

Folie 1

**Trauma und Sucht**

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

2.10.2007 Michaela Huber 1

Folie 2

Es dauert nach Trauma, bis man sich selbst helfen  
kann – ohne Sucht



2.10.2007 2

## Nicht das Trauma macht krank!

- Trauma = giftiger Stress, bei und nach seelischer und/oder körperlicher Todesnähe
- Zwei Drittel schaffen es sogar nach Trauma, den Stress zu verarbeiten
- Bei sexueller Gewalt sind es weniger als die Hälfte. Trotzdem: Wer die Erfahrung verarbeiten kann, wird nicht krank!
- Was hilft: Alle Zustände durchlassen, ohne darin stecken zu bleiben; gute Beziehungen; Ruhe danach und Rückkehr zum „normalen“ Leben mit weniger Stress...
- Doch wer eine PTBS bekommt, hat viel Komorbidität!!
- Also: Die PTBS macht krank, nicht das Trauma (Spitzer, 2006)

2.10.2007

Michaela Huber

3

## PTBS-Kriterien nach DSM

- **A** einem seelisch und/oder körperlich todesnahen Ereignis ausgesetzt gewesen sein: Fronteinsatz, körperliche und/oder sexuelle Attacke oder Naturkatastrophe
- **B** Wiedererleben des Traumas
- **C** Vermeidung und seelische Betäubung
- **D** Erhöhtes physiol. Erregungsniveau
- **E** o.g. Symptome länger als 1 Monat
- **F** Symptome verursachen erhebliches Leid

2.10.2007

Michaela Huber

4

**Störungen des Suchtmittelmissbrauchs und der Suchtabhängigkeit (SUD)**

- Beinhalten ein Cluster von kognitiven, physiologischen und Verhaltenssymptomen sowie dysfunktionalen Mustern des Substanzmittelgebrauchs
- Physische: Toleranz, Entzug...
- Psychosoziale: vermehrt Zeit für die Beschaffung; eingeschränktes soziales, Arbeits- oder Erholungs-Verhalten. (APA, 1994)

2.10.2007 Michaela Huber 5

**PTBS und SUD – verheerend, weil**

- Schwerere Formen der Psychopathologie;
- Mehr gravierende Symptome in jeder der beiden Störungen
- Mehr existenzielle Stressfaktoren: mehr medizinische Probleme, mehr Arbeitsunfähigkeit, häufigere Verurteilungen, längere Abh. vom Gesundheitswesen
- Schlechtere Stressbewältigung, höhere Drop-Out-Raten bei Therapien
- Als bei jeder der beiden Störungen allein.  
(Meichenbaum, 2003)
- Mehr psychische und medizinische Komorbidität, incl. HIV, schlechteres Funktionsniveau incl. Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit; weniger Compliance in Therapien, weniger Therapieerfolge (zus.: Brown & Ouimette, 2003)

2.10.2007 Michaela Huber 6

## Warum ist das so? 3 Hypothesen:

1. **Selbstmedikation:** Wer eine PTBS hat, benutzt psychoaktive Substanzen, um leiderzeugende Symptome unter Kontrolle zu bringen
2. **Hochrisiko:** Drogengebrauch ist ein Hochrisikoverhalten, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, traumatisiert zu werden.
3. **Empfindlichkeit:** Drogenbenutzer bekommen nach der Exposition mit Trauma-Reizen eher eine PTBS

2.10.2007

Michaela Huber

7

## Welche Hypothese hat sich bestätigt?

1. Sowohl in Prävalenz- wie in den (bisher wenigen) prospektiven Studien hat sich nur die Selbstmedikations-Hypothese als statistisch signifikant erwiesen, wobei Hinweise darauf gibt, dass auch 2. und 3. einige Bedeutung haben.

2.10.2007

Michaela Huber

8

Folie 9

**Wieso Selbstmedikation durch Suchtmittel?  
Der Körper im und nach Trauma**

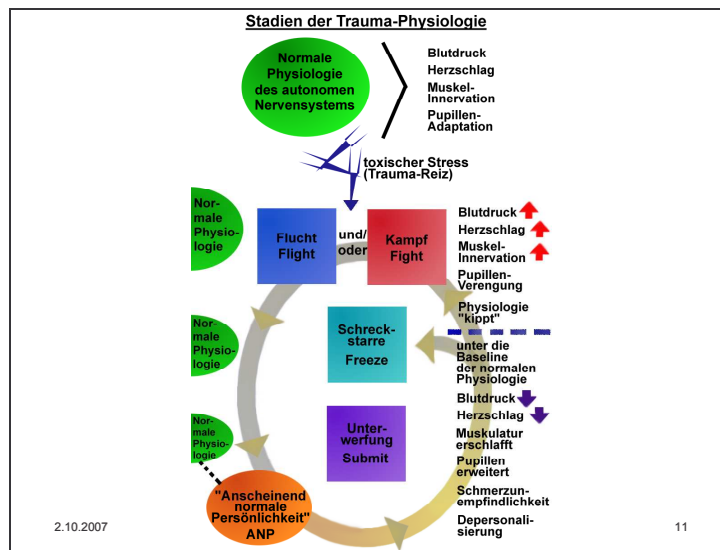
- Durch extremen Stress gerät das Gehirn und das Autonome Nervensystem in extreme Zustände, die dem Überleben dienen. (Neurobiologische Erkenntnis)
- Diese Zustände nennt man heute EPs (Emotionale Persönlichkeitsanteile) = Strukturelle Dissoziationstheorie
- In der körperlichen oder seelischen Todesnähe entsteht ein „rein funktionierender“ Teil, der wirkt wie ein „normales Alltags-Ich“ und Bindung aufrecht halten kann: ein ANP („Anscheinend normaler“ Bereich der Persönlichkeit).
- Nach dem Trauma können sich die Teile verselbständigen und (manche) EPs können zur Selbstregulation Suchtmittel konsumieren; manche werden davon abhängig, andere nicht.

2.10.2007 Michaela Huber 9

Folie 10

**Na dann stürzen wir  
uns mal hinein...**

2.10.2007 Michaela Huber 10



- Posttraumatische Belastungsreaktion: in den ersten 4-6 Wochen nach Trauma ganz normal!  
Später: Inbegriff von „Suchtdruck“
- 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
- 2.10.2007 Michaela Huber 12

## 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 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!**

2.10.2007 Michaela Huber 13

# Hallo, noch nicht aussteigen!!

2.10.2007 Michaela Huber 14

**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.

2.10.2007 Michaela Huber 15

**Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung  
(Folge von – oft frühem - Langzeittrauma)**

1. Störungen v. Gefühlszuständen und Impulsen (keine Kontrolle darüber...); Süchte
2. Dissoziative Störungen (Gedächtnislücken, Entfremdungserleben, getrennte Anteile...)
3. Störungen der Selbstwahrnehmung (Gefühl des Opferseins, Schuld, Scham, unzureichende Selbstfürsorge)
4. Störungen in der Beziehung zu anderen
5. Somatisierung (mal zuviel, mal zuwenig fühlen...)
6. Veränderung von Lebenseinstellungen (es gibt keinen guten Gott, oder zynisch sein, oder dem Bösen in sich nachgeben, oder das Gefühl, bald sterben zu müssen...)

2.10.2007 Michaela Huber 16

**Die Folgen: Man hat „sich“ nicht (unter Kontrolle)**

- Dissoziation bei Komplextrauma: Zustände integrieren nicht, sondern trennen sich weiter.
- Kl. muss lernen, sich „nach innen zu wenden“ und eigene (erwachsene) Hilfsstrukturen aufzubauen (Selbstfürsorge etc.) – in sicherer und freundlicher Begleitung.
- HelferInnen: Seien Sie lieber „Coach“ als „Mama“ !
- Wir tun gut daran, mehr an der Struktur (dem „inneren Gewebe“ der Persönlichkeit), als am Inhalt (des Traumas) interessiert zu sein!
- Denn dem Körper ist es egal, ob die Situation so oder so war, er erinnert sich an Todesangst, Schmerzen, Einsamkeit und Verrat...!

2.10.2007 Michaela Huber 17

**Traumatherapie hat sich verändert:**

- Wissen darum, das die gesamte Persönlichkeit durch extremen Stress (Trauma) leidet.
- Bindungsthemen sind wichtiger geworden (z.B. Täterkontakt, Bindungsstörung; auch in der Beziehung zur HelferIn wichtig)
- Bei Sucht: Stresstoleranz allmählich erhöhen; mittleres Stressniveau halten
- Therapeutisch: Weniger Arbeit mit jedem einzelnen Zustand: weniger „mitgehen“, weniger frei assoziieren...
- Mehr Arbeit mit der Steuerung von Anteilen und (Gefühls-) Zuständen (innere Bühne)
- Wo immer möglich stets ein kleines Stückchen vom Trauma anerkennen und verstehen – gerade bei Langzeittrauma!

2.10.2007 Michaela Huber 18

Folie 19

Denn es gibt ja ein recht scheues Wesen,  
das manchmal „kratzbürstig“ wirkt...

2.10.2007 Michaela Huber 19

Folie 20

Manchmal  
schrill  
und  
bunt ...

2.10.2007 Michaela Huber 20

Folie 21

Manchmal einfach nur sehr verschlossen ...



2.10.2007 Michaela Huber 21

Folie 22

Depressiv...

2.10.2007 Michaela Huber 22

Folie 23

(Ess-)Süchtig...

2.10.2007 Michaela Huber 23

Folie 24

Abhängig von anderen...

2.10.2007 Michaela Huber 24

Folie 25

Mit ganz merkwürdigen  
Innenanteilen...

2.10.2007 Michaela Huber 25

Folie 26

Auch ganz liebevollen...

2.10.2007 Michaela Huber 26

Folie 27

Manchem, was nur  
beobachtet...

2.10.2007 Michaela Huber 27

Folie 28

Ganz viel, was sich fürchtet...

2.10.2007 Michaela Huber 28

Folie 29

Immer ein bisschen auf der  
Flucht ist...

2.10.2007 Michaela Huber 29

Folie 30

Und etwas, das sehr  
aggressiv werden  
kann...

2.10.2007 Michaela Huber 30

Folie 31

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

2.10.2007 Michaela Huber 31

Folie 32

Also gilt auch für das Thema  
Trauma und Sucht:

**Life is full of surprises.**

2.10.2007 Michaela Huber 32

**Was hilft? 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...)

2.10.2007 Michaela Huber 33

**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.

2.10.2007 Michaela Huber 34

## Einige hilfreiche therapeutische Strategien

2.10.2007Michaela Huber35

## Stabilisierungstechniken

- Schwieriges per Screen (Bildschirmtechnik) in Distanz anschauen.
- „Film“ anschließend wegpacken.
- Tresor oder andere Behältnisse, teils wörtlich (Schublade, Karton etc.)
- Achtung: Sehr früh traumatisierte können zunächst fast nicht imaginieren, sie müssen alles konkretistisch tun, bevor sie imaginieren können!
- Auch: Garten, sicherer Ort, sichere Aktivität...

2.10.2007Michaela Huber36

## Arbeit auf der inneren Bühne in verschiedenen Stadien

Warum? Weil es bei  
Komplextrauma nichts  
„Eigentliches“ gibt, sondern  
viele unterschiedliche  
Zustände!

2.10.2007

Michaela Huber

37

## 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.

2.10.2007

Michaela Huber

38

## 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.

2.10.2007

Michaela Huber

39

### **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?

2.10.2007

Michaela Huber

40

## 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 und Warner, später in Beschützer und „Hasso an der Kette“ verwandeln. Auch sie sind innere Kräfte (Ressourcen).
- Parallel: Was man schon mal gut konnte, insgesamt wieder aufforsten bzw. verbessern!

2.10.2007 Michaela Huber 41

## Bindungsstörung überwinden: Aufbau einer wunderbaren Freundschaft...

2.10.2007 Michaela Huber 42

## 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!!

2.10.2007

Michaela Huber

43

## Und was hilft noch?

2.10.2007

Michaela Huber

44

Folie 45

**SICHERE  
ORTE  
FINDEN,  
SICH  
TRÖSTEN...**

2.10.2007 Michaela Huber 45

Folie 46

Wissen, was man will...

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

2.10.2007 Michaela Huber 46

The slide features the text "Gefahren rechtzeitig erkennen..." in a stylized, multi-colored font. "Gefahren" is in pink, "rechtzeitig" is in grey, and "erkennen..." is in blue with a red outline. A vertical line is on the right side. At the bottom, it says "2.10.2007", "Michaela Huber", and "47".

**Selbstverletzung beenden:**

- „Ist es ‚jemand‘, der/die schneidet? (EP identifizieren, abschirmen etc.)
- Schnelle Eingreiftruppe gegen Stress bilden
- Innere Rettungsaktion.
- Gefährdete Anteile „in den Hintergrund“.
- Training per Bildschirm-Technik ...

2.10.2007 Michaela Huber 48

### 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.

2.10.2007

Michaela Huber

49

### 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?)

2.10.2007

Michaela Huber

50

## 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.

2.10.2007 Michaela Huber 51

## 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.

2.10.2007 Michaela Huber 52

## 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.

2.10.2007 Michaela Huber 53

## 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...

2.10.2007 Michaela Huber 54

## 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!

2.10.2007

Michaela Huber

55