



Traumatisierte Suchterkrankte in der psychosozialen Beratung und Behandlung: Chancen und Risiken

Referenten:

Dipl.-Psych. Thomas Reuland
Psychologischer Psychotherapeut

Claudia Heintz
Diplom-Sozialpädagogin (FH)
Sozialtherapeutin (Fachbereich Sucht)

INHALTE

1. „Kurz erklärt“: wie kann man sich den Prozess der Traumatisierung und Traumaverarbeitung vorstellen?
2. Problembeschreibung im Kontext „Sucht und Trauma“
3. Trauma-Typen bei Suchtkranken
4. Epidemiologie
5. PTBS und andere Trauma-Folgestörungen
6. Sucht, Trauma und Bindungsstörungen
7. Modelle für die Komorbidität von Sucht und Trauma
8. Typischer Ablauf von Suchttherapien
9. Beispiele und Grundmuster für Traumatherapien
10. Stabilisierung versus Traumakonfrontation: differenzielle Indikationskriterien?
11. Sequenzielle versus integrative Therapiestrategie ?

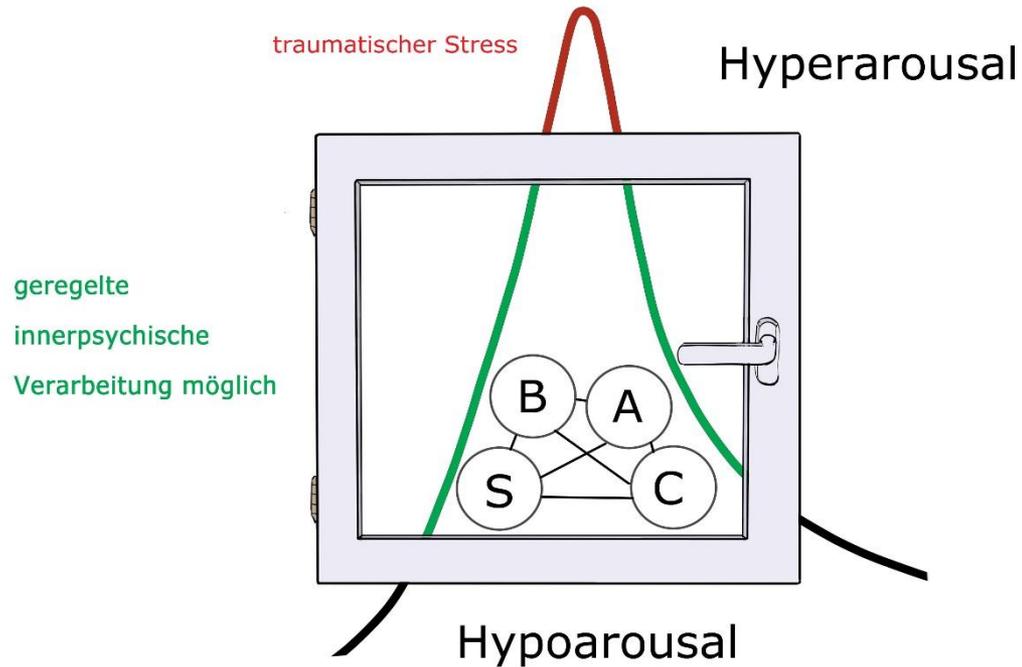
1 „Kurz erklärt“: wie kann man sich den Prozess der Traumatisierung und Traumaverarbeitung vorstellen?

Affektives Toleranzfenster

bezüglich traumatischem Stress nach Odgen (2000). Demnach können extreme affektive Erfahrungen nicht bewusstseinsintegrierend psychisch verarbeitet werden.

1 AFFEKTIVES TOLERANZFENSTER

Affektives Toleranzfenster



1 „Kurz erklärt“: wie kann man sich den Prozess der Traumatisierung und Traumaverarbeitung vorstellen?

Die Antwort gibt Huber (1995) mit seinem Modell der „traumatischen Zange“: ist weder Flucht noch Verteidigung möglich wechselt die Person in einen dissoziativen Zustand mit

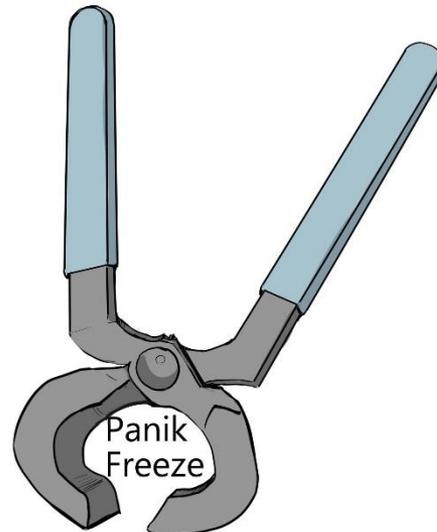
- Verarbeitungsblockade und
- fragmentarischer Speicherung von Erfahrungssplintern

1 TRAUMATISCHE ZANGE

Traumatische Zange

Angriff
unmöglich

Flucht
unmöglich



Defragmentierter überlebenssichernder Dissoziationsmodus

↓
Traumafolgesymptome

Aggression
Suizidalität

Vermeidung

Intrusionen
Flashbacks

dissoziative
Amnesie

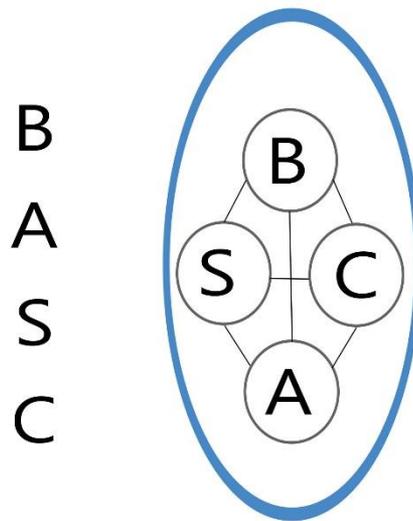
Depressionen

Alkohol-/
Drogenkonsum

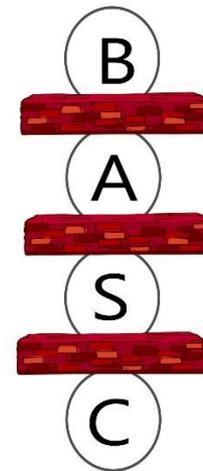
1 BASK-MODELL VON BRAUN(1988): FRAGMENTARISCHE VERARBEITUNG

BASC-Modell

B = Behaviour S = Sensation
A = Affect C = Cognition



Normale Verarbeitung -
narrativ vermittelbar



Komplexe
Traumafolgestörung

2 PROBLEMBESCHREIBUNG IM KONTEXT SUCHT UND TRAUMA

- **Suchtmittelkonsum dient der Abwehr quälender posttraumatischer Erlebnisinhalte (Flashback).**
- **Durch Wiederholung des Konsums entwickelt sich sekundär über negative Verstärkung eine Suchtproblematik (Selbstmedikations- und Affektregulationshypothesen, „Traumakompensations-schema“).**
- **Suchtkranke haben ein verändertes Risikoverhalten und schätzen Gefahrensituationen falsch ein. Dadurch werden sie mit höherer Wahrscheinlichkeit Opfer von Traumatisierungen.**

3 TRAUMA-TYPEN BEI SUCHTKRANKEN

- **Seltener Typ-1-Trauma (Mono-Traumen), z.B. Verkehrsunfall**
- **Meistens Typ-2-Traumata (sequenzielle Traumata)**

hier:

- körperliche Gewalt
 - sexuelle Gewalt
 - psychische Gewalt
- **Ganz wichtig bei Suchtstörungen: schwere Bindungstraumata in der frühen Kindheit durch unberechenbare Bezugspersonen mit inkonsistenten Wechseln zwischen aktiver Traumatisierung des Kindes und invalidierender Passivität gegenüber den organismische Grundbedürfnisse anzeigenden Signalen des Kindes (häufig waren die Eltern selbst suchtkrank oder litten unter psychischen Erkrankungen). Hier: Problem der „schwimmenden Diagnostik“**

3 KLINISCHE VERLAUFSKRITERIEN BEI KOMORBIDITÄT VON SUCHT UND PTBS

Schwererer Verlauf und zusätzliche klinische Probleme gegenüber Suchtkranken ohne PTBS

Im Einzelnen:

- **früherer Einstieg in die Sucht**
- **häufiger polyvalenter Konsum**
- **stärkere körperliche Begleitsymptomatik**
- **schwerere Abhängigkeitsentwicklung**
- **häufigere Rückfälle**

4 EPIDEMIOLOGIE BEI PTBS + SUCHT

- **Personen mit PTBS haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, zusätzlich eine substanzbezogene Störung zu entwickeln.**
- **Die Angaben variieren hier von 22 bis 43 % versus 8-25 % (Jacobsen et al. 2001)**

4 EPIDEMIOLOGIE BEI SUCHT + PTBS

- **USA:** Patienten in Suchtbehandlung haben eine Punktprävalenz der PTBS von 15- 41 % bei einer Lebenszeitprävalenz von 26 – 52 % (Review von Schäfer und Navitis 2007).
- **Im deutschsprachigen Raum** ähnliche Daten: **Drogenabhängige und Polytoxikomane** haben höhere Raten akuter PTBS (**30 – 34 %**) als **Alkoholabhängige (13 – 15 %)** (Driessen et al. 2008, Grundmann et al. 2018).

4 EPIDEMIOLOGISCH RELEVANTE TRAUMA-URSACHEN (BEI PTBS)

Häufigkeit des Auftretens von Trauma-Folgestörungen:

- nach schweren **Unfällen** ca. 10 %
- bei **Krieg und politischer Gefangenschaft** ca. 50 %
- bei **Vergewaltigungen** ca. 50 %
- und bei anderen **Gewaltverbrechen** ca. 25 %
(Flatten et al. 2011)

5 DIFFERENZIERUNG POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSREAKTIONEN

- **AKUTE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSREAKTION (ICD-10, F 43.0)**
- **POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (ICD-10, F 43.1)**
- **Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Planungen für die ICD-11)**

5 AKUTE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSREAKTION, (ICD-10, F 43.0)

- **Dissoziation, Depersonalisation, Derealisation, dissoziative Amnesie, Intrusionen, Angst, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit innerhalb der ersten 4 Wochen = „normale“ posttraumatische Belastungsreaktion**
- Mündet unverarbeitet nach 6 bis 12 Wochen nach dem Ereigniszeitpunkt in eine chronische Stresserkrankung (PTBS)

5 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (ICD-10, F 43.1)

Innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatischen Ereignis außergewöhnlicher Schwere

Symptome:

- **Sich aufdrängende Erinnerungen**
- **Emotionale Stumpfheit**
- **Teilnahmslosigkeit / Anhedonie**
- **Vermeidung Trauma assoziierter Trigger**
- **Angst, Panik oder Aggression**
- **Vegetative Übererregung, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit**
- **Depression, Suizidalität**
- **UND: Übermäßiger Alkohol- und Drogenkonsum**

5 PTBS (DSM-5)

Zusätzliche Kriterien im DSM-5 :

a.) das Trauma muss nicht selbst erlebt werden, sondern kann **die Beobachtung der Verletzung nahestehender Personen** betreffen (sekundäre Traumatisierung)

b.) **negative Veränderung der Affekte und Kognitionen** in Bezug auf sich selbst, andere und die Welt

Störungsdauer: mindestens 1 Monat.

5 PLANUNGEN FÜR DIE ICD-11

Neben PTBS wird die **komplexe posttraumatische Belastungsstörung** eingeführt.

Zu den Kernsymptomen der PTBS beinhaltet diese Störung zusätzlich folgende Faktoren:

- Emotionsregulationsstörungen
- Beziehungsstörungen
- negative selbstbezogene Überzeugungen (Störungen des Selbstkonzeptes)

Bei früher Traumatisierung bzw. sequenzieller Retraumatisierung entsteht in Folge chronischer Dissoziation eine tiefgreifende Veränderung in der Gesamtstruktur der Persönlichkeit (Möller u. Fischer, 2006), die als **Komplexe PTBS** zu beschreiben ist.

6 SUCHT, TRAUMA UND BINDUNGSSTÖRUNGEN: NEUROPHYSIOLOGISCHE AUSWIRKUNGEN

M. Fischer und C. Möller (2018) betonen die **Bedeutsamkeit von Bindungsstörungen in früher Kindheit für die Komorbidität von Sucht und Traumatisierung:**

Die größten Schäden entstehen in Phasen der **Hirnreifung** (Kindheit):

- **Negative Bindungen** werden in **neurologische Strukturen** eingepreßt und **reduzieren folglich die Fähigkeit zur Emotionsregulierung**
- **Traumatische Erfahrungen erzeugen atypische neuronale Aktivitäten** und führen zu einer **Störung der kortikolimbischen Areale** (Hippocampus, Amygdala, Thalamus, Cortex).

6 BINDUNG UND RESILIENZ

Bindungsfähigkeit und Bindungsqualität sind die wichtigsten Resilienzfaktoren:

- **Sichere Bindung erhöht die Fähigkeit bei Kindern zum Belohnungsaufschub und zur Impulskontrolle, letztlich zur kompetenten Selbststeuerung.**
- **Damit ist desorganisierte Bindung ein Risikofaktor für Suchtverhalten, definiert als Kontrollverlust bei starkem Verlangen (Fischer, Möller, 2018).**
- **Zerstört eine frühe Traumatisierung das Vertrauen in sichere Bindungen, treten Traumafolge-Symptome auf und erhöhen das Risiko einer Suchtstörung.**
- **Bindungsmuster wirken transgenerational.**

6 BINDUNGSSTIL UND SEINE BEDEUTUNG FÜR DIE SUCHTTHERAPIE

Ainsworth (1978):

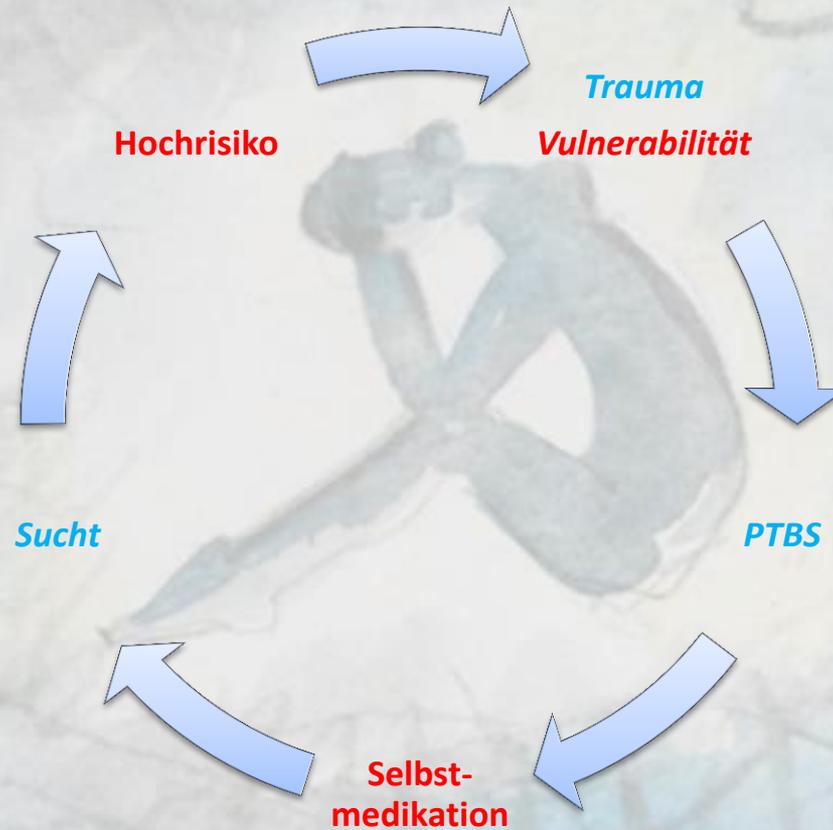
- **Sichere Bindung** (55 -65 %)
- **Distanziert-unsicher-vermeidender Bindungsstil** (20 – 25 %)
- **Ängstlich-ambivalenter, unterordnender Bindungsstil** (10 - 15 %)
- **Desorganisierter Bindungsstil** (15 – 20 %, 80 % der traumatisierten Kinder zeigen diesen chaotischen Bindungsstil).

Fischer und Möller sehen den desorganisierten **Bindungsstil in der Suchttherapie reinszeniert**: plötzlicher Kontaktabbruch bei Nicht-Erfüllung von Wünschen, Abwehr des Kontaktes bei empathischen Beziehungsangeboten, Abbruch der Therapie zur Vermeidung oder regressives distanzloses Verhalten.

7 MODELLE FÜR DIE KOMORBIDITÄT VON SUCHT UND TRAUMATISIERUNG

- **Selbstmedikationshypothese:** Substanzkonsum stellt den kurzfristig erfolgreichen Versuch dar, die stark belastenden Symptome der PTBS (v.a. Intrusionen) zu beherrschen, empirisch am besten belegt (Khantzian 1997)
- **Hochrisiko-Hypothese:** eine Suchterkrankung erhöht das Risiko der Traumatisierung und damit eine PTBS zu entwickeln (Jacobsen et al. 2001)
- **Vulnerabilitätshypothese:** Suchtkranke entwickeln aufgrund defizitärer Bewältigungskompetenzen nach Traumatisierung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine PTBS (Jacobsen et al. 2001)

7 INTEGRATIVES MODELL DER KOMORBIDITÄT NACH GRUNDMANN UND SCHÄFER 2019



8 KOMORBIDITÄT UND THERAPIEERFOLG

Behandlung traumatisierter Suchtkranker ist schwieriger im Vergleich zu Suchtpatienten ohne Traumatisierung.

Typische Komplikationen sind:

- **fragiles therapeutisches Arbeitsbündnis**
- **Notwendigkeit längerer Stabilisierungsphasen**
- **häufigere Therapieabbrüche**
- **häufigere Rückfälle**
- **häufigere stationäre Aufenthalte**
- **höhere Inanspruchnahme des Hilfesystems**

8 TYPISCHER ABLAUF EINER SUCHTBEHANDLUNG

Typische suchtspezifische Behandlungsphasen sind:

- **Motivationsphase**
 - **Entgiftung**
 - **Entwöhnung**
 - **Nachsorge**
 - **Selbsthilfe**
- 

9 BEISPIELE FÜR TRAUMATHERAPEUTISCHE ANSÄTZE

- 9.1 Kognitiv-behaviorale Traumatherapie
- 9.2 Methode des kognitiven Nacherlebens (Ehlers und Clark, 1999)
- 9.3 IRRT / Imagery rescripting and reprocessing therapy (Schmucker und Köster, 2017)
- 9.4 Schematherapie
- 9.5 Ego-State-Traumatherapie nach Fischer und Möller (2018)
- 9.6 EMDR (Shapiro)
- 9.7 u.v.m.

9 TYPISCHER ABLAUF DER IRRT-TRAUMATHERAPIE

- **Vermittlung von Distanzierungs- und Stabilisierungstechniken** (Sicherer Ort, Tresortechniken, Leinwandtechniken)
- **Traumaexposition:** imaginatives Wiedererleben des Traumas in allen seinen relevanten Details und Facetten
- **„Imagery rescripting and reprocessing“ / Entmachtung / Neutralisierung des Täters** auf imaginativer Ebene, um den Patienten (oft auch mit inneren Helfern) in Kontakt zu seinen wehrhaften und selbstbehauptenden Ressourcen zu bringen, die ihm zum Zeitpunkt der Traumatisierung nicht zugänglich waren.
- **Annäherung und Aussöhnung zwischen dem damaligen und heutigen Ich (IRRT) / Integration der imaginativen Erfahrungen in das autobiographische Selbst in der kognitiven Nacharbeit**

10 TRAUMAKONFRONTATION ?



Schon das Auftreten des Arztes kann
therapeutische Wirkung haben!

10 STABILISIERUNG VERSUS TRAUMA-KONFRONTATION: DIFFERENZIELLE KRITERIEN

Traumafokussierte versus nicht-traumafokussierte Ansätze bzgl. der konkreten Beratungs- bzw. ambulanten Therapiesituation:

Grundfrage, ob mit dem Klienten eine stützende, belastungsvermeidende oder aufdeckende, Trauma konfrontierende Therapiestrategie praktiziert werden soll?

10 INDIKATIONEN UND KONTRA-INDIKATIONEN FÜR TRAUMA-KONFRONTATION

Indikationskriterien

- Stabile Suchtmittelabstinenz
- Emotionale Stabilität und Belastbarkeit
- Tragfähige therapeutische Beziehung
- Stabiles soziales Netzwerk außerhalb der therapeutischen Situation
- Verfügbare intrapersonale Skills zur emotionalen Selbstregulation (Entspannung, soziale Kompetenz, Selbstmanagement, Selbstachtsamkeit)

Kontraindikationskriterien

- Akute oder latente Suizidalität
- Schwere psychiatrische Komorbidität (z.B. Schizophrenie oder wahnhaftige Störungen)
- Fragile therapeutische Beziehung (z.B. durch negative Übertragungsprozesse)
- Polyvalenter abhängiger Konsum mit häufigem Rückfallgeschehen
- Geringe individuelle selbstregulative Kompetenzen
- Destabilisierende äußere Lebenssituation

11 SEQUENZIELLE VERSUS INTEGRATIVE THERAPIESTRATEGIE ?

Sequenzielle Therapiestrategie:

Fachliche Position, dass zunächst die Sucht Gegenstand einer therapeutischen Auseinandersetzung sein müsse, um den Patienten zu stabilisieren. Erst nach Erreichen von stabiler Suchtmittelabstinenz könne der Patient einer störungsspezifischen Psychotherapie hinsichtlich der komorbiden psychischen Erkrankung zugeführt werden.

Bei der sukzessiven Vorgehensweise sind meistens **unterschiedliche Behandler und Behandlungssysteme** beteiligt.

11 SEQUENZIELLE THERAPIESTRATEGIE

Vorteile

- „Nachreifung“
- Vermittlung suchtspezifischer Skills
- Sicherung einer abstinenten Lebensweise
- Soziale und berufliche Teilhabe als zentrale Ziele

Nachteile

- Notwendigkeit von 2 Behandlern (Beziehungsabbruch!)
- Hohe Sektorengrenzen zwischen den Behandlungssystemen
- „Therapieüberdruß“ (zu lange Therapiezeiten!)
- Einseitigkeit

11 SEQUENZIELLE VERSUS INTEGRATIVE THERAPIESTRATEGIE ?

Integrative Therapiestrategie:

Fachliche Position, dass Sucht und Trauma gemeinsam auf der Basis eines **integrativen Behandlungsplans** behandelt werden sollen. So können Sucht und das Trauma in ihrer **wechselseitigen Interdependenz** und in ihrer **inneren Dynamik** fallbezogen besser konzeptionalisiert, auf der Erlebensebene für den Patienten zugänglich gemacht und in einem **einheitlichen Behandlungsplan** gefasst und anschließend in der ganzen Komplexität **multimodal** behandelt werden.

11 INTEGRATIVE THERAPIESTRATEGIE

Vorteile

- Umfassendes Störungsmodell und umfassender Behandlungsplan
- Die Interdependenz von Sucht und Trauma wird direkt erlebbar (z.B. emotionale Exposition) und damit einer therapeutischen Veränderung zugänglich

Nachteile

- Umfassende Behandlungskompetenzen in beiden Bereichen sind eher selten, aber unerlässlich.
- Die emotional belastende Exposition der Traumabehandlung befördert Suchtimpulse und Rückfälle

11 ÜBERLEGENHEIT DER INTEGRATIVEN THERAPIESTRATEGIE

Grundmann und Schäfer (2019) plädieren für ein **integratives Vorgehen**:

- bei sequenziellem Vorgehen wird kaum Abstinenz erreicht
- Abbrüche und Rückfälle sind häufiger
- ein Aufschub der Behandlung posttraumatischer Belastungen ist ethisch unvertretbar und ineffektiv
- Die PTBS-Symptomatik bessert sich gleichläufig mit der Suchtsymptomatik
- die psychischen Belastungen bestehen bei sequenziellem Vorgehen fort, obwohl Verbesserungen des Substanzkonsums erreicht wurden

Eine von ihnen zitierte Metaanalyse von Roberts et al. (2015) sieht die **höchste Wirksamkeit bei traumafokussierten Behandlungen in Kombination mit suchtspezifischen Interventionen** gegenüber den Standardbehandlungen.

11 FAZIT FÜR DIE BEHANDLUNG VON SUCHT UND TRAUMA

Grundmann und Schäfer (2019) postulieren:

- einen **integrativen Ansatz** mit kombinierten trauma- und suchththerapeutischen Interventionen
- **oder alternativ parallel verlaufende**, aber miteinander abgestimmte **Ansätze**.
- Orientierung am **gängigen Phasenmodell** der Traumatherapie mit folgenden Grundphasen: Stabilisierungsphase, Traumakonfrontation, Reintegrationsphase, Neubeginn.
- Zusätzlich **phasenspezifische Kombination von trauma- und suchtspezifischen Interventionen**



Drogenhilfe Saarbrücken gGmbH

VIELEN DANK FÜR IHR INTERESSE

DROGENHILFE SAARBRÜCKEN – PSYCHOSOZIALE BERATUNG

PROGRAMMSTRUKTUR FÜR DEN NACHMITTAG

- Durchführung der Workshops
- Workshop 1 (Reuland / Heintz)
- Workshop 2 (Dr. Pollich)
- Workshop 3 (Dr. Neustädter)
- Workshop 4 (Dr. Klein)