

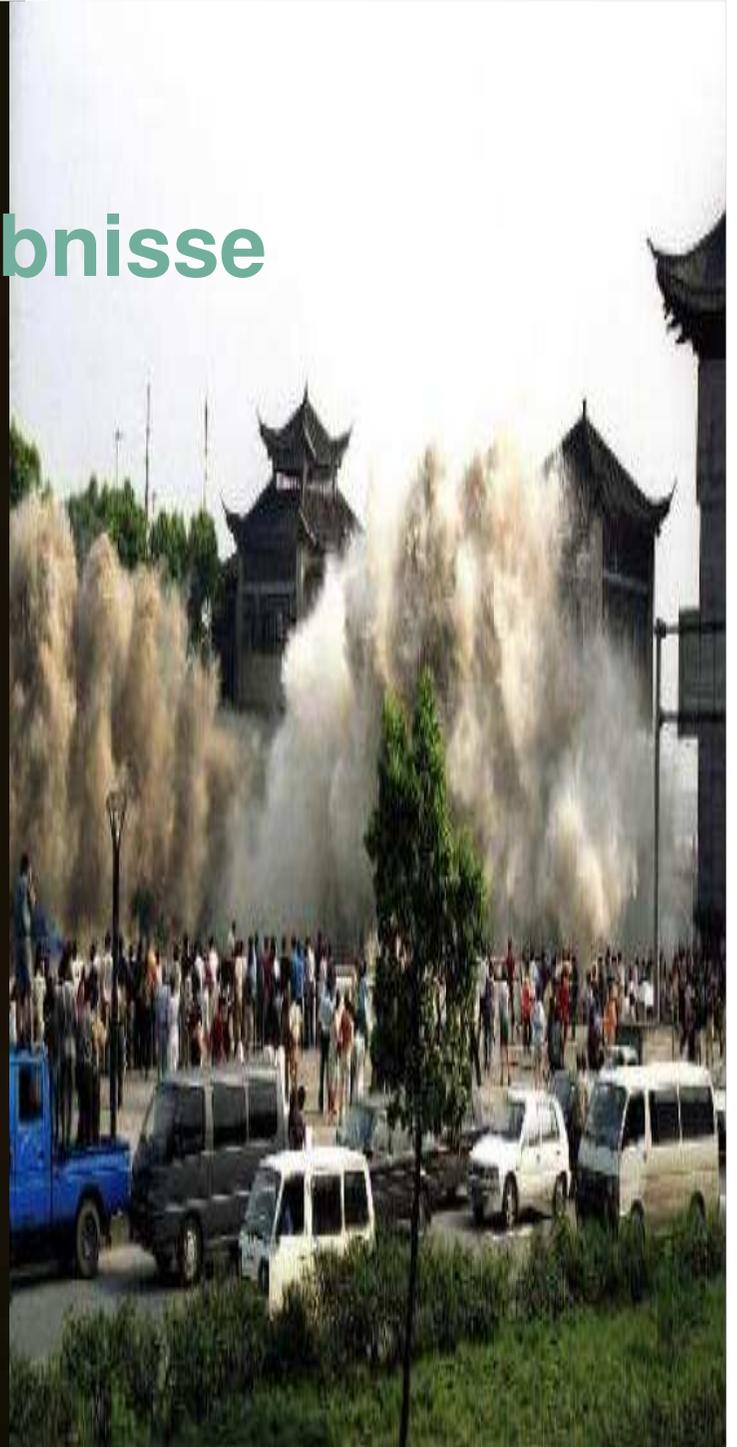
# Trauma und seine Folgen: was entsteht aus der Wunde? Traumatisierung, Sucht und weitere Folgestörungen



**11. Psychiatrietage Marburg-Biedenkopf  
16.05.2018**

**Dipl. Psych. Dominika Mandrek- Ewers  
Psychologische Psychotherapeutin  
Asklepios Fachklinikum für Psychiatrie  
und Psychotherapie Göttingen**

# traumatische Erlebnisse



## traumatische Erlebnisse



Trauma ist Konfrontation mit einem Ereignis, welches tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafte Gefahr oder Verletzung für die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person beinhaltet. Die Reaktion der Person muss intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen (DSM IV).

- **Trauma: griech. „Wunde“**; durch bestimmte „traumatisierenden Ereignisse“ im Menschen erzeugter **extremer Stress**, verbunden mit dem Gefühl von **Kontrollverlust** und einer intensiven **Hilflosigkeit**
- Ein „traumatisierendes Ereignis“ ist mit dem Gefühl außerordentlicher **Bedrohung** und eines katastrophalen Ausmaßes verbunden und würde bei den meisten Menschen eine tiefe **Verzweiflung** hervorrufen
- Das Ereignis ist verbunden mit **Bedrohung des eigenen Lebens** oder der **Gesundheit/Unversehrtheit**, oder der **Zeugenschaft** einer solchen Situation bei anderen; oder mit einer tiefgehenden **Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses**

Einteilung traumatischer Erlebnisse	„schicksalhaft“	„durch Menschen“ man-made-trauma
<b>Typ I-Trauma</b> kurzandauernd	Verkehrs/Arbeitsunfälle Naturkatastrophen	Vergewaltigungen, körperliche Gewalt, andere Gewalterlebnisse z.B. Geiselnahmen
<b>Typ II-Trauma</b> langandauernd	Langandauernde Naturkatastrophen (Flut/Erdbeben)	immer wiederkehrende Gewalt in der Kindheit Bindungstraumatisierungen Folter Politische Inhaftierung

- **Potenziell traumatisierende Ereignisse** sind z.B.: Naturkatastrophen, Gewalt, Krieg, Folter, Kampfeinsatz, sexuelle Gewalt, Tod von geliebten Personen, Unfälle, medizinische Eingriffe, Mobbing...
- Es wird zwischen **akzidentellen** (z.B. Unfälle) und **interpersonellen**, sog. **man made-Traumata** (z.B. Vergewaltigung) unterschieden.
- **Typ-I-Traumata** kommen **einmalig** bzw. **kurzfristig** vor, **Typ-II-Traumata** sind lang andauernd.
- **Interpersonelle Typ-II-Traumata haben das stärkste Traumatisierungspotential!!!**

# Traumatisierung und ihre Symptome

1. **Intrusion:** sich aufdrängende traumaassoziierte Gedanken, Erinnerungen, Tagträume, Alpträume; Flashbacks: durch Schlüsselreize ausgelöste Nachhallerlebnisse aller Sinnesmodalitäten
2. **Konstriktion:** Vermeidungsverhalten für traumaassoziierte Reize, emotionale Taubheit, Amnesie, Verdrängung, Dissoziation
3. **Vegetative Übererregung:** Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Agitiertheit, "Hochgefahreensein"

normale Reaktion

**Trauma**

**A**

pathologische Reaktion

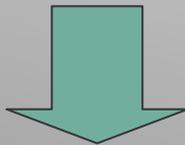
Schreckreaktion



Verleugnung, Konstriktion



Intrusionen, flashbacks



Integration in die Persönlichkeit  
Integration in den Körper  
Bewältigung

Hyperarousal  
vegetative Übererregung

**D**

Dissoziation  
Depersonalisation, Derealisation

**C**

extremes Vermeidungsverhalten

**C**

persistierende  
Intrusionen, flashbacks  
Hypermnesien

**B**

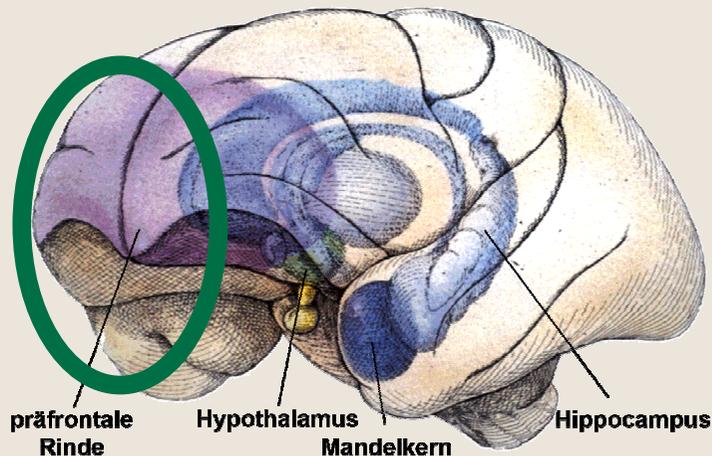
Somatisierungsstörungen  
Körper-flashbacks

**B**

Persönlichkeitsstörungen  
Suchterkrankungen

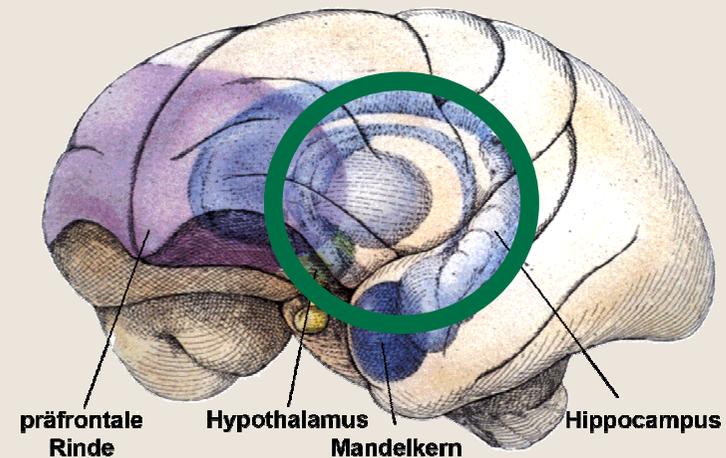
# Gedächtnissysteme bei Trauma und Sucht

## explizites Gedächtnissystem



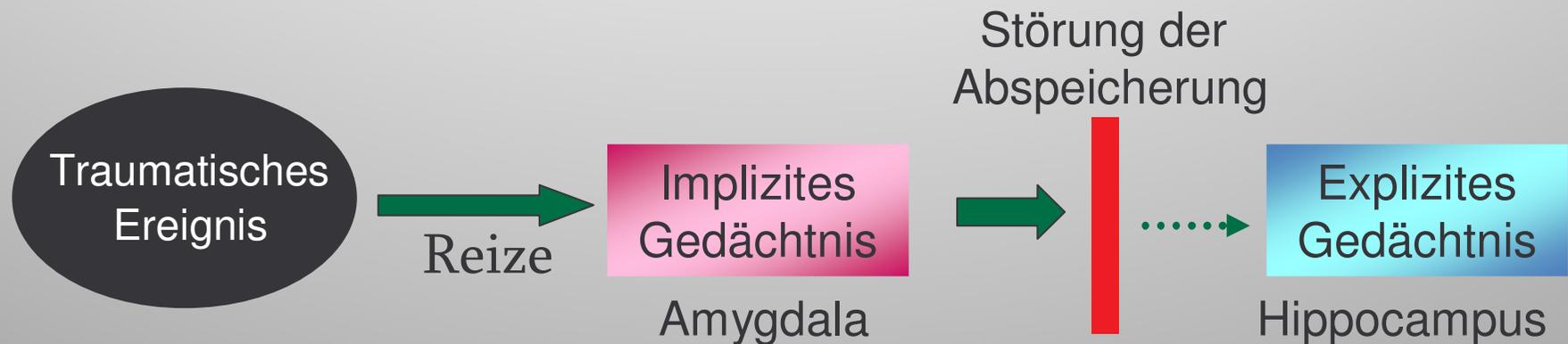
- bewußt
- episodisches Gedächtnis
- Wissenssystem
- leicht korrigierbar
- „cold memories“

## implizites Gedächtnissystem



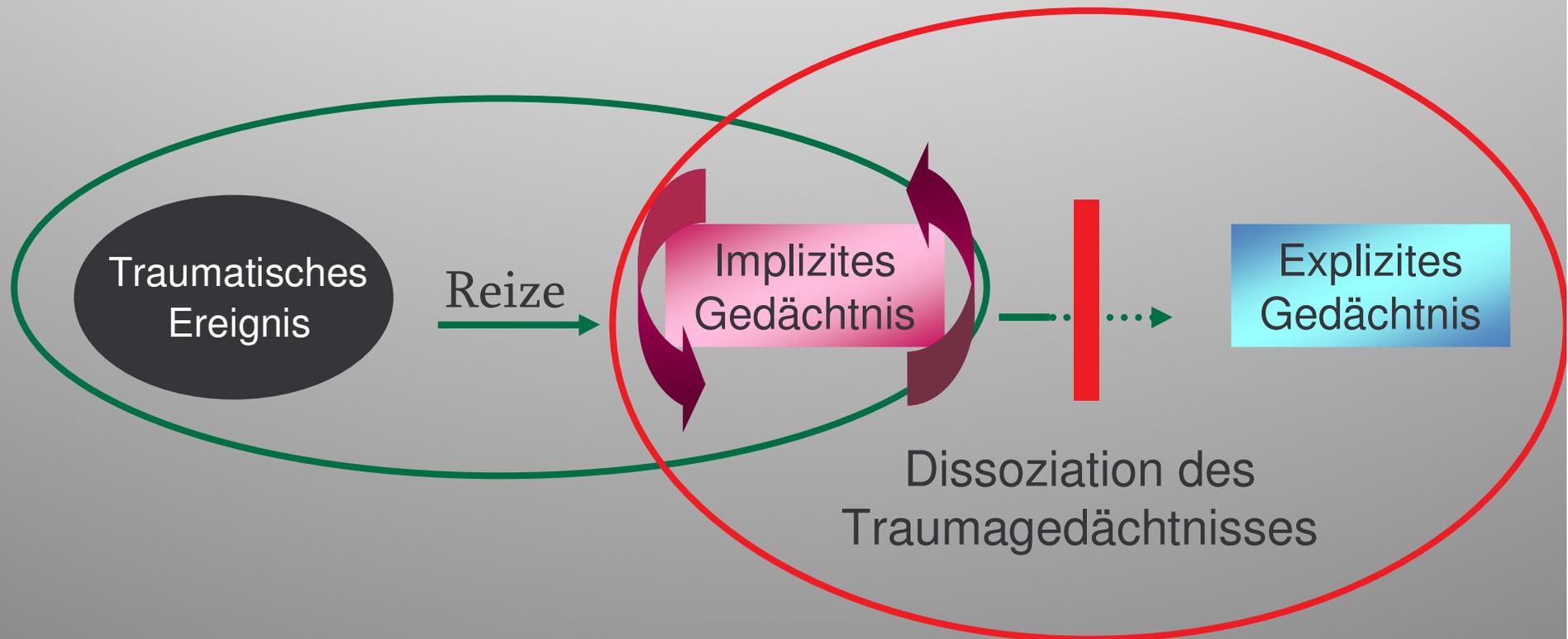
- unbewußt
- procedurales Gedächtnis  
Priming, kontextbezogen,
- klassische Konditionierung
- schwer korrigierbar; hohe emotionale Beteiligung
- „hot memories“

## Entstehung der PTB-Symptomatik



- Gedächtnisspuren im impliziten Gedächtnis sind:
- lösungsresistent
  - reaktivierbar durch Trigger  
(Le Doux, 2001, 2002)
  - Aktivierung der neurohormonalen Achse

## Entstehung der PTB-Symptomatik



# Traumafolgestörungen

1. **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS):** die Symptome der Traumatisierung dauern länger als vier Wochen an, nach ca. 8 Monaten ist ein chronischer Verlauf der Störung anzunehmen
2. **Komplexe PTBS/DESNOS** nach Mehrfachtraumatisierungen, gekennzeichnet durch mangelhafte emotionale und Impuls-Regulation, Dissoziation, Somatisierung, Veränderungen in der Selbstwahrnehmung und Beziehungsgestaltung, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Leere, Entfremdung; Pessimismus

**In der klinischen Praxis berichten  
suchtkranke Menschen oftmals von  
traumatischen Erfahrungen in ihrer  
Vergangenheit.**

**Ist das ein Zufall?**

# Komorbidity von Sucht- und Traumafolgestörungen: traumatisierte Süchtige oder süchtige Traumatisierte ?



# Epidemiologie



# Epidemiologie



# Epidemiologie



# Epidemiologie

- **70-90% der Suchtkranken** haben Traumatisierungen, meist **vor dem Beginn** des Substanzkonsums, erlitten (*Brems u. Johnson 2004; Rothman et al 2008*).
- Neuere Studienergebnisse belegen, dass jeder **fünfte Patient mit einer Alkoholkrankung und jeder dritte Patient mit einer Drogenabhängigkeit incl. des Opiattypus** comorbide an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. (*Schäfer 2000, Schmidt 2000, Krausz u. Briken 2002, Driessen, Suthmann, Lüdecke 2008, Wu et al. 2010*)
- Unter Einschluss subsyndromaler Formen von PTBS **verdoppelt sich die Zahl** der Suchtkranken, die an Traumafolgestörungen leiden.
- **Suchtkranke Frauen** sind doppelt so häufig betroffen wie suchtkranke Männer.
- Bei Menschen mit Traumatisierungen ist ein **früherer Beginn** der Suchterkrankung feststellbar (*Brown u. Quimette 2000/2001, Driessen et al 2008, Wu et al 2010*)
- Suchterkrankungen führen u.a. zu sozialem Abstieg, persönlichen Funktionsstörungen und psychosozialen Problemen. Dies ist bei Patienten mit zusätzlicher PTBS noch **erheblich ausgeprägter**. (*Brown u. Quimette 2000/2001, Driessen et al 2008*)

## Hypothesen funktioneller Zusammenhänge zwischen PTBS und Sucht

- **Selbstmedikation durch Alkohol/Drogen** bei PTBS, um PTBS- Symptome zu mildern und zu kontrollieren.
- **Erhöhte physiologische Alarmbereitschaft** bei Sucht durch wiederholte Alkohol/ Drogenentzüge, so dass PTBS häufiger auftritt.
- **Erhöhtes Risiko durch Lebensstil**, der mit Alkohol/ Drogenmissbrauch assoziiert ist, Opfer einer Gewalttat zu werden.
- **Ungünstige Copingskills**, die das Risiko sowohl für SMA als auch für die Entwicklung einer PTBS nach Traumaexposition erhöhen.

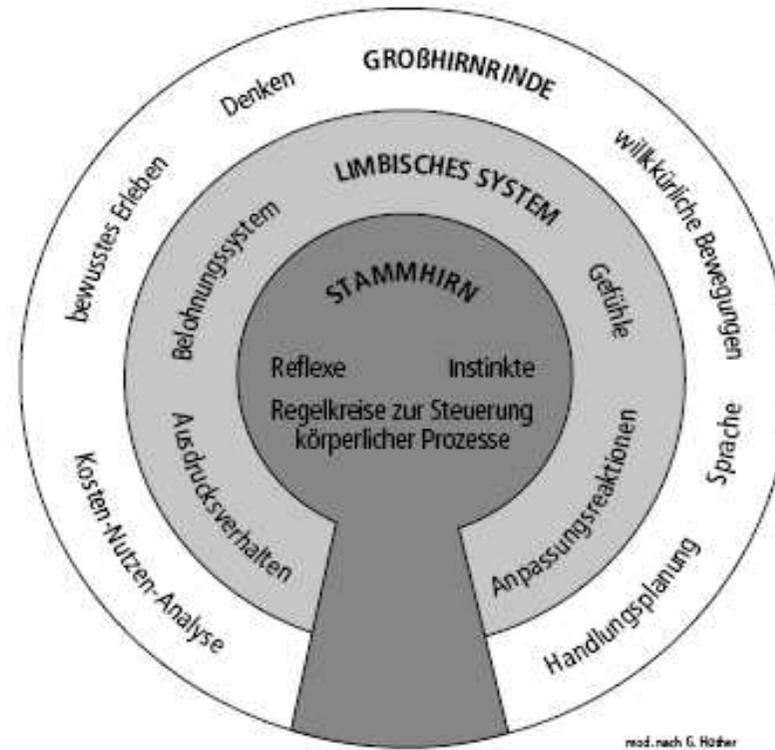


Aufrechterhaltung der Sucht, um PTBS-Symptome zu mildern.

Aufrechterhaltung der PTBS-Symptome durch Substanzmissbrauch.

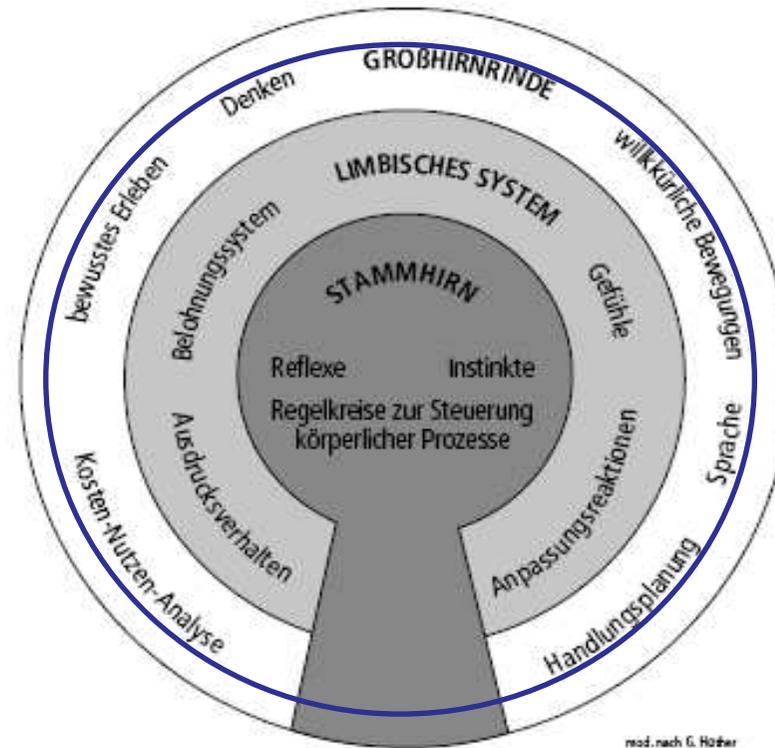
## Basis-Modul Sucht I

Arbeitsblatt: Neurobiologie-Sucht II



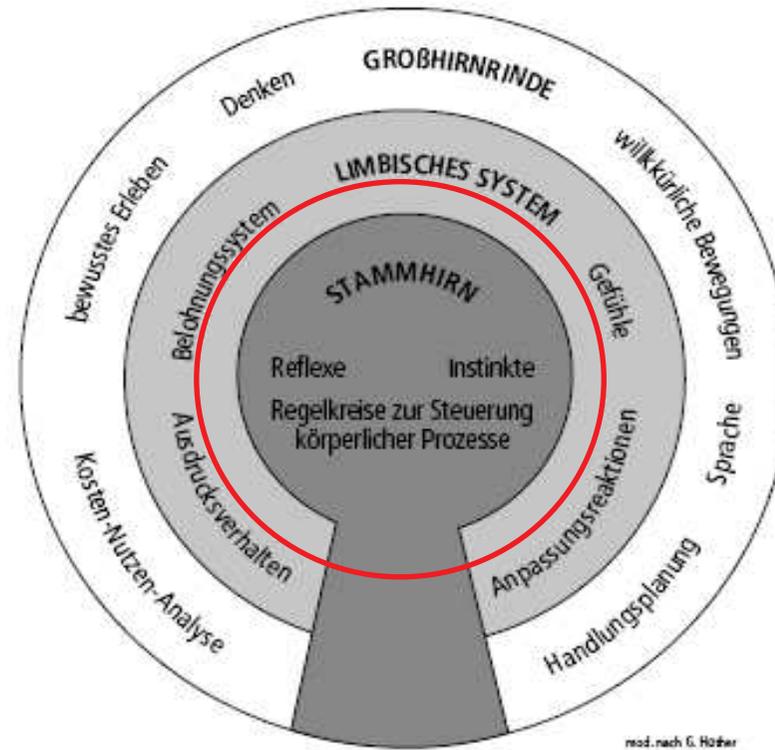
## Basis-Modul Sucht I

Arbeitsblatt: Neurobiologie-Sucht II

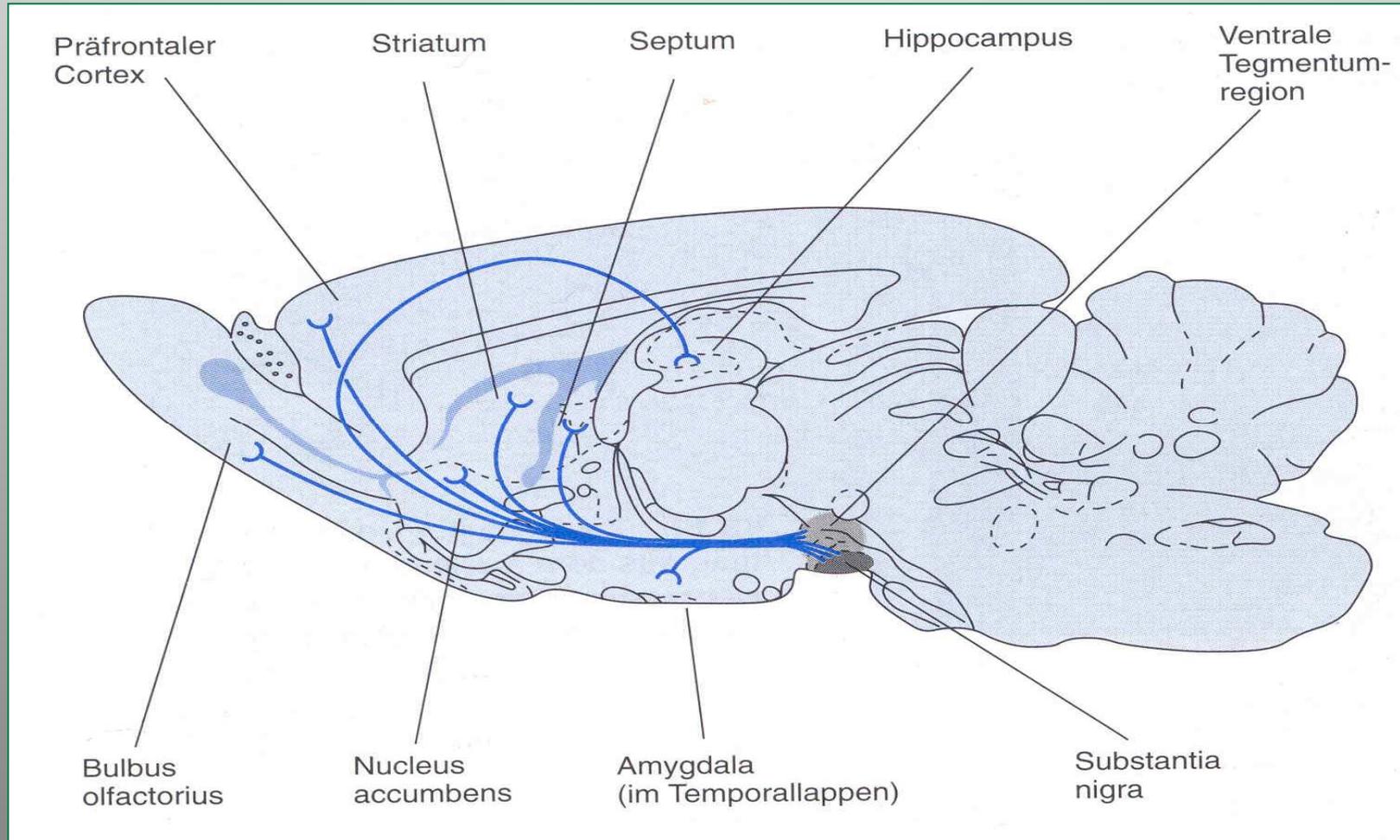


## Basis-Modul Sucht I

Arbeitsblatt: Neurobiologie-Sucht II

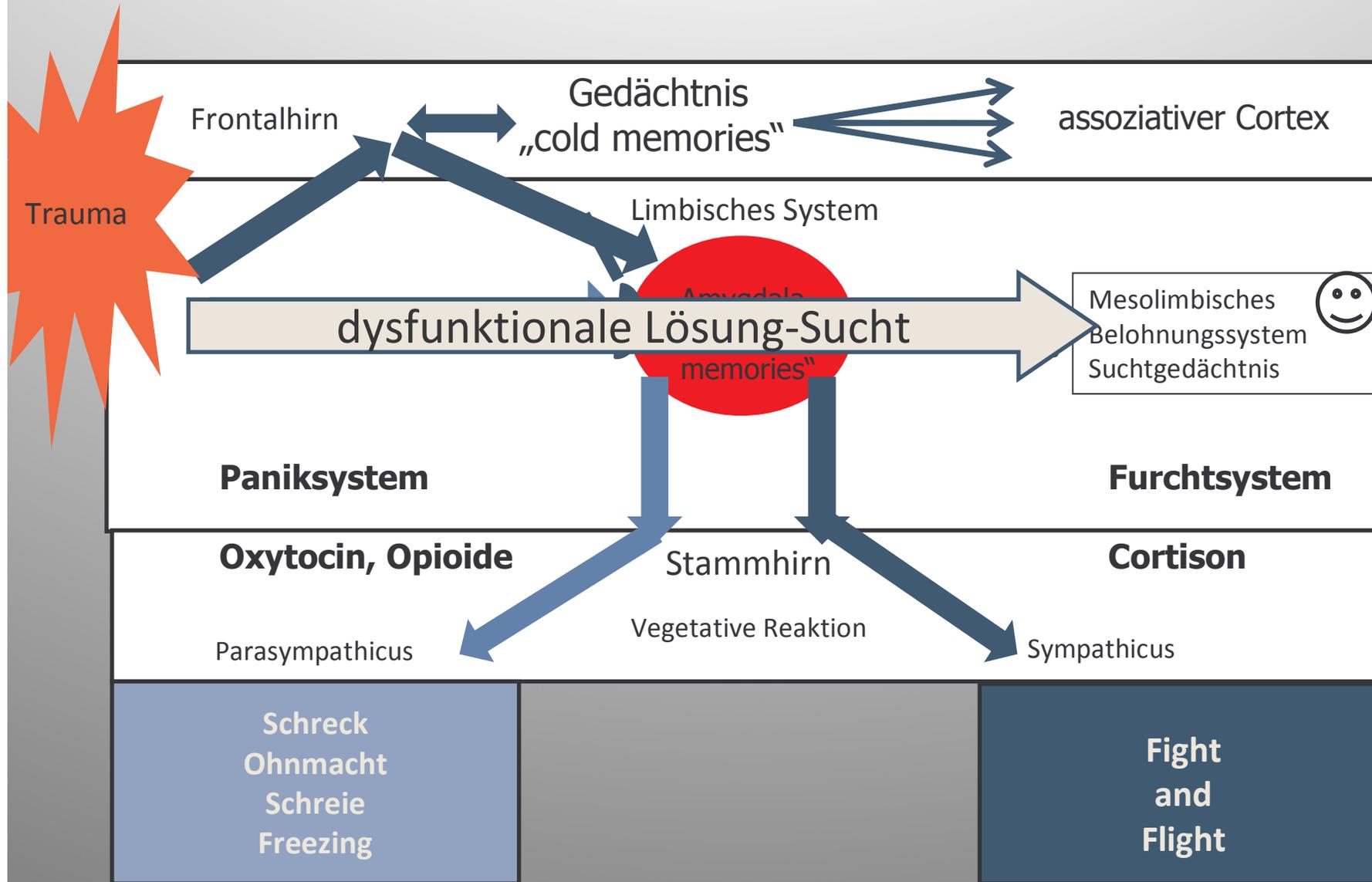


# Mesolimbisches Belohnungssystem

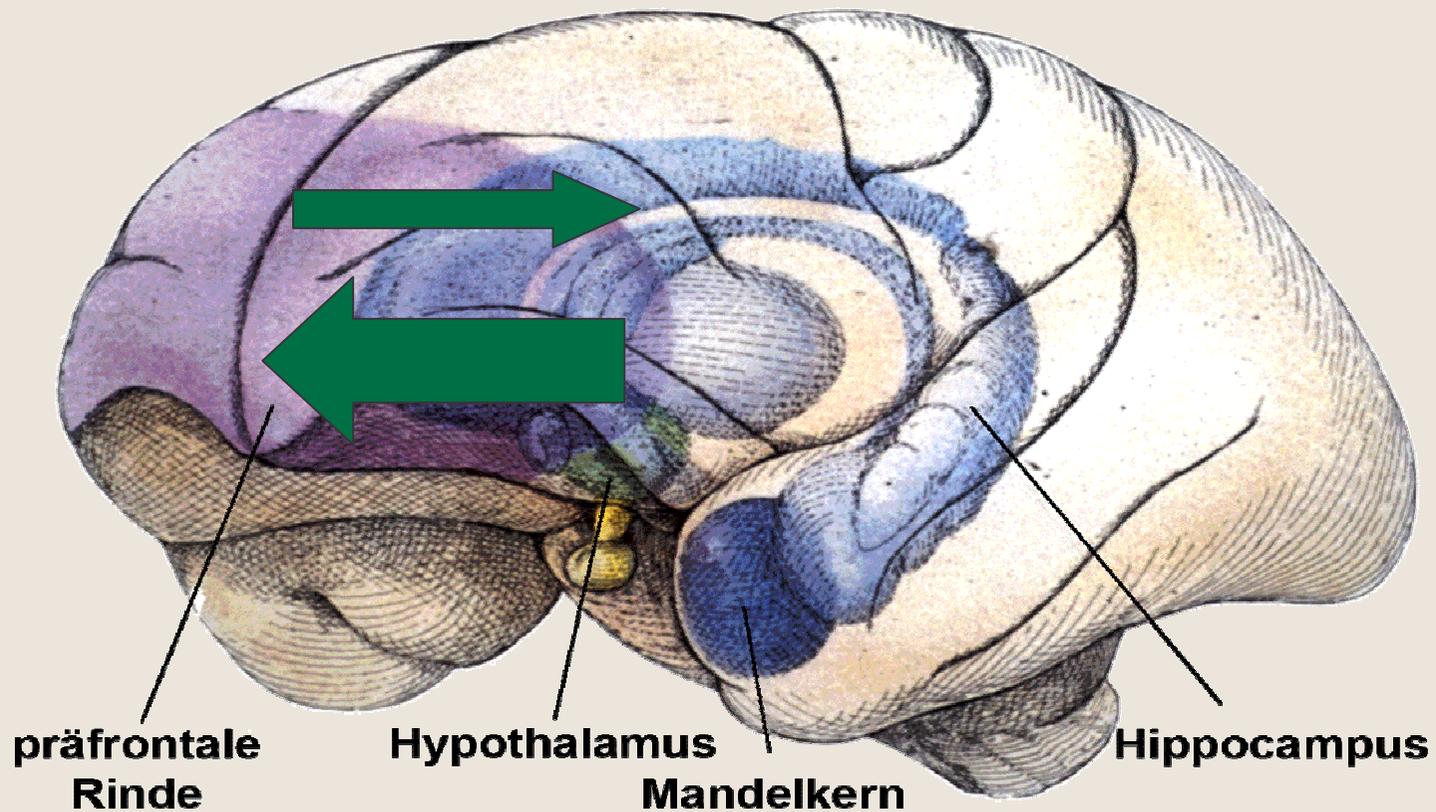


# Stressbewältigungssysteme nach Panksepp

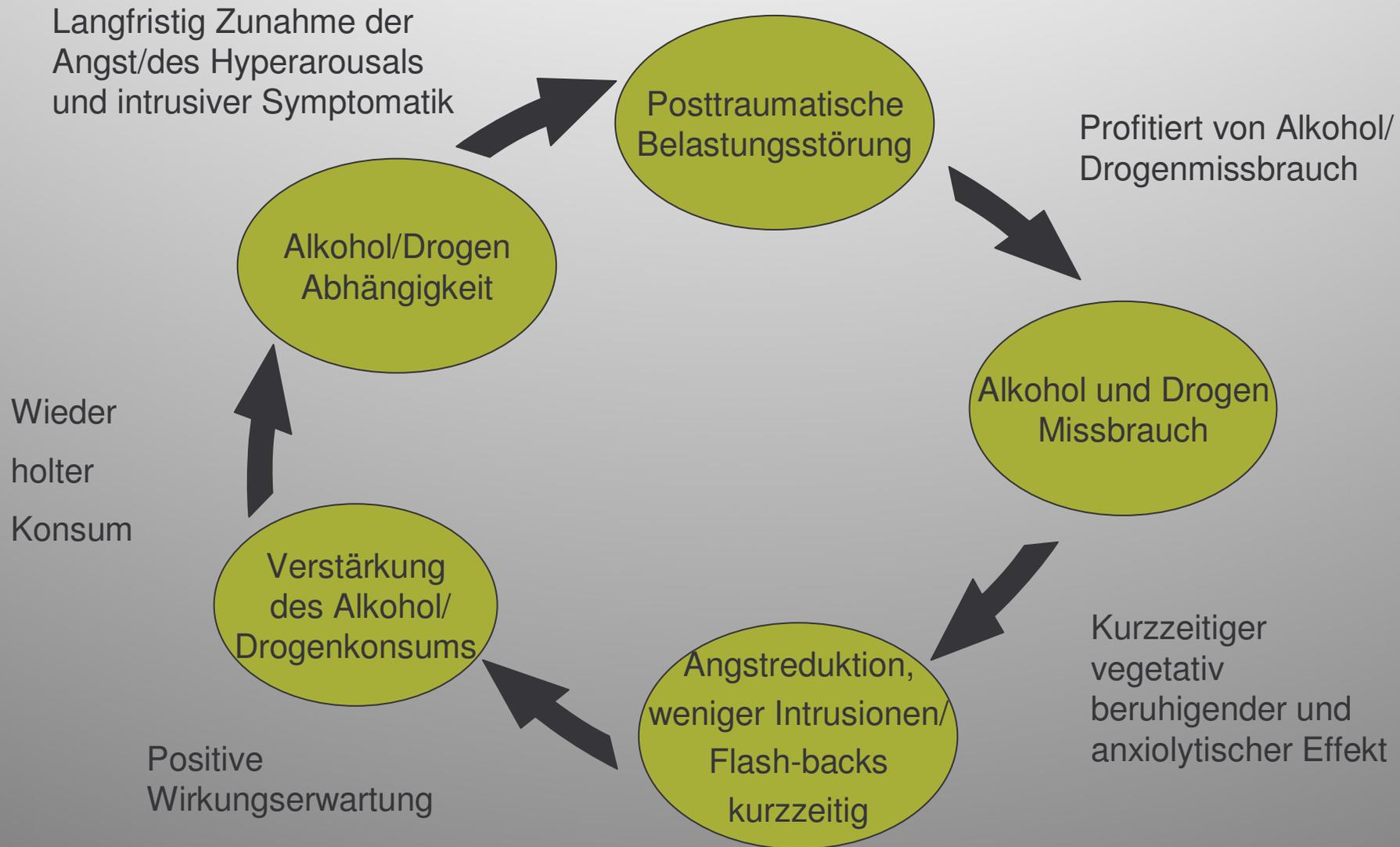
## Paniksystem-Furchtsystem



Suchterkrankungen und Traumafolgestörungen  
sind Erkrankungen des zentralen  
Stressverarbeitungssystems



# Teufelskreismodell PTBS und SMA



Die Zahl der Suchtpatienten, die comorbide an einer **Traumafolgestörung (PTBS/DESNOS)** leiden, ist hoch.

Symptome einer Traumafolgestörung werden **nicht durch eine Suchterkrankung** verursacht, aber erhalten die Sucht aufrecht.

Ein **integratives Arbeiten** mit beiden Störungen kann das schlechtere Abschneiden von Patienten mit Suchterkrankung und PTBS verbessern.

# Die „primäre Wunde“: traumatische Bindung



Einteilung traumatischer Erlebnisse	„schicksalhaft“	„durch Menschen“ man-made-trauma
<b>Typ I-Trauma</b> kurzandauernd	Verkehrs/Arbeitsunfälle Naturkatastrophen	Vergewaltigungen, körperliche Gewalt, andere Gewalterlebnisse z.B. Geiselnahmen
<b>Typ II-Trauma</b> langandauernd	Langandauernde Naturkatastrophen (Flut/Erdbeben)	<div data-bbox="1346 919 1975 1219" style="background-color: #c8e6c9;">           Gewalt in der Kindheit- immer wiederkehrend Bindungstraumatisierungen         </div> <div data-bbox="1346 1219 1975 1439">           Folter Politische Inhaftierung         </div>

# Bindungstraumatisierung und Sucht

physische/sex.Gewalt und emotionale Vernachlässigung in der Kindheit  
Überstimulation (abuse) und Deprivation (neglect)

- **broken home Familien**  
→ häufig wechselnde Bezugspersonen
- **mehrgenerationale Suchterkrankungen**  
→ Copingstrategie Suchtmittelkonsum
- **Parentifizierung der Kinder**  
→ Peergroup als Familienersatz
- **unvorhersehbares Verhalten der Bezugspersonen**  
→ geringe Stress -und Frustrationstoleranz





Das **Bindungsbedürfnis** gehört zu den Grundbedürfnissen von sozial lebenden Tieren, also auch den Menschen.

Das Alleinlassen von Jungtieren löst eine **Protestreaktion**, ein typisches Verhaltensmuster aus: „distress-vocalizations“, motorische Unruhe und Überwachtheit.

Das Paniksystem im Gehirn schüttet vermehrt Stresshormone aus. Die das Paniksystem beruhigenden Neuropeptide („**prime movers**“) dienen zur Herstellung und Erhalt von Bindung.



**Prime movers** wirken auf alle körperlichen und affektiven bindungsfördernden Wahrnehmungen im Gedächtnis - Gerüche, Berührungen, Laute, Anblicke.

Bei Fehlen einer positiven Bindungsbeziehung wird die **Bahnung der Speicherung bindungsfördernder Gedächtnisinhalte verhindert.**

Menschen sind dann durch sich selbst oder andere schwerer zu beruhigen.

Die Regulation der Emotionen kann dann nicht über den Austausch mit Beziehungspersonen in **SELBSTREGULATION** übergehen.

Es entsteht eine **Störung des zentralen Stressbewältigungssystems.**

# Frühe Eltern-Kind-Beziehung

Subjekt- Kind

Geburt

Objekt-Eltern

gemeinsam  
eingebunden  
vital

bedürfnisbefriedigend  
haltgebend  
antizipierend

intentional-  
Joint-attention  
kommunikativ

1

affektregulierend  
zugewandt-interessiert  
spielerisch-involviert  
feinfühlig-verstehend  
verbalisierend

objektbedürftig  
gebunden

2

Sicherheit gebend  
belohnend

# Frühe Eltern-Kind-Beziehung

Subjekt- Kind

Geburt

Objekt-Eltern

gemeinsam  
eingebunden  
vital

bedürfnisbefriedigend  
haltgebend  
antizipierend

intentional-  
Joint-attention  
kommunikativ

affektregulierend  
zugewandt-interessiert  
spielerisch-involviert  
feinfühlig-verstehend  
verbalisierend

objektbedürftig  
gebunden

**sichere Bindung**

Sicherheit gebend  
belohnend

1

2

## Der psychologische Begriff der Struktur

In der Psychologie der Persönlichkeit bedeutet Struktur einen eigenen psychischen Binnenraum zur Verfügung zu haben, Affekte zu spüren, Erinnerungen zu ordnen, Konflikte auszutragen, Ambivalenz auszuhalten, Handlungen vorzubereiten.

**...die äußere Welt in die innere Welt hinein zunehmen,  
in Sprache zu fassen  
und dabei die eigene Position zu bestimmen.**

# Strukturelle Störungen

## Menschen mit strukturellen Defiziten

- können weniger über sich selbst nachdenken, bleiben sich fremd, verstehen sich nicht.
- können nur beschreiben, was sie selbst oder andere Menschen tun, aber weniger warum sie es tun.
- können sich weniger einfühlen, sind nicht empathisch.
- können keine realistische Vorstellung über das Tun des Anderen entwickeln.
- können Sachebene und Beziehungsebene oft nicht trennen, Konflikte werden dann interpersonell ausgetragen
- therapeutische Reflexion wird zur Interaktion- zum Interagieren.  
(Heigl u. Heigl- Evers)

**Eine strukturelle Störung ist eine Werkzeugstörung!**

## Psychische Problemfelder bei strukturellen Defiziten

Störung der Stress- und Emotionsregulation

dysfunktionale Copingstrategie Sucht

Symptome von Traumafolgestörungen  
Alpträume, Intrusionen, Ängste

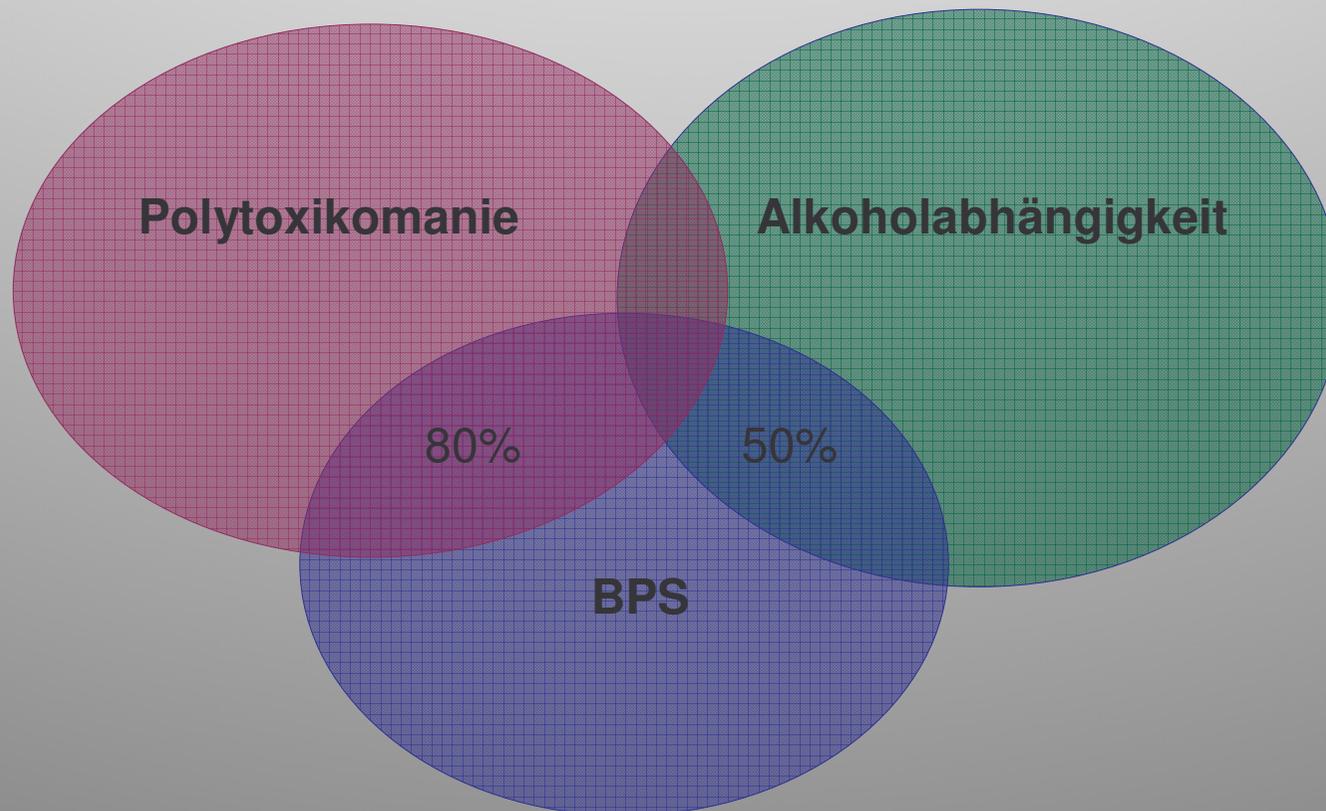
Bindungsproblematik

**Persönlichkeitsstörungen auf  
„Borderline Niveau“:**  
**emotional-instabil**  
**dissozial** (auch selbstunsicher/abhängig)

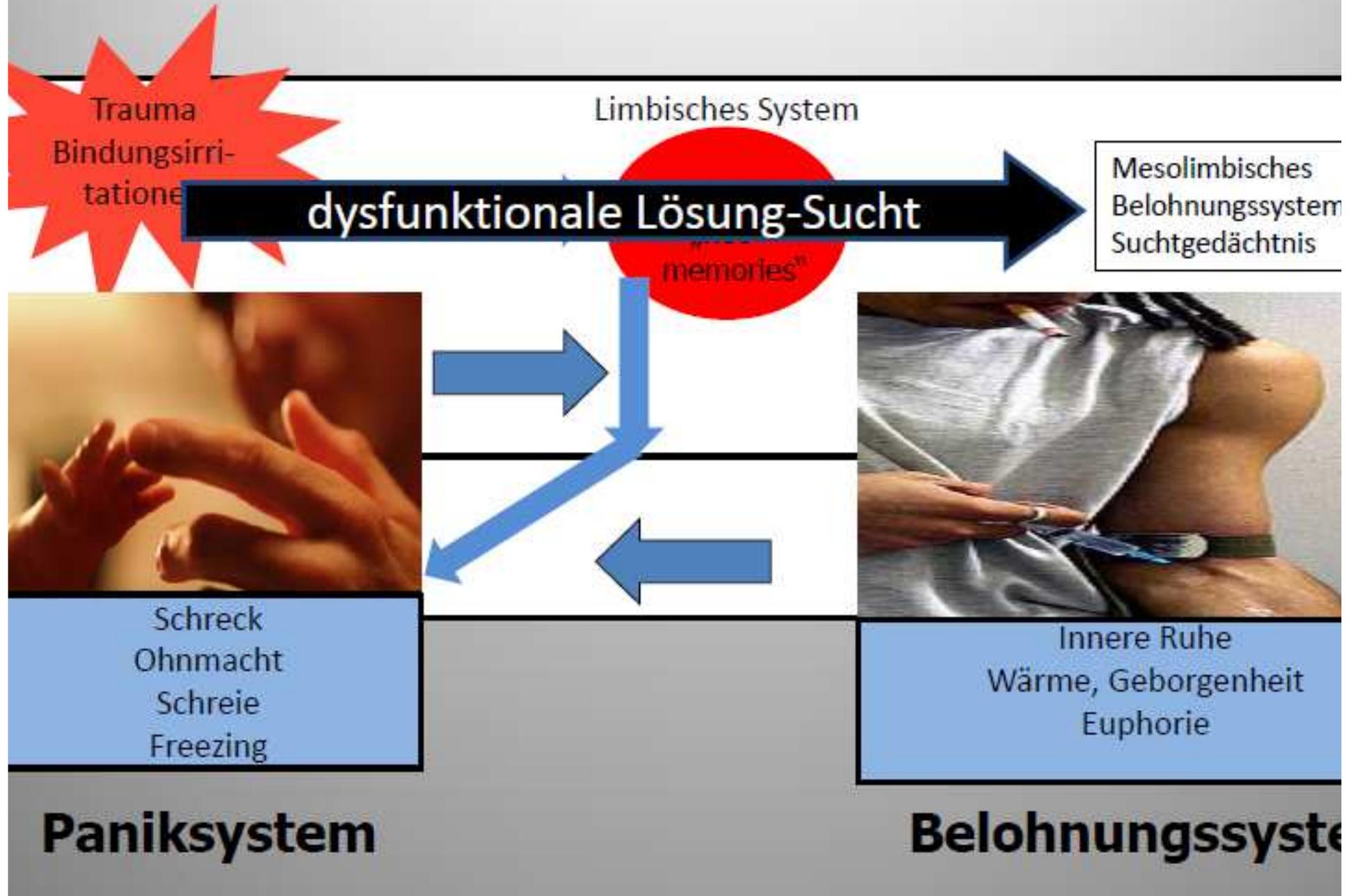
Depressionen



# Comorbidität der Suchterkrankungen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

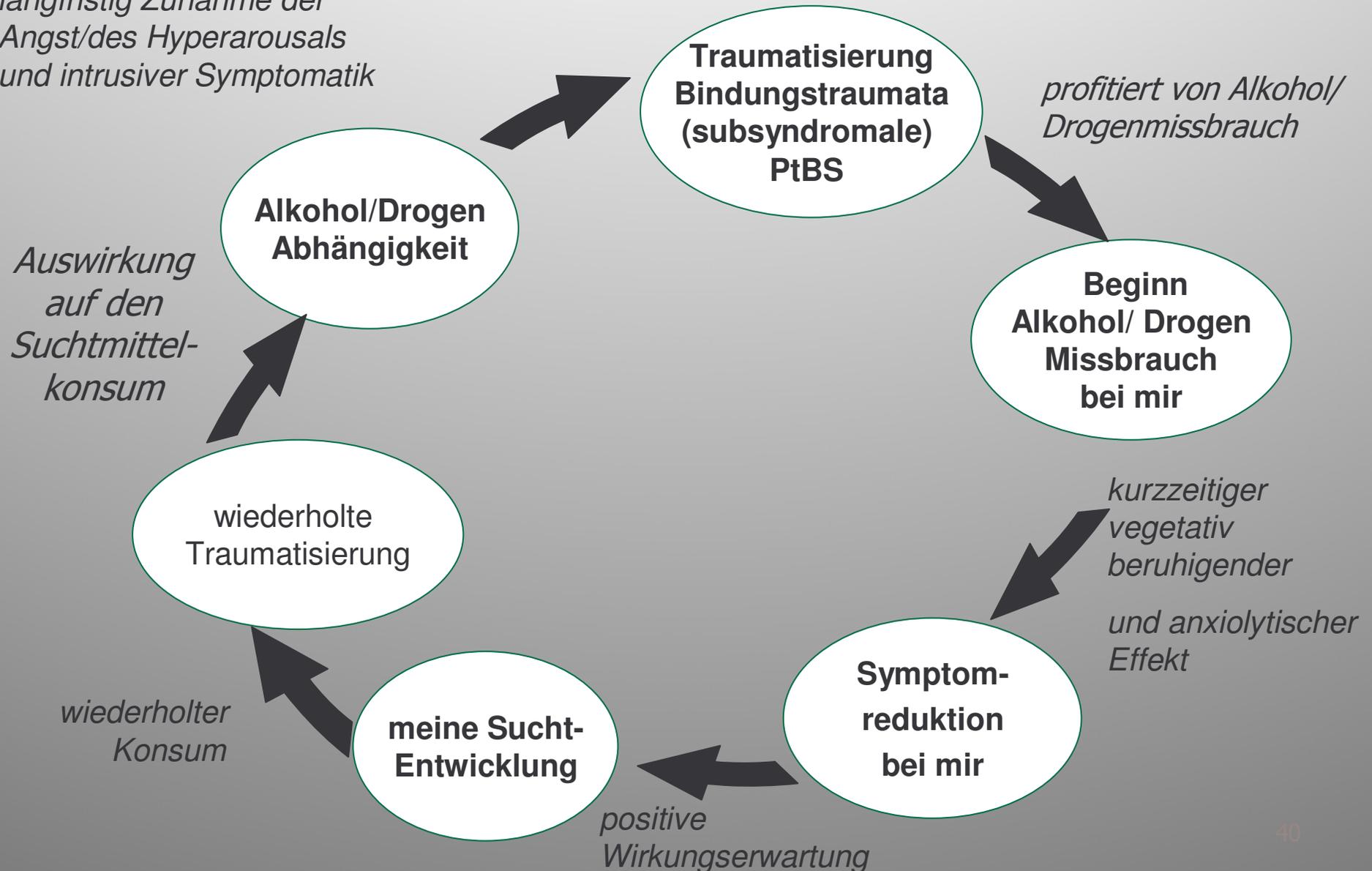


# Bindung, Stressbewältigung und Sucht



# mein Teufelskreismodell - mein Krankheitskonzept

*langfristig Zunahme der Angst/des Hyperarousals und intrusiver Symptomatik*

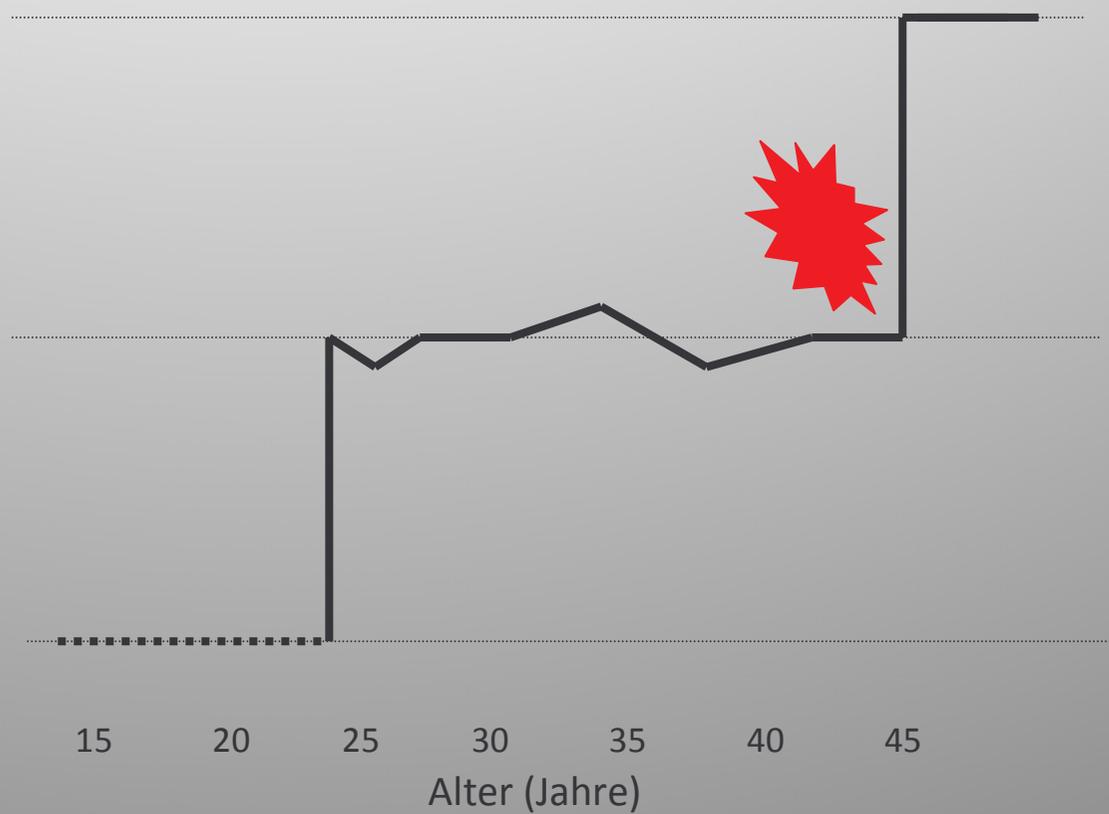


# Trauma- Sucht- Verlauf Typ I

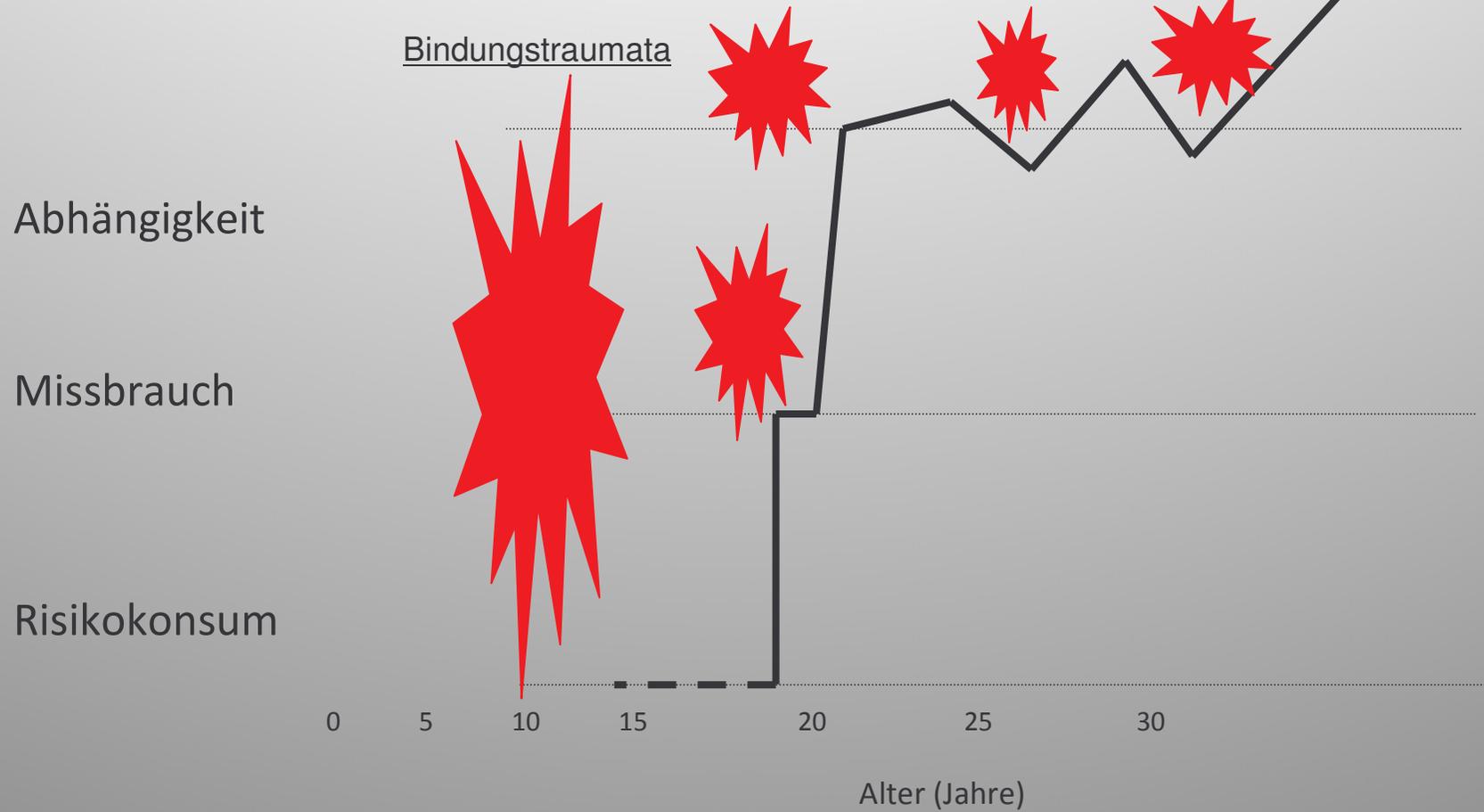
Abhängigkeit

Missbrauch

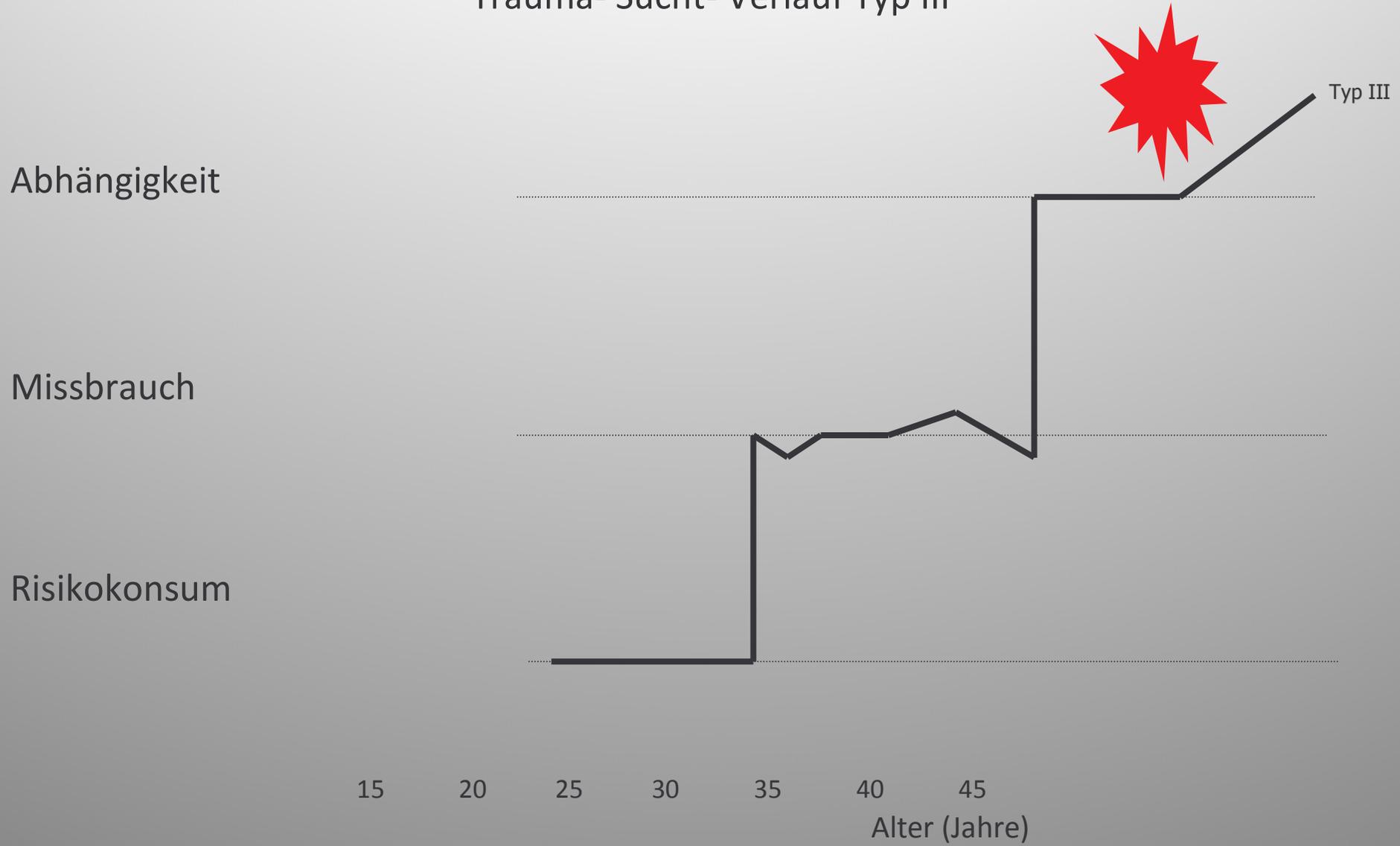
Risikokonsum



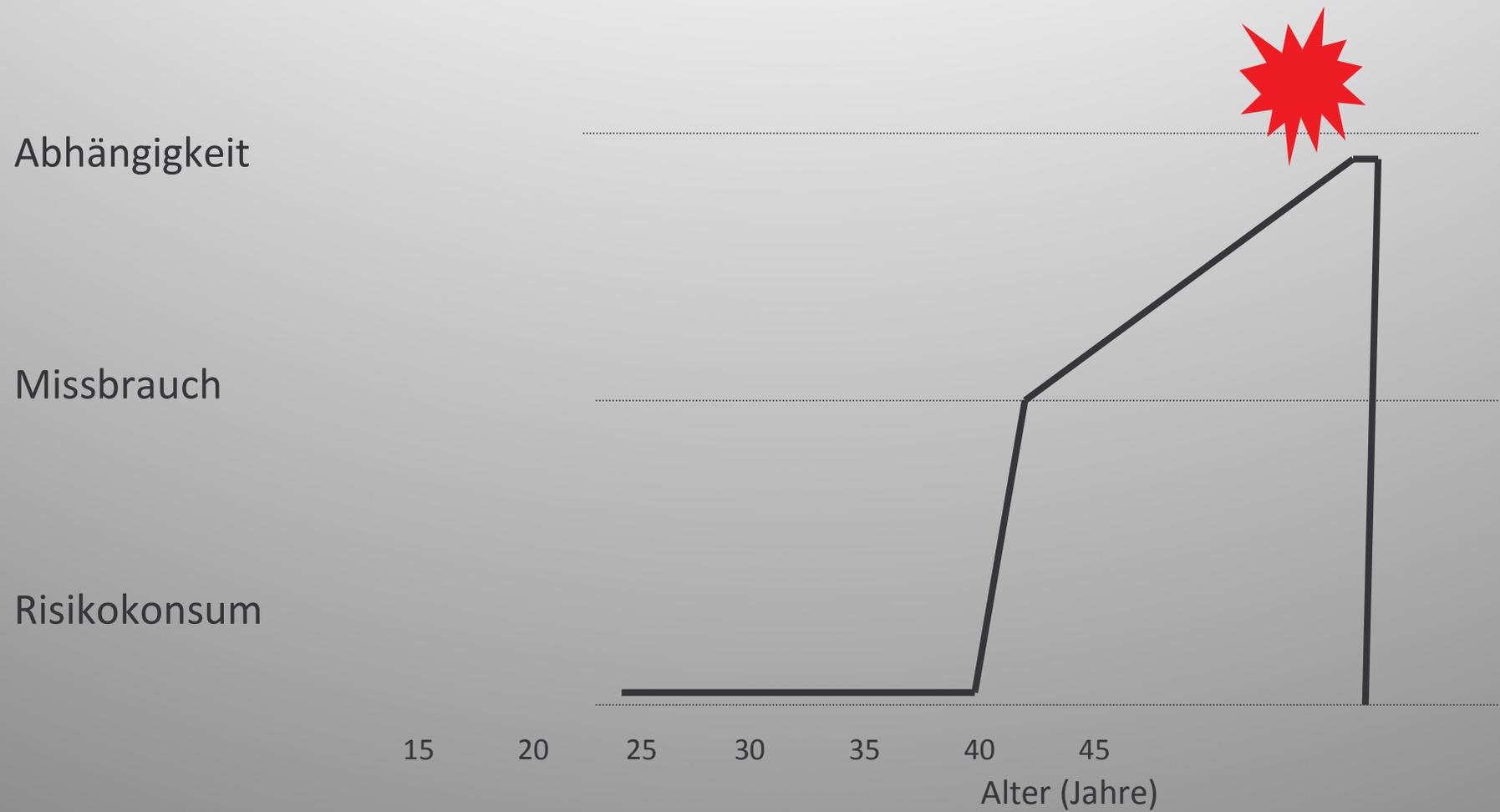
# Trauma- Sucht- Verlauf Typ II



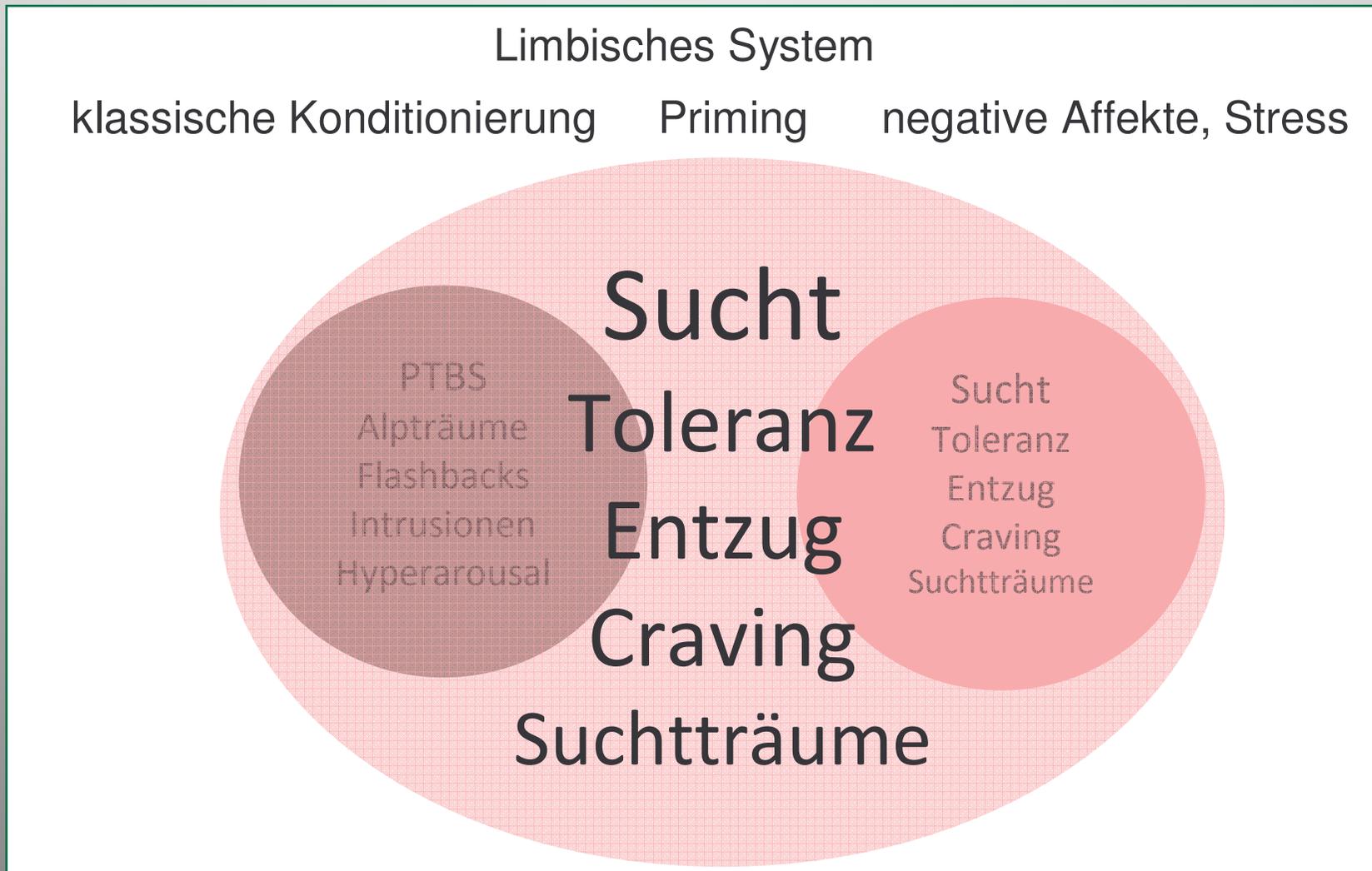
# Trauma- Sucht- Verlauf Typ III



## Trauma- Sucht- Verlauf Typ IV



# Überformung der PTBS



**Während wir bei der posttraumatischen Belastungsstörung die aversiven Reize nicht vergessen können, bleiben uns bei der Suchterkrankung die positiven Stimuli unauslöschlich im Gedächtnis.**

**Suchtkranke mit posttraumatischer Belastungsstörung erleben sich vordergründig nicht mehr als Opfer der Traumafolgestörung, sondern als Opfer ihrer Abhängigkeitserkrankung.**

# Dysfunktionale Stressbewältigung bei Sucht und Trauma

## Dissoziation versus Intoxikation

Dissoziation



selbstverletzende  
Verhaltensweisen



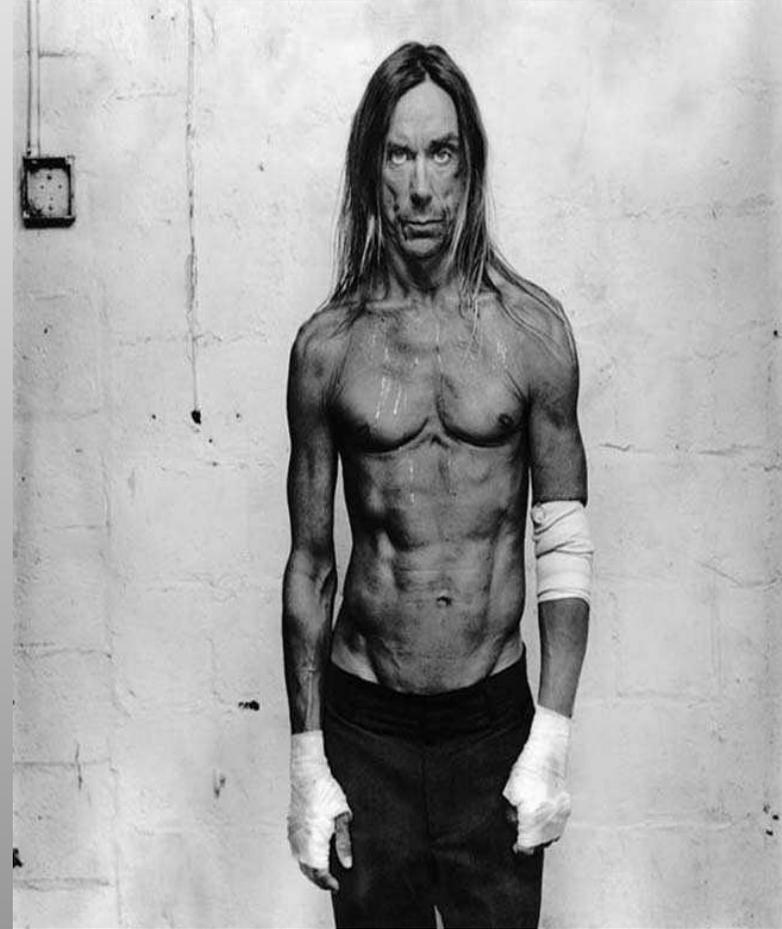
Intoxikation  
als chemische Dissoziation



Craving



# Regressionsstates



# Die professionelle Beziehung zu traumatisierten Süchtigen

**Nah sein  
Nah genug sein  
und doch nicht zu nah**



# Professionelle Beziehung zu traumatisierten Süchtigen

## „Funktionelle Beelerung“

Validierung  
wohlwollendes Sorgen  
echte Anteilnahme  
Authentizität  
Unterstützung  
miteinander sein

## „Coach“

Konfrontation  
Ziele setzen  
Fordern  
Eigenverantwortung  
übernehmen

**Akzeptanz**

**Veränderung**

**Stagnation**

# Professionelle Beziehung zu traumatisierten Süchtigen

## „Funktionelle Beelerung“

Validierung  
wohlwollendes Sorgen  
echte Anteilnahme  
Authentizität  
Unterstützung  
miteinander sein

## „Coach“

Konfrontation  
Ziele setzen  
Fordern  
Eigenverantwortung  
übernehmen

**Akzeptanz**

**Veränderung**

**Widerstand**



## Professionelle Beziehung

**Kein Beziehungsangebot, das nicht gehalten werden kann!**

- Ansprache des Erwachsenenstates
- ressourcenorientierte Sicht der professionellen Beziehungsperson
- dialektische Haltung
- Wandel der professionellen Beziehung  
durch Validierung und Markierung der Verhaltensmuster  
kurzzeitig: korrigierende Bindungserfahrung  
**langfristig: Symbolisierung der professionellen Beziehung  
durch neue Prozeduren, Rituale und  
neue Gewohnheiten.**



## Professionelle Beziehung

### sonst Gefahr von:

#### Verstärkung abhängiger Strukturen

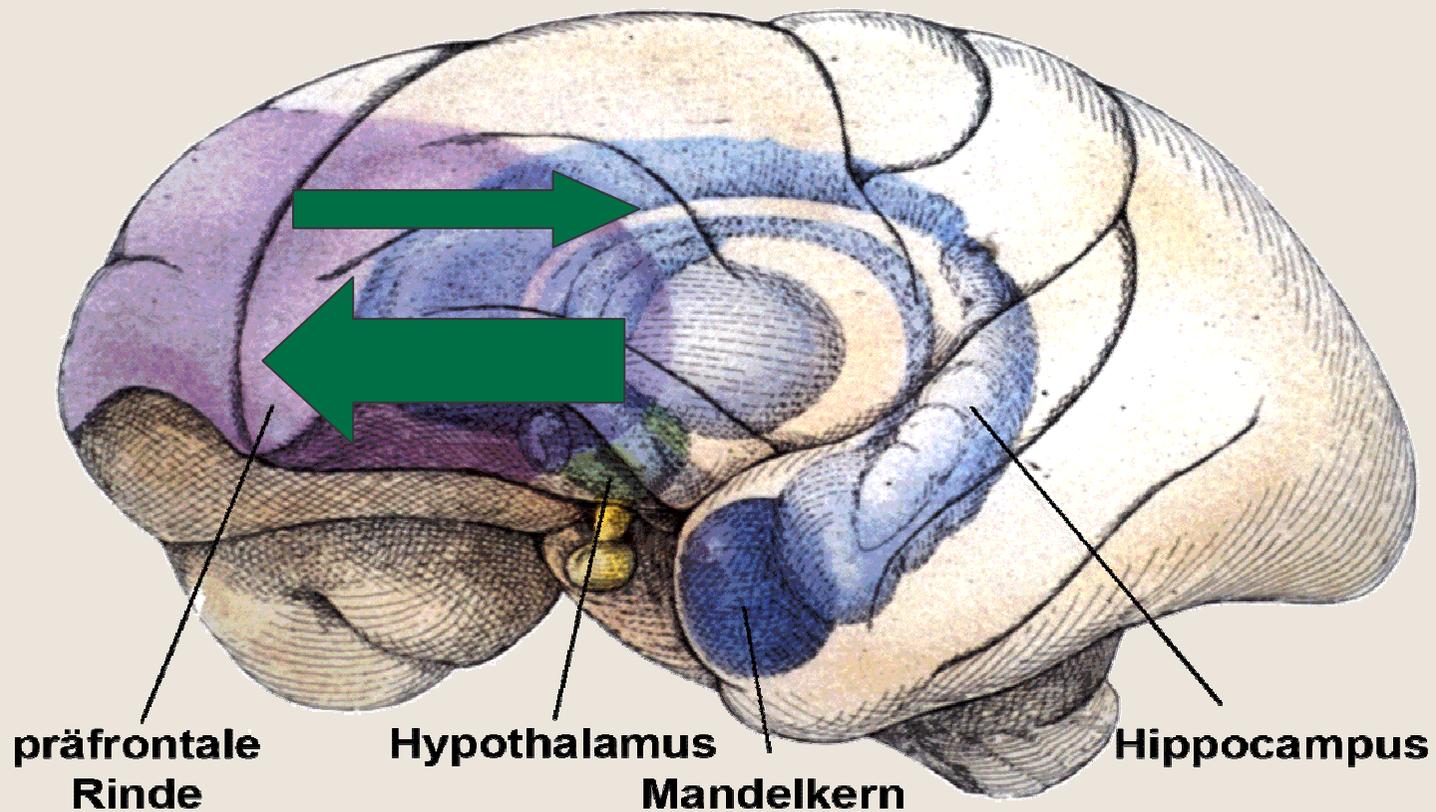
- Förderung abhängiger Beziehungsmuster durch geringe Internalisierungsfähigkeit.
- Bestätigung der Kognition: „ Auf Suchtmittel ist Verlass - Suchtmittel sind zuverlässliche Partner“.

#### Idealisierung und Abwertung

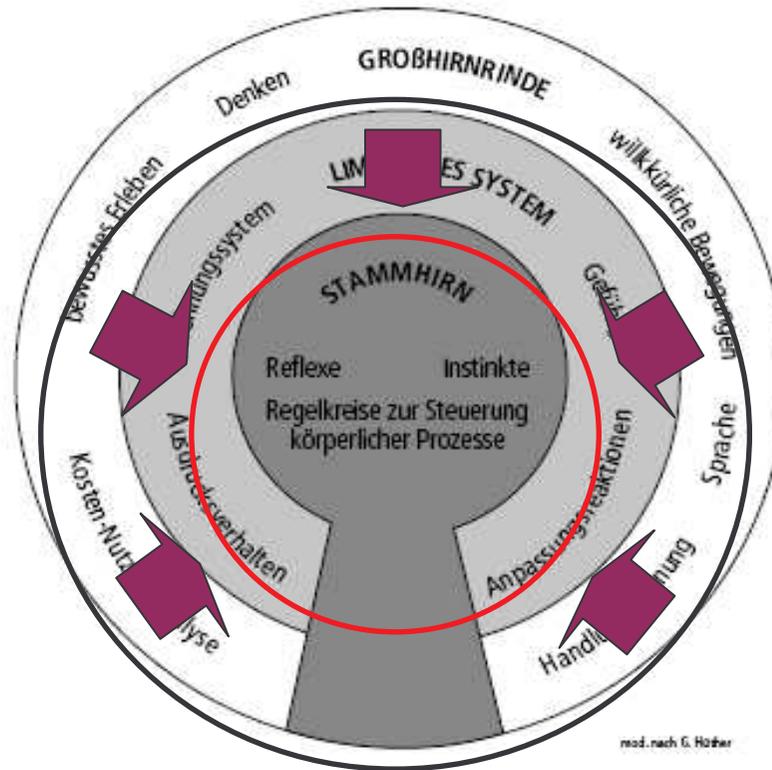
- Aktivierung früherer pathologischer Beziehungsmuster  
!!!Achtung Falle !!!

Die professionelle Beziehungsperson hält nicht das, was sie verspricht.

# Suchterkrankungen und Traumafolgestörungen sind Erkrankungen des zentralen Stressverarbeitungssystems



# Kopf oder Bauch?



## Aufbau einer präfrontalen Hemmung

# Literaturhinweise

1. Lüdecke, Sachsse, Faure (2010). Sucht-Bindung-Trauma. Schattauer Verlag.
2. Beck, Wright, Newmann, Liese. (1993). Kognitive Therapie der Sucht. Beltz.
3. Förstl, Hautzinger, Roth (2006). Neurobiologie psychischer Störungen. Springer Verlag.
4. Grawe (2004). Neuropsychotherapie: Göttingen, Hogrefe Verlag
5. Linehan, M. (1996). DBT der Borderlinepersönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.
6. Trainingsmanual zur o.g. Buch, Linehan, M.; CIP-Medien, München, 1996.
7. Margraf, J. (2003). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer-Verlag
8. Weiss, Harrer, Dietz. (2010). Das Achtsamkeitsbuch: Klett-Cotta.

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

**d.mandrek@asklepios.com**