten: Substanzmittelmissbrauch/-abhängigkeit

- Internationale Studie, Farley et al. 2003:
 - 48% konsumierten regelmäßig Drogen
 - 52% konsumierten regelmäßig Alkohol
- Hamburger Untersuchung, Zumbeck et al. 2003:
 - 74% der Frauen waren substanzabhängig (Lebenszeitprävalenz)
 - 19% der Frauen berichteten von erhöhtem Substanzkonsum
 - Über 75% setzten Drogen und Alkohol zur Erleichterung der Prostitution ein

Die Häufigkeit von Trauma und Sucht bei Prostituierten: Zwangsprostitution/ Opfer von Menschenhandel

- „Zwangsprostituiert werden durch massive körperliche und sexuelle Gewalt sowie Erpressung von den Zuhältern zur Prostitution gezwungen
- Sie (über-)leben in Sklaverei unter menschenunwürdigen Bedingungen, in denen sie nicht in der Lage sind, auch nur für ein Mindestmaß an Sicherheit und Selbstbestimmung (z.B. hinsichtl. sexueller Praktiken, Anzahl der Freier) zu sorgen
- Zwangsprostitution ist gleichbedeutend mit extremer und anhaltender Traumatisierung durch Gewalt bzw. Folter

Gewaltverhalten bei Alkoholabhängigkeit

- Alkoholkonsum und Gewaltverhalten hängen eng zusammen (Baer 1906; Huss 1852)
- Alkoholintoxikation ist ein wichtiger Risikofaktor (von mehreren) für
 - antisoziales Verhalten (Moss & Tartar 1993)
 - häusliche Gewalt (Leonard 2001)
- Je höher die Intoxikation, je größer das Risiko für Gewaltverhalten (Klein 2000)
- Das höchste Risiko für Gewaltverhalten liegt bei einer BAK zwischen 1,5 und 2,5 Promille (Klein)

Michael Klein 2006, Trauma und Sucht

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Gewaltverhalten bei Alkoholabhängigkeit

- Deutsche kriminologische Studie Pillmann et al. 2000:
 - 65% aller Gewalttäter zeigten eine akute Alkoholintoxikation
 - 26% waren alkoholabhängig
 - chronische Alkoholintoxikation ist besonders oft mit Gewaltdelikten assoziiert
- Von allen psychoaktiven Drogen ist Alkohol am häufigsten mit Gewalt assoziiert (Moss & Tarter 1993)

Michael Klein 2006, Trauma und Sucht

Suchtmittel als „Selbstmedikation“

- PTBS als ätiologischer Faktor bei der Entstehung der Suchterkrankung
- Substanzgebrauch macht spätere Traumatisierungen wahrscheinlicher und erhöht so die PTBS-Prävalenz bei Suchtpatienten
- Substanzgebrauch erhöht die Vulnerabilität für die Entwicklung einer PTBS nach Traumaexposition
- Gemeinsame neurobiologische Grundlagen (u.a. HPA-Achse und noradrenerges System)
- Nach Entwicklung einer PTBS erhält Substanzgebrauch sie aufrecht (Verhinderung der Verarbeitung) oder verschlimmert sie

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de
Hypothese zu Zusammenhängen zw. PTBS und Sucht, Schäfer 2006

Frauen, Trauma, Sucht

- „2004 gaben die Vereinten Nationen einen Bericht über die Behandlung von Frauen mit Suchtproblematik heraus. Bei einem Treffen von Fachkräften in Wien wurde deutlich, dass Frauen, die unter Suchtphänomenen leiden, weltweit mit einer Vielzahl ähnlicher Probleme zu kämpfen haben:

Frauen, Trauma, Sucht

- Scham und Stigma
- Körperliche und sexuelle Gewalt
- Probleme in Beziehungen:
 1. Angst, die Kinder zu verlieren
 2. Angst, den Partner zu verlieren

Frauen, Trauma, Sucht

- Probleme mit der Behandlung:
 1. Mangel an Angeboten für Frauen
 2. Mangel an Verständnis für die spezifischen Behandlungsbedürfnisse von Frauen
 3. Lange Wartelisten
- aus „Frauen, Trauma, Sucht“ S.8/9 Silke B. Gahleitner, Connie L. Gunderson, Asangerverlag 2008*

Vergewaltigungsmythen

- Das Opfer ist verantwortlich, weil es sich soundso gekleidet oder verhalten hat
 - Der Konsum von Alkohol mindert die Schuld des Täters, erhöht aber die Schuld der vergewaltigten Frau
 - Funktion:
 - Bewältigung eigener Ängste
 - Selbstwertgefühl als Frau in Abgrenzung von Vergewaltigungsopfern erhalten oder erhöhen
 - eigene Gewalttendenzen neutralisieren
- Susanne Heynen 2000*

Folgen der Vergewaltigungsmythen

- Jugendliche und Frauen definieren die Vergewaltigung nicht als Normbruch, sondern lediglich als:
 - Normverletzung, für die sie als Opfer aufgrund ihres Verhaltens einen Teil der Verantwortung tragen
 - Normausnahme in intimen Beziehungen, für die besondere Belastungen des Täters, wie die Wirkung von Drogen, zur Erklärung herangezogen werden

Folgen der Vergewaltigungsmythen

Jugendliche und Frauen definieren die Vergewaltigung nicht als Normbruch, sondern lediglich als:

- Normverlängerung, etwa als Form vermeintlich „normaler“ Sexualität, oder aufgrund eines selbst zu verantwortenden Risikos im Rahmen von Drogenprostitution oder Obdachlosigkeit

Susanne Heynen 2000

Versorgungssituation

- Befragung von 467 anerkannten ambulanten Suchthilfeeinrichtungen (56% Rücklauf) :
 - Alle Einrichtungen meinten, dass bei 1/3 der Pat. (bei 50% der Drogenabh.) Traumatisierungen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung/Aufrechterhaltung der Suchterkrankung spielen
 - 87% waren der Ansicht, dass entsprechende Angebote wichtig seien
 - knapp 1/5 der Einrichtungen gaben an, spezifische Angebote implementiert zu haben, meist in der Einzeltherapie, 6 Einrichtungen boten IG an

Schäfer et al. 2004

wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

Versorgungsmodelle im traditionellen Suchthilfesystem

- Hohe Eigenmotivation ist Voraussetzung für sinnvolle Suchtbehandlung
- Therapie psychiatrischer Begleiterkrankungen oder Stabilisierung sozialer Beziehungen nur möglich, wenn abstinent
- = Etablierung hochschwelliger „Komm-Strukturen“ *Holz 2001*

Anforderungen an das Hilfesystem bei traumatisierten Patienten

- Da oft (zunächst) keine vollständige Abstinenz möglich, sind **niedrigschwellige Behandlungsangebote** sowie **angemessene Behandlungsziele** notwendig
- Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist die **Individualisierung der Therapie** mit flexiblen, differenzierten, am einzelnen Patienten/in orientierten Behandlungskonzepten

Ingo Schäfer 2005

Anforderungen an das Hilfesystem bei traumatisierten Patienten

- Regionalisierung mit umfassenden gemeindenahen Behandlungsmöglichkeiten
- Schwerpunkt im ambulanten Bereich
- Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Hilfsangebote im Gesundheitswesen, in der Jugendhilfe, von Beratungsdiensten, Polizei und Justiz in lokalen Netzwerken *Ingo Schäfer 2005*

Anforderungen an das Hilfesystem bei traumatisierten Patienten

- Traumaspezifischer Sensibilisierung und Qualifikation der vorhandenen Mitarbeiter und deren Unterstützung durch spezialisierte Supervision
- Integration (jeweils geeigneter) traumaspezifischer Interventionen in alle Behandlungsangebote und – settings
- Berücksichtigung wesentlicher Aspekte der Arbeit mit traumatisierten Personen in Behandlungsphilosophie und therapeutischer Vorgehensweise (Angebote „traumasensibler“ gestalten) Schäfer 05

Behandlungsmodelle für Patienten mit Doppeldiagnosen

- Traditionelle/Sequentielle Behandlung:
Behandlung zunächst nur eines Problembereiches
(Sucht- oder Traumatherapie)

*Problem: Behandlung jeweils nicht allein
ausreichend, Betroffene „fallen durchs Netz“*

- Parallele Behandlung:

Zeitgleiche Behandlung beider Problembereiche
durch jeweils spezialisierte Therapeuten

*Problem: Aufwändige Organisation, Integration
der unterschiedlichen Ansätze muss durch den
Patienten selbst geleistet werden*

Schäfer 2005

Behandlungsmodelle für Patienten mit Doppeldiagnosen

- Integrative Behandlung:

Therapie der Wahl; Sucht- und
Traumatherapie innerhalb desselben
Behandlungsprogrammes

*Problem: „Doppelte“ fachliche Kompetenz
und Erweiterung der jeweiligen
therapeutischen Paradigmen notwendig*

Ingo Schäfer 2005

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Zu einer sorgfältigen Anamnese gehört die Berücksichtigung der wechselseitigen Abhängigkeit zwischen Gewalterlebnissen und Alkohol- oder Drogenkonsum
- Suchtmittelkonsum als Risikofaktor für weitere Gewalterlebnisse benennen
- Über Traumatisierung als Risikofaktor für Suchtmittelabhängigkeit aufklären
- Aufklärung, dass Suchtmittelkonsum bei Tätern oft die Schwelle für Gewalthandlungen senkt

Susanne Heyen 2005

wfbke.voigt@vitus-fachklinik.de

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Die Bedeutung des Suchtmittelkonsums muss im Sinne einer Selbstmedikation in Bezug auf erlittene Traumatisierungen verstanden werden
- Ziel ist, alternative Strategien zur Bewältigung der Folgen z.B. einer Vergewaltigung zu entwickeln. Dabei müssen Opfer als Expertinnen ihrer selbst ernstgenommen werden und ihre Erfahrungen in die Therapie einbezogen werden.
- Ihre Autonomie und Selbstwirksamkeit sollen gefördert werden und nicht durch Regeln und Kontaktverbote eingeschränkt werden. *Heyen 2005*

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Vorhandene und ausbaufähige Kompetenzen ausführlich über die verschiedenen Entwicklungsphasen explorieren
- Traumatisierungen konkret, aber oberflächlich erheben. Einnahme einer „Journalistenperspektive“ anbieten. Ausführliche Abklärung der entwickelten inneren und äußeren Bewältigungsstrategien
- Für ein gutes Ende des Anamnesegespräches sorgen

Sybille Teunissen 2005

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Konfrontative und konfliktorientierte Verfahren dürfen nur eingesetzt werden, wenn sie nicht die Gefahr einer Retraumatisierung bergen, und müssen unter Berücksichtigung der Selbstberuhigungsstrategien und der Ressourcen der Betroffenen sorgfältig geplant werden.
- Stabilisierung, Sicherheit und Schutz vor erneuten Gewalthandlungen, vor Retraumatisierung und Überforderung müssen im Vordergrund der Interventionen stehen

Susanne Heyen 2005

Behandlungsgrundsätze bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie (Psychoedukation, traumaspezifische Behandlungsmethoden) sowie frauen- bzw. männerspezifische Gesichtspunkte neben den erfolgreichen Ansätzen der Suchttherapie berücksichtigen
- Gewalt- und Suchtprävention müssen ineinandergreifen
- Vernetzung mit dem Traumahilfenetz *Heynen 2005*

Checkliste für den 1. Kontakt mit traumatisierten PatientInnen

- 1.) Überweiser: kommt Pat. zufällig oder gezielt durch eine Institution aus dem Traumanetzwerk, d.h. ist schon Hilfe/ Unterstützung vorhanden
- 2.) Traumatische Situation/Biographie nur kurz schildern lassen: einmalig/mehrfach, akut/ vor längerer Zeit, jetziges Alter/Kindheit
- 3.) Gibt es noch Täterkontakt ? Direkt oder indirekt über Verwandte/Bekannte, die nicht geschützt haben
- 4.) Psychosoziale Unterstützung: Familie, Freunde, Tiere, Traumanetzwerk, Ärzte, Therapeut

Checkliste

- 5.) Psychopathologischer Befund
- 6.) Testpsychologische Diagnostik: IES, DES; wenn möglich Diagnosestellung: akute Belastungsreaktion/PTBS/ dissoziative Störung/ Traumafolgestörung wie Depression, Angststörung, Essstörung, Suchterkrankung, soziale Phobie, Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, Borderline-PS
- 7.) Körperliche Traumafolgestörungen
- 8.) Medikation
- 9.) Empfehlung: psychosoziale Stabilisierung, z.B. Hilfe durch Traumanetzwerk, Arbeit, Freunde, Hobbys, Tiere.
Therapie: keine/ambulant/stationär/Tagesklinik/Medikation

Vielen Dank für Ihr Interesse