

**5. Runder Tisch „Frühe Kindheit“
„Trauma und die Folgen“**

Impulsreferat 14.11.2016 LKH Feldkirch
Netzwerk Familie

Mag. Christine Gruber
Klinische & Gesundheitspsychologin

Bindung – Trauma –
Frühe Hilfen - wie?



Frühe Hilfen
sind darauf ausgerichtet,
wertvolle Beiträge
zu all dem zu leisten,
was
BINDUNGSSICHERHEIT
ausmacht

„Bindungsbegründete Prävention“

Gabriele Gloger-Tippelt (2008) verwendet für die aus den Erkenntnissen der Trauma- und Bindungsforschung resultierenden Präventionsangeboten den Begriff „Bindungsbegründete Prävention“

Wie Menschen in der Lage sind, auf bedrohliche Ereignisse zu reagieren, hängt wesentlich davon ab, welche Bindungen (Beziehungen) sie als Kinder zu ihren nächsten Bezugspersonen hatten / haben konnten.

Gloger-Tippelt Gabriele (2008): Bindung in der Kindheit – Grundlagen, Auswirkung von traumatischen Erfahrungen und Prävention. In: Franz Matthias, West-Leuer Beate (Hg.): Bindung Trauma Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen. Psychosozial-Verlag, Gießen. S. 39-71.

Was ist Bindung?



Theorie über Bindungsverhalten John Bowlby

Die Theorie über Bindungsverhalten geht zurück auf John Bowlby (1969, 1982), der mit dem Begriff „Bindung“ die Fürsorge und Schutz bietende Beziehung durch die primäre(n) Bezugsperson(en) beschreibt, die dem Kind erst die Freiheit für neugieriges Entdecken der Umwelt eröffnet.

Die unterschiedlichen Bindungsqualitäten / Bindungsstile bilden sich nach Bowlby (1969, 1982) bereits im ersten Lebensjahr aus und bleiben prägend bis ins Erwachsenenalter.

BINDUNGSVERHALTEN DIENT DEM ÜBERLEBEN UND IST BIOLOGISCH VERANKERT!

Kinder mit sicherer Bindungsentwicklung

Kinder mit sicherer Bindungsentwicklung sind nach Dieter et al. (2005) und Klann-Delius (2002) in der Lage:

- sich in Notsituationen Hilfe zu holen
- haben mehr freundschaftliche Beziehungen
- haben ein ausgeprägteres und differenzierteres Bewältigungsverhalten
- können auf unterschiedliche Bewältigungsstrategien zurückgreifen

Dieter, S.; Walter, M. & Brisch Karl Heinz (2005): Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter. Logos Interdisziplinär 13, 170-179

Kinder mit sicherer Bindungsentwicklung

- sind als Erwachsene besser in der Lage partnerschaftliche Beziehungen zu leben, die eine gewisse emotionale Verfügbarkeit für den/die Partner/in beinhalten und für beide Seiten befriedigender sind.
- bessere Konzentrations- und Gedächtnisleistungen zu erbringen und sich ein besseres Lernverhalten anzueignen
- eine bessere Sprachentwicklung mit weniger Störungen zu erleben
- Konflikte konstruktiver und sozialer zu lösen
- in Konfliktsituationen weniger aggressiv zu reagieren

Klann-Delius, G. (2002): Bindung und Sprache in der Entwicklung. In: Brisch, K.H.; Grossmann, K.E.; Grossmann, K. et al. (Hg.): Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart. Clett Cotta. S. 87-107.

Kinder mit unsicherer Bindungsentwicklung / mit Bindungsstörungen

Nach Karl Heinz Brisch (2006) sind bei unsicher gebundenen Kindern all die o.g. Ressourcen und Möglichkeiten schwächer ausgeprägt bzw. die Entwicklung verlangsamt.
Kinder mit Bindungsstörungen zeigen in all diesen Bereichen erhebliche Irritationen und psychopathologische Auffälligkeiten.

Brisch, Karl Heinz (2006b): Bindung und Trauma. Schutzfaktoren und Risiken für die Entwicklung von Kindern. Psychotherapie im Dialog. Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien 4, 382-386.

Trauma & Bindungsentwicklung

Sichere Bindung(sentwicklung) kann durch traumatische Erfahrungen gefährdet bzw. von vorne herein verhindert werden.
Es macht sehr viel Sinn, „TRAUMA-FOLGE-PRAEVENTION“ je früher desto besser zu beginnen.

Aber: was ist Trauma?



TRAUMA = die NORMALE Reaktion, eines NORMALEN Menschen auf eine NICHT NORMALE Situation

Traumata, d.h. traumatische Erlebnisse, sind Situationen, in denen Menschen von Ereignissen überrascht werden, die durch ihr plötzliches Auftreten und ihre Heftigkeit / Intensität an Bedrohung die Betroffenen in einen ungeschützten Angst-Schreck-Schock und damit in einen überflutenden „Stresszustand“ versetzen..

Trauma-Definition

Nach Fischer und Riedesser (1998, S. 79) ist Trauma ein "vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt."

Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/Basel: Reinhard.

Trauma-Definition

In den AWMF-Leitlinien beinhaltet die Definition auch die Zeugenschaft:
Die Person war selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das Leben anderer Personen bedroht war oder eine ernste Verletzung zur Folge hatte. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltet Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Durch das traumatische Erleben wird das Vertrauen in sich selbst und andere grundlegend erschüttert.

AWMF-Register Nr. 051/010: Patientenversion S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.
<http://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.htm> am 25.02.2012

Trauma = pathologischer Stress

STRESSREAKTION, die dem Überleben dient.
Wenn eine Notfallsreaktion zur Dauerreaktion wird, brennen irgendwann im Körper die Sicherungen durch; wenn Dauerstress vom Körper gegenreguliert werden muss, unterdrücken die Stresshormone zunehmend die körpereigenen Abwehrkräfte.
Ziel ist es deshalb, den Stress kontrollierbar zu machen.

Parallel arbeitende Subsysteme im Gehirn für die Stressverarbeitung: Hippocampus & Amygdala

Hippocampus und Amygdala liegen im limbischen System. Sie sind diese beiden Reizverarbeitungs- bzw. Speichersysteme in unserem Gehirn, die wir als den ‚kühlen‘ und den ‚heißen‘ Informationsspeicher bezeichnen können. Sie verarbeiten Reize, vor allem Stresserfahrungen in unterschiedlicher Weise. Die Amygdala ist unser ‚Frühwarnsystem‘, das entwicklungsbiologisch früher angelegt und primitivere, der Hippocampus das später entwickelte und differenziertere System.

zitiert aus: Besser, L. (2006): EMDR-Kindercurriculum 2006. Traumatherapie und EMDR bei Kindern und Jugendlichen. Isenrhagen. (www.zptn.de)

Hippocampus

Hippocampus-System = „den kühlen Kopf bewahren“ = geordnetes Archiv / Bibliothek; es ist unser biographisch und zeitlich geordnetes, explizites Gedächtnis. Informationen werden/sind Informationen sprachlich ausdrückbar (narrativ), episodisch geordnet, kognitiv überprüfbar, gut geschützt und emotional wenig antriggerbar, also moderiert verarbeitet und gespeichert. Es bestehen enge Verbindungen zum Broca-Sprachzentrum und zum Thalamus.

Trauma bewirkt überschießende Affekte – „jemand hat den kühlen, klaren Kopf verloren“

Das „heiße“ Amygdala-System speichert emotional radikale Erfahrungssplinter, d.h. Sinneseindrücke ungefiltert und pur. Es ist unser implizites Gedächtnis mit fragmentarischer Speicherung der komplexen Stressreize und der dazugehörigen Affekte, ohne Raum- Zeit- Zuordnung (also auch ohne biographische Zuordnung), bei gleichzeitiger Supprimierung des Broca-Sprachzentrums und Unterbrechung der Verbindungen zum Thalamus ohne verbale Ausdrucksmöglichkeit –“ es verschlägt einem die Sprache“

Amygdala

Das „heiße“ Amygdala-System speichert emotional radikale Erfahrungssplinter, d.h. Sinneseindrücke ungefiltert und pur. Es ist unser implizites Gedächtnis mit fragmentarischer Speicherung der komplexen Stressreize und der dazugehörigen Affekte, ohne Raum- Zeit- Zuordnung (also auch ohne biographische Zuordnung), bei gleichzeitiger Supprimierung des Broca-Sprachzentrums und Unterbrechung der Verbindungen zum Thalamus ohne verbale Ausdrucksmöglichkeit –“ es verschlägt einem die Sprache“

Die in die Amygdala eingehenden und gespeicherten Informationen sind kognitiv nicht überprüfbar und als ‚Hier-und-Jetzt-Erleben‘ leicht triggerbar, so dass heftige „hysterische“ Reaktionen auch nach Jahren in der Amygdala ‚unabgekühlt‘ immer wieder abgerufen, nicht aber weiter verarbeitet werden können. Anders ausgedrückt handelt es sich dann um ein „übersensibilisiertes Alarmsystem“, das (aus Schutzgründen) im Körper dann auch zu früh und zu schnell Alarm schlägt.

Flashbacks und Intrusionen fühlen sich nicht an ‚wie damals‘, sondern als wenn es ‚gerade jetzt‘ passiert!

Trauma & Dissoziation

Wenn eine Bedrohung wahrgenommen wird, kommt es vorerst zu einer maximalen Erregung des Organismus, das Herz-Kreislaufsystem arbeitet auf Hochtouren und es kommt zu einer tonischen Immobilität (Ab- und Adduktoren sind gleichzeitig erregt) – „Der Schrei bleibt im Hals stecken“, die Verarbeitungsmechanismen werden lahmgelegt. In einer lebensbedrohlich erlebten Situation, mit Todesangst schaltet der Körper ab, damit wir weniger spüren und leiden müssen, bis hin zum Erleben von Leichtigkeit, Schmerz- und Furchtlosigkeit, ja geradezu „glückseligen“ Erlebnisqualitäten in unmittelbarer Todesnähe (Endorphinwirkung).

GEISTIGES WEGTRETEN – NEUTRALISIERUNG VON TODESANGST durch einen sofortigen Anstieg von Noradrenalin und körpereigenen Endorphinen, welche die integrative Wahrnehmung blockieren

vergleiche: Besser, L. (2006): EMDR-Kindercurriculum 2006. Traumatherapie und EMDR bei Kindern und Jugendlichen. Isernhagen. (www.zpfn.de)

Trauma & Dissoziation

Es entsteht eine Wahrnehmungsbeeinträchtigung in Form einer Fragmentierung, die die emotionale Bewertung verändert.

vgl. Michaela Huber (2003, S. 43)

Die Fragmentierung kann das Ereignis betreffen, bis hin zur Fragmentierung der gesamten Persönlichkeit.

Huber Michaela (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil I. Paderborn: Junfermann.

„Flashbacks“; „Trigger-Situationen“; Vermeidung

Erinnerungen an traumatische Ereignisse sind also oft im Gedächtnis eingefrorene, fragmentierte, unvollständige und zum Teil amnestische oder teilamnestische, also oft „nicht konkrete Erinnerungen“, die im impliziten Gedächtnis emotional und als Körperreaktion (body-memory) abgespeichert sind, aber keine kognitive einordnende oder bildhafte Repräsentanz beinhalten. Sie können daher auch lange Zeit als „fehlende Erinnerungen“ (Amnesie) bestehen, viele „unerklärliche“ Symptome auslösen oder aufrecht erhalten und durch bestimmte Trigger plötzlich wieder als flashbacks auftauchen und deutlicher werden.

Einige Symptome und auffällige Verhaltensweisen entstehen auch aus der phobischen Vermeidung von Trigger-Reizen.

zitiert aus: Besser, L. (2006): EMDR-Kindercurriculum 2006. Traumatherapie und EMDR bei Kindern und Jugendlichen. Isernhagen. (www.zpfn.de)

„Flashbacks“; „Trigger-Situationen“

„Die gefürchteten Erinnerungen, die durch starke Trigger reaktiviert werden, verfolgen Traumatisierte insbesondere dann, wenn ihre emotionalen und physischen Reserven erschöpft sind.“

Suizidalität ist NICHT TOD SEIN WOLLEN, sondern RUHE und FRIEDEN erleben wollen.

NICHTREALISIERUNG ALS KERN DER TRAUMATISIERUNG

zitiert aus: Nijenhuis, E.R.S. (2016): Fortbildungsreihe Chronische Dissoziation der Persönlichkeit: Diagnose und Behandlung Modul 1 (ZAP Wien)

Traumaverarbeitung



Traumaheilung

„Dass es Traumata gibt, ist eine Tatsache des Lebens. Sie müssen jedoch nicht zur lebenslänglichen Strafe werden. Traumata sind nicht nur heilbar, sondern können auch transformierend wirken. Traumata zählen zu den wichtigsten Kräften der menschlichen Entwicklung, des psychischen, sozialen und spirituellen Erwachens.“ (Levine, 1998)

Traumaheilung

Unser menschliches Gehirn ist ein „nutzungsabhängiges Organ“, deshalb ist auch der gegensätzliche Prozess möglich, auch frühe Traumata sind integrierbar und desolante Bindungserfahrungen lassen sich in sichere Beziehungsfähigkeit umwandeln – das ist die gute Nachricht!!!

Neue Erfahrungen und zwischenmenschliche Begegnung lassen die Nervenverbindungen wachsen, aus denen die Psyche besteht. Auch unsicher oder desorganisiert gebundene Menschen können im Laufe des Lebens eine sichere Bindung lernen. Allerdings kommt dies nicht von allein. Sondern nur, wenn sie dies gezielt in Beziehungen (in einem individuellen oder auch therapeutischen Kontext) lernen.

Traumaverarbeitung

Um eine traumatische Erfahrung zu verarbeiten, bedient sich der menschliche Organismus zwei Arten von Selbstheilung, die er immer wieder abwechselt:

Intrusion: das Bedürfnis, sich mit dem Trauma auseinander zu setzen, darüber zu sprechen, davon zu träumen, es immer wieder (unbewusst ausgelöst) zu erinnern und

Konstriktion: das Bedürfnis sich zurückzuziehen und in Ruhe gelassen zu werden.

Während der normalen Zeit der Verarbeitung eines Traumas, die acht Wochen bis ein halbes Jahr dauern kann, können auch Gefühle der Verwirrung, der Entfremdung und einer erhöhten Reizbarkeit, sowie andere heftige Gefühle wie Panik oder Todesangst auftreten. Beim gelingenden Prozess der Traumabewältigung durchlebt man die Phasen: Aufschrei, Verleugnung, wiederkehrende Erinnerungszustände bis hin zu Phasen des Durcharbeitens und der Integration.

Traumaverarbeitung

Gelingt die o.g. Selbstheilung nicht, kommt es zu(r) Traumafolgestörung(en) (PTSD)

Dies bedeutet eine Intensivierung, Verlängerung bzw. Blockade des natürlichen Ablaufes und daraus folgend zur Entstehung der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder).

Traumaverarbeitung

Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen können sich zeigen in:

- **Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen:** Umgang mit Ärger, Selbstverletzung/Selbstbeschädigung, Suizidalität, Störungen der Sexualität, Exzessives Risikoverhalten
- **Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins:** Amnesien, Vorübergehende dissoziative Episoden und Depersonalisierung
- **Störungen der Selbstwahrnehmung:** Wirkungslosigkeit, Stigmatisierung, Schuldgefühle, Scham, Isolation, Bagatellisieren
- **Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen:** Unfähigkeit zu vertrauen, Reviktimsierung, Viktimisierung anderer Menschen
- **Somatisierung:** Somatoforme Beschwerden, Hypochondrische Ängste
- **Veränderung der Lebenseinstellung:** Fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von Persönlichen Grundüberzeugungen

Sensibilisierung für und Aufbau von Ressourcen

Augenblicke im Leben, in denen Sie sich mit sich so richtig eins gefühlt haben: „Das bin ich“. Ressourcen müssen persönlich bedeutungsvoll sein und subjektiv zu Wohlbefinden führen.

Wenn es in, z.B. Akutsituationen schwer geht, dann hilft lösungsorientiertes Fragen: „einmal angenommen, es würde Ihnen doch für einen Augenblick gelingen an etwas Hilfreiches, Entspannendes, Stärkendes, Gutes... zu denken, woran würden Sie da denken? (Vgl. auch Reddemann, L., 2001)

Selbstberuhigung und Flashbackstopp

Den Fokus auf die Wahrnehmung von Sinneseindrücken im „Hier und Jetzt“ lenken:

Atemstopp, aktiv bewegen, Orientierung im Raum (5 runde Gegenstände finden), Tel.Nr. von hinten aufsagen...

„Absorptionstechnik“

- Benennen des ressourcenreichen Zustandes
- Wahrnehmen wo dieser am Körper, wie gespürt werden könnte/kann
- Ausbreiten lassen über den ganzen Körper
- Verankern (als Bild, als Geste, als Bewegung...)

„Sicherer Ort“ – „Wohlfühlort“ nach Luise Reddemann

- Suchen eines schönen, wohltuenden, sich sicher anfühlenden Ortes (real oder in der Vorstellung)
- Mit allen Sinnen wahrnehmen und beschreiben lassen, wie es sich dort anfühlt
- Einladen von Personen oder Tieren, die gut tun, Schutz bieten
- eventuell Verbesserungen anregen
- Oder auch Tätigkeiten beschreiben lassen

Bindung – Trauma - Flucht



Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

„Du kannst nichts dafür, dass du das Problem hast,
aber ungerechterweise trägst du allein die
Verantwortung es loszuwerden“ (Lineham)
dafür:

1. umfassend Sicherheit herstellen
2. Problembewusstsein unterstützen – Traumawissen vermitteln
3. die Integration in den Lebensalltag fördern

Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

„ Du hast gesehen, dass ich habe diese Vertrauen
nix.“

Vertrauensaufbau ist Bindungsaufbau: Vertrauen
als Mechanismus der Aufhebung der
Ungewissheit:

- Auf Systemebene: Sicherheit und soziale Unterstützung
Auf Begegnungsebene: Authentizität, Empathie, Offenheit, Diskretion,
Kontinuität
Problem: häufiger Bezugspersonenwechsel

Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

Flucht führt zu Bindungsunsicherheiten:
Flüchtlingskinder erleben oft:

- Stress
- Anpassungsdruck
- Entbehrungen
- Anfeindungen

Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

- Das Bindungssystem ist meist bereits vor der Flucht extrem erschüttert: Verlust an Urvertrauen, Sicherheit und Schutz durch nahe Bindungspersonen
- Durch die oder auf der Flucht brechen oft Beziehungen zu nahen Bindungspersonen ab (auch durch Tod derselben)
- Im Ankunftsland: Isolation von den sprachl., kult. und relig. Wurzeln; setzt sich der Stress in der neuen Umgebung fort, steigt die Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Verarbeitung

Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

Manche Menschen - Kinder reagieren mit somatischen Beschwerden wie Essstörungen, chronischen Schmerzen, Schlafstörungen...

Menschen aus dem Mittelmeer- oder arabischen Raum drücken Probleme und Ängste insgesamt oft eher über Schmerzen aus: „Herzschmerz“ – auf allen Ebenen (vgl. Brisch, 2016)

Karl Heinz Brisch (2016): Bindung und Migration. Klett Cotta, München

Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

Eine Herausforderung, auch für professionelle Helfer, ist das

Erkennen von dissoziativen Zuständen.
In ihnen tritt selbst bei massiver innerer Angst und Panik, bei Alpträumen und flash-backs nichts nach außen: „Das Kind hat zwar viel durchgemacht, ist aber stabil.“

Auffallend ist manchmal nur, dass unbeteiligte Erzählen von schrecklichen Erlebnissen, dass die Geschichten bruchstückhaft sind, kleinere oder größere Zeitlücken bestehen..

Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

Das Wissen darüber, dass Dissoziation ein Überlebensmechanismus ist, ist wichtig!

- es braucht eine feinfühligte Annäherung,
- eine Gewissheit, dass die Umgebung sicher ist, und,
- Gewissheit, dass keiner Gewalt ausgesetzt
- und: KONSTANTE BEZUGSPERSONEN

Karl Heinz Brisch (2016): Bindung und Migration. Klett Cotta. München

Trauma ... Flucht ... Trauma ... Bindung ...

Im Kontext „Migration und Bindung“ gibt es ein „SAFE- Spezialprogramm“ in Bern, das vom Schweizer Roten Kreuz für Menschen angeboten wird, die aufgrund von Flucht und Folter traumatisiert wurden.

Mehr dazu:

www.khbrisch.de
www.earlylifecare.at
www.safe-programm.de

Karl Heinz Brisch (2016): Bindung und Migration. Klett Cotta. München

Trauma und Suchtmittelkonsum



... Trauma & Suchtmittelkonsum ...

TRAUMA

Membranverletzung & Reizüberflutung (Freud)

SUCHTMITTEL

- Künstliche Membran, „Schmerzpflaster“
- Stress- und Affektregulationsmittel
- Selbstmedikation (Khantzian, 1985)

Vorteil: verlässliche prompte Wirkung

Nachteil: keine Dauerlösung, hohe Nebenwirkungen

... Körpereigene Drogen im Stressreaktionszyklus ...

1. **Adrenalin & Noradrenalin (Katecholamine)**
Alarm, Angst, Aufmerksamkeit, Durchblutung, Glukose
2. **Dopamin & Serotonin**
Merkfähigkeit, stabile Motivation & Stimmung
3. **Cortisole & Vorläuferstoffe (CRH & ACTH)**
„Reservetank“, Schmerz- & Entzündungshemmungsmittel, erhöht Ausdauer & Wahrnehmung, neurotoxisch!
4. **Endorphine & Oxytocin**
(verbunden mit den Stresshormonen): Narkose-, Schmerzmittel, beruhigend, Stressunterbrecher!

... PTSD: dysregulierte Drogenapotheke ...

1. **Katecholaminsystem:** Übererregung, Schlafprobleme, Alpträume, Konzentrationsprobleme...
 2. **Dopamin & Serotoninsystem:** depressive Grundhaltung, Motivationslosigkeit etc.
 3. **Cortisolsystem:** hohe CRF, viele Rezeptoren, geringer Spiegel
 4. **Endorphinsystem:** hohe Ausschüttung, erschöpfte Synapsen (Schmerz/Ruhe, Analgesie/Stress)
- ⇒ **Langfristig: schneller Stressaufbau, schlechter Stressabbau**
- ⇒ **Viele desensibilisierte Rezeptoren = hohe Suchtmittelanfälligkeit**

... „Externe Apotheke“: Suchtmittel als Traumamedikation ...

„Kunstdünger“ für „ausgelaugte“ Rezeptoren

- normalisieren neuronaler Stressablauf
- wirken schmerzstillend

Opiate & Alkohol & Benzodiazepine: stoppen Stresshormonzufuhr, dämpfen Erregung, verlängern Erholungsphase

Kokain & Aufputschmittel: verlängern Erregungsphase (vgl. Dopamin-, Noradrenalin- & Serotonin-RLs) – „Stress“ = Spaß

Nikotin: durch Acetylcholin beschleunigte Erholungsphase, erhöht Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol, Dopamin & Serotonin

Auch Genuss- & Nahrungsmittel (Koffein, Zucker, etc.) beeinflussen Neurotransmitter!

Angestrebte Wirkungen & unerwünschte Nebenwirkungen

Angestrebte Wirkungen

- ⇒ Stressbewältigung & Affektkontrolle (Scham, Angst)
- ⇒ Schutz vor Kontrollverlust, Selbstverletzung & Suizidalität
- ⇒ Soziale Teilnahme & positive Gefühle
- ⇒ Aufmerksamkeitssteigerung
- ⇒ Schmerzfreiheit (psychisch & physisch)

Angestrebte Wirkungen & unerwünschte Nebenwirkungen

Unerwünschte Nebenwirkungen

- ⇒ Amphetamine & Halluzinogene: Hyperarousal, Intrusionen, Kontrollverlust – Panik, Angst, Depression, „Flash-backs“, paranoide Psychose
- ⇒ Opiate, Benzodiazepine, Alkohol (Entzug): Hyperarousal – Angst, Intrusionen – Substanzkonsum
- ⇒ Intoxikation & Substanzunverträglichkeit
- ⇒ Stressiger Lebensstil, Übergriffe, Illegalität

Kumulative Traumatisierung, Fixierung der Suchtsymptomatik

Wo liegen Entwicklungspotentiale?


