

# Workshop Trauma und Sucht

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

Na dann stürzen wir uns mal hinein...

# Trauma bewirkt also:

- 1. Eine typische (Hoch-)Stress-Nachhallerinnerung, auch im Körper
- 2. Bei Gewalttrauma: Eine Bindungsstörung
- 3. Eine Aufteilung in stressgebundene Zustände/Anteile und in einen „funktionierenden“ Anteil
- 4. dass der Organismus etwas tun muss, um sich davon zu erholen.
- 5. Eine der „dysfunktionalen“, aber erst einmal wirksamen Stressregulationsarten: Suchtmittelkonsum.
- 6. Bei ca. einem Drittel der Traumatisierten eine fortdauernde Störung namens PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung.

**Nicht das Trauma macht krank, aber die PTBS und die Sucht!**

# Arbeit auf der inneren Bühne in verschiedenen Stadien

Warum? Weil es bei (Komplex-)trauma nichts  
„Eigentliches“ gibt, sondern viele  
unterschiedliche Zustände!

Denn durch Trauma entsteht ein recht scheues  
Wesen, das manchmal „kratzbürstig“ wirkt...

# Manchmal schrill und bunt ...

Manchmal einfach nur sehr verschlossen ...

# Depressiv...



# (Ess-)Süchtig...

# Abhängig von anderen...

# Mit süchtigen Innenanteilen...

Auch ganz liebevollen...

Manchem, was nur beobachtet...

Ganz viel, was sich fürchtet...

Immer ein bisschen auf der  
Flucht ist...

Und etwas, das sehr aggressiv werden  
kann...



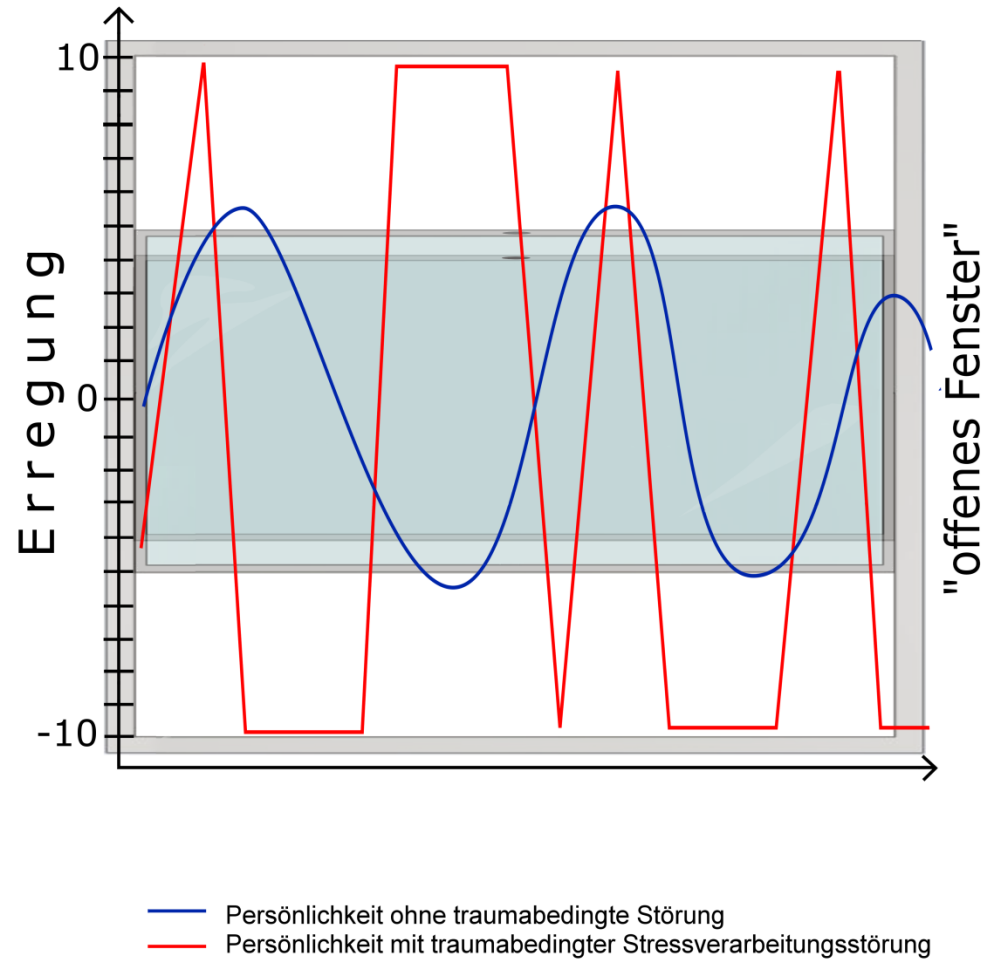
Und dem eigenen erwachsenen Innenleben  
gelegentlich ganz schön zusetzt...

Also gilt auch für das Thema Trauma und Sucht:

# Einige hilfreiche therapeutische Strategien

# Toleranzfenster/ Lernfenster

(Window of tolerance, Daniel Siegel)



# Stabilisierungstechniken

- Skills lernen – aber Achtung auf Ego-States, mangelnde Kontrolle, Täterkontakt!!
- Schwieriges per Screen (Bildschirmtechnik) in Distanz anschauen.
- „Film“ anschließend wegpacken.
- Tresor oder andere Behältnisse, teils wörtlich (Schublade, Karton etc.)
- Sehr früh traumatisierte können zunächst fast nicht imaginieren, sie müssen alles konkretistisch tun, bevor sie imaginieren können!
- Auch: Realer Garten, sicherer Ort, sichere Aktivität..., v.a. aber sichere Menschen!

# Was hilft? Z.B. gute Beziehungen aufbauen und Ausstieg aus zerstörerischen Bindungen

- Alle Bindungsmuster überprüfen (z.B. muss ich weiter Opfer und loyal zum Täter sein...? Wie viel kann ich mir zumuten, kann ich mich in sicherer Beziehung zumuten und anvertrauen?)
- Erkennen – Anerkennen – Verändern.
- Erst Erfahrung durch gute Beziehung/Therapie. Diese verinnerlichen, dann innerlich liebevoller, tröstender, versorgender....
- Sich selbst beobachten lernen, Schwieriges in Distanz und unter Kontrolle bringen (Bilder..., aber auch plötzliche Impulse und Gefühlszustände...)

# Darf es sich verändern?

- Verhandlungen mit Anteilen: Wie viel kann toleriert werden?
- Erkenntnis: Wut tut gut – wenn sie selbstverteidigend ist und nicht auf Schwächere „drauf geht“.
- Täterintrojekte erst in Mahner, Warner, Kritiker, Wächter, später in Beschützer verwandeln. Auch sie sind innere Kräfte (Ressourcen).
- Parallel: Was man schon mal gut konnte, insgesamt wieder aufforsten bzw. verbessern!
- Ressourcen immer wieder herausfinden (z.B. mit Hilfe des „Ressourciums“ (über [www.kikt-thema.de](http://www.kikt-thema.de)); und sie dann verankern!

# Selbstverletzung/Sucht beenden:

- „Ist es ‚jemand‘, der/die schneidet, säuft, kotzt, drückt? (EP identifizieren, abschirmen etc.)
- Schnelle Eingreiftruppe gegen Stress bilden
- Innere Rettungsaktion.
- Gefährdete Anteile „in den Hintergrund“.
- Verhaltens-Training per Bildschirm-Technik und in vivo ...
- Es braucht langfristige gute Beziehungen! Auch die Profis müssen langfristig verlässlich „da“ sein!



# Erste innere Landkarte

1. Welche Rollen, Anteile, Gefühlszustände kennen Sie? Inneres Kind/Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Weise alte Frau/weiser alter Mann...;
2. aber auch nach Eigenschaften: Die/der Funktionierende, Leidenschaftliche, Ängstliche, Verzweifelte, Fröhliche, Böse, Süchtige, Sich Verletzende...
3. Geben Sie auch den dunklen oder unbekanntem Anteilen/Bereichen in sich einen Platz.

# Zweite innere Landkarte

- Führen Sie durch einen horizontalen Stich kurz unterhalb des oberen Blattrandes eines neuen Blattes die Ebenen „Außen“ (oberhalb des Striches) und „Innen“ ein.
- Übertragen Sie alle gefundenen Anteile/Zustände/Rollen etc. so auf das 2. Blatt, dass deutlich wird, welche Anteile derzeit mit der Außenwelt in Kontakt sind, welche „dicht unter der Oberfläche“, welche weiter innen/hinten/unterdrückt etc.

Hallo, noch ein bisschen  
hierbleiben!!

Posttraumatische Belastungsreaktion: in den ersten 4-6 Wochen nach Trauma ganz normal!

Vergleichen Sie mit den typischen SUD-Symptomen!

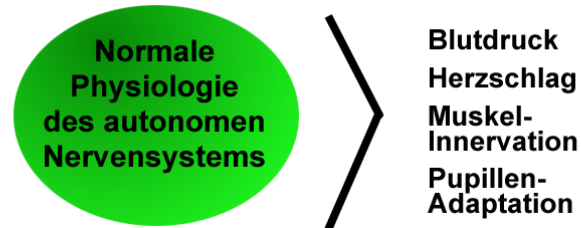
- Angstzustände und erhöhte Schreckhaftigkeit
- Alpträume und Schlafstörungen
- Häufiges Wiedererleben von Teilen des Traumas; u. a. Schmerzen...
- Vermeidung von Trauma-Reizen
- Empfindungslosigkeit, Losgelöstsein, Einsamkeit, Entfremdung, Kontaktscheu
- Umwelt, Körper u. Gefühle nicht richtig wahrnehmen - dissoziieren
- Konzentrations- und Leistungsstörungen
- Gereiztheit und Impulsdurchbrüche

# Posttraumatische Belastungsstörung

- **Wiedererleben:** (Begriffe wie: Intrusion, Flashback, Abreaktion) Bilder, Geräusche von Trauma, Geruch, Geschmack und überhaupt: im Körper!
- **Einschränkung:** Amnesie (Erinnerungslücken), Derealisation (Umgebung entfremdet wahrnehmen), Depersonalisation (sich selbst e.w.), Zustände u. Anteile nicht in den Griff bekommen, sozialer Rückzug, Depressionen (gelegentlich oder dauernd)
- **Übererregung** = übermäßige Schreckhaftigkeit/Phobien; Folgen u.a. auch: Fibromyalgie, „hysterische Reaktionen“ etc.

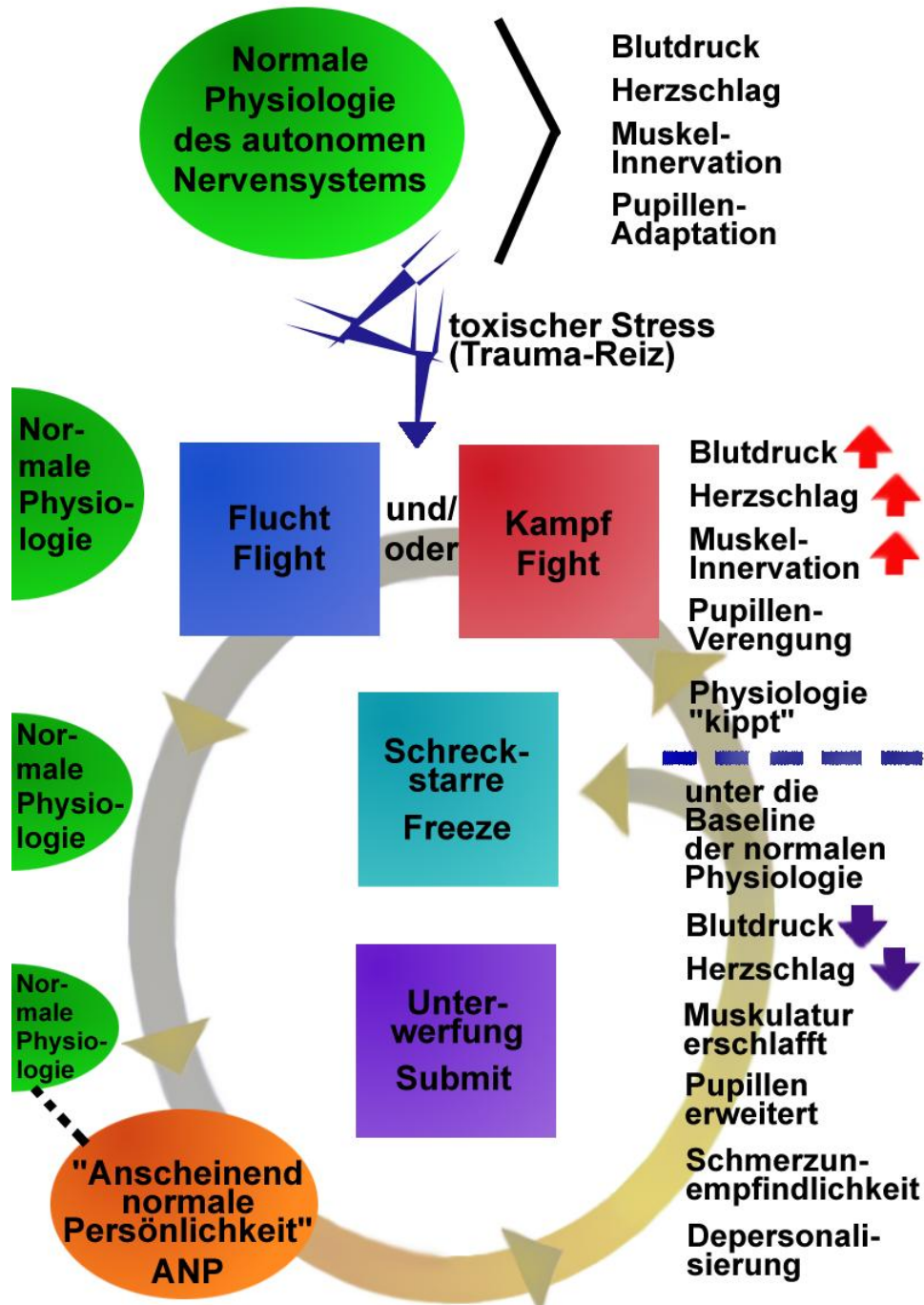
# Autonomes Nervensystem: Bei Extremstress extrem gefährdet

## Stadien der Trauma-Physiologie



Weitere Parameter:  
Hautleitfähigkeit,  
Herzschlag-Variabilität  
Cortisol-Werte etc.

# Stadien der Trauma-Physiologie



# Bindungsstörung überwinden: Aufbau einer wunderbaren Freundschaft...



# Neue Menschen kennenlernen – wie?

- Eher „harmlose, langweilige, aber nette“ Menschen am Anfang auswählen.
- Einen Satz sprechen in der Woche zu jem.
- Nächste Woche einen Satz über sich hinzufügen.
- Dritte Woche eine Einladung zum Kaffee etc. aussprechen.
- HelferIn sollte das klein-klein begleiten!!

# Und was hilft noch?

# Sichere Orte finden, sich trösten...

Wissen, was man will...

„In Gefahr und  
großer Not –  
bringt der  
Mittelweg den  
Tod“

# Gefahren rechtzeitig erkennen...

# Aussteigen – wie?

- Äußere Distanz zu Tätern/der Szene herstellen (Rückzug).
- Aktive Kontaktaufnahme vermeiden (nicht anrufen...).
- Wohnung, Telefon, email, Post, Konto schützen/ändern.
- Kontakte zu Geschwistern, Bekannten, Freunden überprüfen.
- Auftauchende Täter/Szenemitglieder und deren Kontaktpersonen abweisen.
- Verhalten entwickeln, dass die Distanz zum Täter bzw. der Szene deutlich macht: Evtl. eine Tat anzeigen, für die es Zeugen etc. gibt.
- Sich sorgfältig auch dabei begleiten lassen.

# Die innere Rettungsaktion: eine hilfreiche Imagination vor dem Prozessieren

- Problem: Ein oder mehrere Anteile (EPs) hängen noch in einem Trauma/im Suchtkreislauf fest. Wichtig: Trauma muss unwiederholbar sein; möglichst kein aktueller Kontakt mehr zum Täter/der Szene.
- Szene: „einfrieren“.
- Innere/n „Retter“ ausrüsten (affektfern, gewappnet, Hilfswerkzeug, ggf. Helfer „clonen“, „Auto“ bereitstellen)
- Weg von Th.raum dorthin und zurück beschreiben.
- Ausruhort (Zelt, „Lazarett“; Baumhöhle etc.) imaginativ finden. Einen Anteil finden, der dort achtsam aufpasst.
- Th. hilft mit vorbereiteten Stichworten beim Ablauf.
- Ohne Ansehen der Traumaszene die traumatisierten Anteile herausholen und an den Ausruhort bringen, von dort zurück in den Th.raum. GGf. noch einmal wiederholen.

# Sind Sie so weit, dass Sie traumaprozessierende Arbeit machen können? Hier Testmöglichkeiten

- Können Sie im Alltag etwas Bedrohliches in sich in Sicherheit bringen? (An den sicheren Ort, in den inneren Garten...)
- Können Sie bei Körpersymptomen unterscheiden, ob es „heute“ oder „von früher“ ist?
- Verletzen Sie sich nicht mehr tief? Keine suizidalen Handlungen mehr? Bessere Stressbewältigung insgesamt?
- Kooperieren resp. tolerieren alle wichtigen Anteile die th. Fortschritte und haben guten Kontakt zur TherapeutIn?
- Werden Sie in ihrer th. Arbeit durch PartnerIn oder FreundIn etc. positiv unterstützt? (Sonst sehr hart.)
- „Dürfen“ Sie es jetzt wissen? (Auch Ihr Alltags-Ich, das sich ja vor der Erkenntnis fürchtet?)



# Affekt-Kette (MH) Teil 1

- Mithilfe der Bildschirmtechnik mit dem Hauptsymptom (Mischung aus Gefühl und Körpergefühl) „in der Hand“ (nicht hineingehen!) in der Zeit zurück, bis möglichst vor das erste Mal.
- Dabei alle Szenen „wie Perlen auf einer Schur“ aufreihen.
- Die Punkte „vorher“ und „nach dem letzten Mal“ finden.
- Affekt-Kette in den Tresor lagern und schauen, ob
- Das Symptom daraufhin eine Entlastung zeigt.

# Affekt-Kette (2)

- Wenn Entlastung eintrat:
- Welches war das Schlimmste an der „Kette“? (Kette dabei noch in Tresor lassen!) Gefragt ist nach „Hot Spot“.
- Kette herausnehmen (Film einlegen) und nun von vorn nach hinten (vor dem ersten bis nach dem letzten Mal) mit dem wahrgenommenen „Heißesten davon“ durchgehen.
- Ggf. ein 2. Mal, bis Hot Spot möglichst „kalt“.
- Kette wieder in den Tresor.
- Danach meist noch stärkere Entlastungsgefühle.

# Und dann?

- Weiter mit der Traumaverarbeitung.
- Entweder mit EMDR oder der Bildschirm-Technik.
- Immer gut und sorgfältig begleitet, in einem sicheren und vertrauensvollen Rahmen.
- Danach Überprüfen, ob noch Restsymptome da sind und die ggf. noch weiter bearbeiten.

# Was kann es bringen?

- Symptome gehen zurück; Stressgefühle auch.
- Nach dem X. Rückfall endlich clean.
- Sichere Bindung und gute Beziehungen.
- Funktionsniveau (Job etc.) gehalten oder verbessert.
- Integration/Überblendung/Fusion von Anteilen.
- Cobewusstheit oder sogar einheitliches Ich. Dissoziation nur noch als „Notreaktion“.
- „Ganz normale neurotische Konflikte.“
- Manchmal eine große Freude, ein Hologramm-Gefühl. Echte Fähigkeit zu lieben und zu genießen; neu gewonnene Spiritualität/Sinn...

# Das lohnt sich doch, oder?!

- Man braucht allerdings zum Erfolg:
- Eisernen Willen: Ich will das schaffen. (Na ja, eine recht feste Entschlossenheit mit Schwankungen tut es für den Anfang auch ;))
- Viel Geduld, immer wieder.
- Sichere und vertrauensvolle Beziehung/en.
- Kompetente HelferIn/TherapeutIn, die ihrerseits weiß, dass man durchhalten muss, und die freundlich und ermutigend bleibt.
- Dann kann das Leben ziemlich nett werden...
- Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

# Geschlechtsspezifische Sucht

- Zwischen zwölf und 34 Prozent aller Suchtpatienten, die in Behandlung sind, leiden der amerikanischen Forscherin Lisa Najavits zufolge an einer PTBS. Bei Frauen liegt die Rate sogar bei 33 bis 59 Prozent. (Süddeutsche.de 8. 7. 09)
- Jungen reagieren auf Traumata eher mit Aggressionsphantasien, mit Aggr. nach außen, motorischer Unruhe, Konzentrationsproblemen..
- Mädchen richten die erlittene Gewalt gegen sich und verstricken sich in missbräuchliche Beziehungen.

# Geschlechtsspezifische Unterschiede

- Traumatisierte Mädchen und Frauen haben lebenslang die Gefährdung durch Männer, die sie lieben, sexuell und körperlich traumatisiert zu werden.
- Sie sind sehr misstrauisch in der Therapie.
- Suchtkonzepte gelten für sie oft nicht (75% aller Alkohol- und Drogenabhängigen sind männlich). Sie selbst verheimlichen ihre Sucht (Medikamente, Alkohol...)
- Umgekehrt wollen viele Jungen und Männer nicht wahr haben, dass sie traumatisiert sind.
- Sucht- und Traumakonzepte kooperieren nicht!

# Sucht und Trauma – eine häufige Verbindung!

- Die Biographien von Suchtmittelkonsumenten sind häufig durch Bindungstraumatisierungen, wie Gewalt oder Vernachlässigung durch nahe Bezugspersonen geprägt. (Teunißen und Schäfer, 2009)
- „Im klinischen Alltag sind Zusammenhänge zwischen Suchtkrankheit und Traumatisierung evident. Sowohl alkoholranke Patienten als auch illegal Drogenabhängige berichten von traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend im Kontext ihrer Suchtkrankheit.[...] Obwohl es genügend klinische Hinweise auf den Zusammenhang zwischen traumatisierenden Kindheitserfahrungen und späterer Suchtentwicklung gibt, sind empirische Studien hierzu nicht sehr zahlreich.“ (Sachsse 2004, S. 372)



# Substanzmissbrauch im DSM-IV

Ein „unangepaßtes Muster von Substanzgebrauch“ das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Es muss innerhalb des letzten Jahres entweder

- zu wiederholtem Gebrauch gekommen sein, der häufig zu einem
- Versagen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führte oder
- zu einer körperlichen Gefährdung oder
- zu wiederkehrenden Problemen mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Konsum oder
- zu fortgesetztem Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme (ebd., S. 239).

# Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 und Substanzabhängigkeit nach DSM-IV

- Starkes Verlangen od. Zwang, die Substanz zu konsumieren
- Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch
- Körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- Einengung auf den Substanzgebrauch oder
- Anhaltender Gebrauch trotz schädlicher Folgen.

# Probleme mit Diagnosen

- Sie sind moralisch, enthalten unhinterfragte Kriterien und Verurteilungen.
- Es braucht also eine subjektivere Definition.

# Vom einzelnen Leid ausgehend

- „Sucht besteht, wenn ein Mensch regelmäßig sein Körpergefühl manipulativ verändert, um als unerträglich empfundene emotionale Spannungen nicht wahrnehmen zu müssen.
- Er benutzt dazu Gegenstände mit geeigneter Eigenwirkung.
- Diese Art der Selbstmanipulation ist lebensgeschichtlich erworben.
- Die unerträglichen Spannungen sind im Zusammenhang innerer und äußerer Notlagen entstanden und können nicht willkürlich beherrscht werden.“ (Voigtel, 2001, S. 97).

# Epidemiologie nach Substanzabhängigkeits- Kriterien des DSM

- 8 Prozent der deutschen Erwachsenen sind RaucherInnen (3,9 Mio).
- 3,1 % sind Alkohol-abhängig (1,5 Mio)
- 2,9 Prozent sind Medikamenten-abhängig (1,4 Mio)

(Quelle: Kraus/Augustin, 2001)

# Vergleichsweise ein Klacks: Abhängigkeit von illegalen Drogen

- Designerdrogen (Ecstasy etc.), Kokain, Opiate, Heroin Cannabis, Amphetamine... alle zusammen:
- Substanzabhängigkeit in der Bevölkerung 0,6 Prozent (290.000)

(Quelle: Kraus/Augustin, 2001)

# Einstiegsdroge

- Neben Medikamenten, Koffein und Nikotin vor allem:
- Alkohol. Warum? Er ist
- Leicht verfügbar, kostengünstig, enthemmend, aggressions-, aber auch schlaffördernd, angstlösend und sedierend.

# Sensitivierung

- Bei mehrfacher Einnahme sensitivieren Substanzen mit Abhängigkeitspotential das Belohnungssystem, dessen Reagibilität verstärkt wird, so dass zunehmend positive Verstärkereffekte auftreten (Rommelspacher 1999, S.33).
- Diese Sensitivierung bedeutet eine qualitative und/oder quantitative Veränderung einzelner Substanzwirkungen.
- Quantitative Veränderung z.B: Vergrößerung des maximal erreichbaren Effekts (intensiverer Rausch),
- Qualitative Veränderung: Zunahme stereotyper Verhaltensweisen bei chronischem Konsum.
- Die Sensitivierung erfolgt vermutlich unter Beteiligung der Amygdala. (!) (vgl. Köhler 2000, S 61)



# Das Suchtgedächtnis

- Süchtiges Verhalten wird gelernt und gespeichert und ist danach relativ fixiert.
- Bereiche des Suchtgedächtnisses:
- die Reizkonstellation als Auslöser süchtigen Verhaltens,
- der Konsumeffekt bzw. die erlebte Substanzwirkung,
- der Verhaltensantrieb, d.h. das unwiderstehliche Verlangen nach der Droge,
- die Reflexion/Rechtfertigung des eigenen Drogenkonsums (vgl. Tretter 2001, zit.n. Kufner, 2002)

# PTBS, Geschlecht und Komorbidität

Große amerikanische Untersuchung: Kessler, 1995:

- 88 % der Männer und 79% der Frauen mit PTBS haben Co-Morbiditäten.
- Frauen: schwere depressive Störungen (49 %); einfache und soziale Phobien (29/28%); Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (28%); Drogenmissbrauch und –abhängigkeit (27%)
- Männer: Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (52%); schwere depressive Störung (48%); Verhaltensstörung (43%); Drogenmissbrauch und –abhängigkeit (35%), simple Phobien (31%)

# Art der Traumatisierung und Art der Sucht

- Opfer sexueller Gewalt entwickeln vermehrt Alkoholmissbrauch und –Abhängigkeit.
- Frauen, die sex. Gewalt erlebt haben, entwickeln mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit als nicht Betroffene.
- Erhöhter Drogenkonsum = erhöhte Gefahr der Viktimisierung!

## Gibt es etwas, das Sie verändern möchten?

- Sind Sie mit der 2. Landkarte zufrieden, oder möchten Sie etwas anders haben? Falls letzteres:
- Welche Anteile sollen weiter nach innen/hinten, welche sollen weiter nach vorn/außen?
- Wenn es einfach wäre, hätten Sie das längst gemacht. Was steht dagegen?
- Können Sie sich vorstellen, was sich verändern müsste, damit sich etwas verändert? 😊
- Mit welchen inneren Anteilen müssten Sie verhandeln?
- Ahnen Sie, was im besten Fall dabei herauskommen könnte?

# Traumatherapie: Von der Speicherung im Amygdala- zum Hippocampus-System plus präfrontaler Kontrolle

## Hippocampus:

Biografisch

Episodisch

Raum-zeitlich

Narrativ

Semantisch

Die Informationen sind

Moderat und

Moderiert

## Amygdala

„Nur-Ich“ (EP) od. „Nicht-Ich“ (ANP)

- Fragmentarisch

- Potenziell überall und immer

- Sprach-los

- Sinn-los

Die Informationen sind

- Imperativ und

- Leicht triggerbar