

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



DOKUMENTATION DER 27. NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTKONFERENZ 11|2017

Traumata und Sucht

Sicherheit finden –
Sucht als Bewältigungs-
strategie erlebter
Traumata

Berichte zur Suchtkrankenhilfe 2017

Erschienen im Mai 2018



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

Traumata und Sucht

Sicherheit finden –
Sucht als Bewältigungs-
strategie erlebter
Traumata

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Thomas Altgeld
Sabine Erven
Theresa Vanheiden

Layoutkonzept und Gestaltung:
Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Druck:
Unidruck, Hannover

VORWORT

BÄRBEL LÖRCHER-STRÄßBURG	Traumata und Sucht – Sicherheit finden?	7
--------------------------	---	---

EINFÜHRUNG

DR. CAROLA REIMANN Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung	Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata	8
---	---	---

VORTRÄGE

DR. MICHAEL HASE	Behandlung traumatisierter Abhängiger mit der EMDR-Methode	11
PROF. DR. INGO SCHÄFER	Zusammenhänge zwischen Gewalt und Suchterkrankungen	18
DIPL.-PSYCH. FRANKA METZNER	Kultursensible Suchtberatung und -therapie bei Menschen mit Flucht bzw. Migrationserfahrungen	24
SYBILLE TEUNIßEN	Gender – Sucht – Trauma – Zusammenhänge und Implikationen für die Praxis	30
JESSIKA KUEHN-VELTEN	Kinder in suchtblasteten Familien	36
DR. WIBKE VOIGT	Praxisbeispiel „Sicherheit Finden – ein Therapieprogramm für traumatisierte Suchtpatient*innen“	37

ANHANG

Bericht aus der EPPENDORFER – „Was therapieren wir zuerst?“	48
Verzeichnis der Referent*innen	49
Themen bisheriger Suchtdokumentationen	50

Traumata und Sucht

Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Referent*innen,
liebes Organisationsteam,
sehr geehrter Herr Altgeld,

ich freue mich sehr, Sie heute Morgen zur 27. Suchtkonferenz des Landes Niedersachsen begrüßen zu dürfen. Das Thema der diesjährigen Suchtkonferenz ist „Traumata und Sucht“. Als wir im letzten Jahr die Suchtkonferenz geplant haben, sind wir davon ausgegangen, dass das Thema nach wie vor hohe Relevanz für die Suchtarbeit hat und es notwendig ist, die Wechselwirkungen von Sucht und Traumata systematisch in den Blick zu nehmen. Denn mindestens die Hälfte aller abhängigen Menschen hat schon einmal Traumatisierungen unterschiedlichster Art erlebt.

Wir haben natürlich gehofft, dass die Konferenz auf Interesse stößt und waren überrascht und erfreut zu sehen, wie groß das Interesse ist. Bei 185 Teilnehmer*innen mussten wir die Anmeldeliste schließen, da sonst unser Konferenzrahmen gesprengt worden wäre – vielen Dank für dieses große Interesse!

Der Zusammenhang von Traumatisierungen und Suchterkrankungen ist wissenschaftlich seit Jahren gut dokumentiert. Allerdings scheint es in der Praxis an verschiedenen Stellen Optimierungsmöglichkeiten zu geben. Es ist noch nicht flächendeckend gelungen die Wechselwirkungen von

Sucht und Traumata systematisch zu berücksichtigen und in Präventions-, Beratungs- und Behandlungskonzepte zu übersetzen.

Ich freue mich sehr, dass unsere heutigen Referent*innen aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln und mit fundierten wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungshintergründen auf das Thema eingehen werden.

Ich hoffe, dass wir uns am Ende der Veranstaltung dem Thema – wie muss die Versorgungsstruktur zugunsten traumatisierter Suchtpatient*innen aufgestellt sein, um adäquat beraten und behandeln zu können – zumindest ein großes Stück genähert haben.

Wichtig ist auch zu wissen, an welchen Stellen Optimierung notwendig ist und wie diese umgesetzt werden kann, mit dem Ziel, traumatisierte Suchtkranke adäquat und möglichst frühzeitig zu erreichen.

Das Beratungs- und Behandlungssystem erreicht Suchtkranke ohnehin sehr spät. Der Fachverband Sucht geht davon aus, dass suchtkranke Menschen erst nach durchschnittlich 10,2 Jahren im Behandlungssystem ankommen. Denkbar und notwendig sind daher systematische Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu Traumata und Sucht, um Früherkennung und Frühintervention zu stärken und zu systematisieren.

Dies gilt auch für den ehrenamtlichen Bereich. Die Sucht-Selbsthilfe ist ein zentraler Partner, wenn es darum geht, dass Menschen langfristig gesund werden und bleiben. Auch in den Selbsthilfegruppen ist das Wissen um die Wechselwirkungen von Traumatisierungen und Suchterkrankungen wichtig.

Auch über die Weiterentwicklung niedrigschwelliger Bereiche als Zugangswege zu mehrfach belasteten Menschen ist nachzudenken. Denn gerade in diesen Bereichen haben es die Berater*innen häufig mit traumatisierten Abhängigen zu tun, die sich immer wieder Beratungs- und Behandlungssettings entziehen, aber zu denen es wichtig ist auch immer wieder eine Form des Kontakt anzubieten, an die sich möglicherweise Hilfen anschließen.

Nun wünsche ich uns allen eine anregende Konferenz und gewinnbringende Erkenntnisse und freue mich sehr, dass ich Frau Dr. Reimann, die neue Sozial- und Gesundheitsministerin des Landes ankündigen darf. Frau Dr. Reimann hat es erfreulicherweise möglich gemacht, gleich zu Beginn ihrer Amtszeit zur Suchtkonferenz zu kommen und in die Konferenz einzuführen.

Bärbel Lörcher-Straßburg
Drogenbeauftragte des Landes

Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Sie ganz herzlich zur 27. Niedersächsischen Suchtkonferenz in der Akademie des Sports begrüßen.

Mit dem Schwerpunktthema der heutigen Veranstaltung „Traumata und Sucht – Sicherheit finden – Sucht als Bewältigungsstrategie erlebter Traumata“ werden Sie sich heute Vormittag intensiv auseinandersetzen. Der Missbrauch von Alkohol, Medikamenten mit Suchtpotenzial und illegalen Drogen ist eine der großen Herausforderungen unserer Zeit. Missbrauch und Sucht sind keine Probleme, die auf nur eine Ursache zurückzuführen sind. Hinter ihnen steht ein ganzes Bündel von Ursachen.

Mit der Niedersächsischen Suchtkonferenz, die das Sozialministerium bereits seit 1988 veranstaltet, ist es uns gelungen, eine Vielzahl von Suchtthemen und sucht-assoziierten Themen anzusprechen. Das Themenspektrum reichte von Alkoholmissbrauch und Folgeschäden, Drogen, neue Psychoaktive Substanzen, stoffungebundene Abhängigkeiten bis zur Sucht am Arbeitsplatz, Sucht im Alter, Sucht und Migration – um nur eine kleine Auswahl zu nennen. Oftmals waren wir mit der Themensetzung der Niedersächsischen Suchtkonferenzen

unserer Zeit voraus – beispielsweise haben wir 2001 zum ersten Mal das Thema neue Drogen, neue Substanzen aufgegriffen oder schon 1991 das Thema Sucht im Alter.

In diesem Jahr nehmen wir das Thema Sucht und Traumata in den Blick. Traumatisierungen unterschiedlicher Art haben eine hohe Relevanz für die Suchthilfe, da mindestens die Hälfte aller suchterkrankten Menschen im Laufe ihres Lebens Traumatisierungen unterschiedlichster Art erlebt haben. Traumatische Erfahrungen haben unterschiedliche Auslöser und Ursachen und es gibt eine Wechselwirkung zur Sucht; denn traumatische Erfahrungen können Suchtmittelmissbrauch bis hin zu Abhängigkeit auslösen. Auch Suchterkrankungen selbst können Auslöser für traumatische Erfahrungen sein. Erfahrungen wie sexualisierte Gewalt, körperliche Misshandlung, emotionale Vernachlässigung sowie Trennungs- und Verlustangst unter anderem bei Fluchterfahrungen führen am häufigsten zu traumatischer Verarbeitung. Solche seelischen Verletzungen können unbehandelt über einen längeren Zeitraum zu Traumafolgestörungen führen. Der Konsum von Suchtmitteln ist in diesem Kontext häufig ein Ver-

such, mit dem erlebten Trauma umzugehen. Traumatische Erfahrungen erhöhen daher das Risiko einer Suchterkrankung und umgekehrt stellt Suchtmittelkonsum ein erhebliches Risiko für Traumatisierung dar.

Auf der heutigen Konferenz geht es daher neben der grundsätzlichen Bedeutung von Traumatisierungen für die Suchtentwicklung und Suchtbehandlung um verschiedene Aspekte der Thematik, auch bezogen auf unterschiedliche Personengruppen und Genderaspekte. Inhaltlich enden wird die heutige Konferenz mit der Vorstellung eines Praxisbeispiels zum Umgang mit traumatisierten Suchtpatient*innen. Da insbesondere die Versorgung von vulnerablen Personengruppen, wie zum Beispiel Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern oder geflüchtete Menschen, eine besondere Herausforderung für die Suchtbehandlung darstellen, möchte ich auf diese beiden Aspekte kurz eingehen.

Kinder suchtkranker Eltern erleben eine gravierende Beeinträchtigung und Gefährdung ihrer persönlichen Entwicklung. In Deutschland gehen wir von 2,6 Millionen Kindern und Jugendlichen aus, die dauerhaft oder

zeitweise von der Suchterkrankung mindestens eines Elternteils betroffen sind. Diese Kinder und Jugendlichen sind eine der Hauptrisikogruppen für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung oder einer anderen psychischen Störung. Diese Kinder erleben in ihren Familien häufig einen ständigen Stimmungswechsel des suchtabhängigen Elternteils, sind an Streitereien und Trennungen oder Trennungsdrohungen zwischen den Eltern beteiligt und erleiden häufig psychische sowie körperliche Gewalt und Missbrauch. Die familiäre Situation ist in der Regel unberechenbar, was die Kinder stark verunsichert. Hinzu kommt, dass die Suchtproblematik innerhalb der Familie häufig tabuisiert wird, wodurch die Kinder lernen, ihren Gefühlen und Wahrnehmungen nicht zu vertrauen, bzw. sie zu unterdrücken. Deshalb ist es ganz besonders wichtig und notwendig, die Aufmerksamkeit für Kinder aus suchtkranken Familien bei all jenen, die mit Kindern arbeiten, zu erhöhen und deren suchtspezifische Kompetenzen im hilfreichen Kontakt mit betroffenen Kindern zu stärken. Dies ist eine Aufgabe, die weit über die Suchthilfe hinaus reicht.

Aber auch traumatisierte Flüchtlinge benötigen aufgrund von möglichen kulturellen, religiösen oder sprachlichen Barrieren eine kultursensible Suchtberatung und Traumabehandlung. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 40% der Asylbewerber*innen in Deutschland mehrfach traumatisierende Erfahrungen gemacht und Folter durchlitten haben.

Nach einer Vergewaltigung weisen mehr als die Hälfte der Opfer Traumafolgestörungen auf; nach erlebter Folter sind es sogar 87%. Insgesamt gehen Schätzungen davon aus, dass bei fünf bis sieben von zehn Flüchtlingen eine solche Störung vorliegt. Geflüchtete Menschen sind aufgrund langer und komplizierter Fluchtwege bei ihrer Ankunft oft in einem körperlich und psychisch schlechten Zustand. Dieser wird häufig verstärkt durch die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, auf engstem Raum, Tür an Tür mit fremden Menschen anderer Kulturen. Gewalterfahrungen sowie die nicht beeinflussbaren Lebensumstände machen geflüchtete Menschen häufig hilflos und nehmen den Familien den Halt. Der Griff zu Medikamenten, Alkohol oder anderen Drogen oder Spielen ist oft ein Versuch, Leiden zu lindern und erlebte Traumata zu vergessen.

Nicht zuletzt sind auch genderspezifische Aspekte bei der Prävention und Behandlung von Sucht und Traumata zu berücksichtigen. Der gendergerechte Ansatz ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal gelingender Suchthilfe, vor allem im Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen. Frauen und Männer werden unterschiedlich sozialisiert. Im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Normen und Werten entwickeln sich daher Abhängigkeiten geschlechtsspezifisch unterschiedlich. Gender ist, neben Alter, sozialer Lage, Bildung und kultureller Prägung ein wichtiger Faktor, der Konsumgewohnheiten, Suchtentwicklung und Suchterkrankungen

beeinflusst. Suchtmittel selbst sind natürlich geschlechtsneutral.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen im Hinblick auf

- die Wahl des Suchtmittels,
- das Einstiegs- und Konsumverhalten,
- die Bedingungen für den Suchtmittelkonsum,
- die alltäglichen Anforderungen im Hinblick auf den Umgang mit Stress und die Funktionsfähigkeit,
- die Motive für den Ausstieg,
- die Verarbeitung erlebter traumatischer Ereignisse.

Studien zufolge werden Traumata geschlechtsstereotypisch verarbeitet und es wird davon ausgegangen, dass weibliche Suchtkranke wesentlich häufiger an Posttraumatischen Belastungsstörungen leiden als männliche Vergleichsgruppen. Daher muss in der Behandlung die aktive Auseinandersetzung mit Geschlechterstereotypen ermöglicht werden.

Erfahrungen zeigen, dass traumatisierte Abhängigkeitskranke auf Suchtbehandlungen oft nur unzureichend ansprechen und viele brechen die Behandlung vorzeitig ab. Sie leiden vermehrt an komorbiden Störungen und weisen eine höhere Rückfallquote, als nichttraumatisierte suchtkranke Patient*innen, auf. Grundsätzlich

brauchen traumatisierte abhängigkeitskranke Patient*innen eine integrierte Behandlung. Nach der S3-Leitlinie zur Behandlung alkoholbezogener Störungen von 2016 soll eine Behandlung angeboten werden, in der beide Problembereiche adäquat behandelt werden. Beispielsweise benötigen die betroffenen Patient*innen in allen Phasen der Behandlung ein Höchstmaß an Sicherheit, Autonomie und Kontrolle.

Besonders im stationären Bereich, wo Patient*innen häufig nicht mehr alleine entscheiden können, wann sie schlafen, essen oder Besuch empfangen können, wird ihre Autonomie eingeschränkt. Zahlreiche strukturelle Aspekte, wie mangelnde Rückzugsmöglichkeiten oder Routinen im Rahmen der Behandlung sowie medizinische Untersuchungen, können Gefühle von Unsicherheit und Ausgeliefertsein verstärken. Daher ist es wichtig, therapeutische Strukturen und Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass sie grundlegende Sicherheit vermitteln und Selbstbestimmung unterstützen. Wichtig ist auch, Auslösereize, die zu negativen emotionalen Reaktionen führen können, mit den Be-

troffenen zu identifizieren und Stabilisierungs- und Beruhigungstechniken zu vermitteln. Weiter muss die Gefahr potenzieller Retraumatisierungen konsequent minimiert werden. Besonders offensichtlich drohen diese, wenn im Rahmen der Behandlung Gewalt ausgeübt wird, etwa bei Zwangseinweisungen, Fixierungen oder Zwangsmedikationen. Aber auch in subtilerer Weise wiederholen sich im Rahmen der Behandlung Muster, die sexuell missbrauchte oder körperlich misshandelte Patient*innen oft in früheren traumatischen Situationen durchleben mussten. Dazu zählt das grundsätzliche Ungleichgewicht an Macht und Information zwischen Therapeut*in und Patient*in, das Ignorieren derer Bedürfnisse, oder die nicht mit den eigenen Empfindungen übereinstimmende, von anderen Menschen definierte Realität.

Nun wünsche ich der Veranstaltung einen guten Verlauf und für die Praxis weiterführende Erkenntnisse.

Behandlung traumatisierter Abhängiger mit der EMDR-Methode

Ein Psychotrauma erleben zu müssen aktiviert die Kampf-Flucht-Reaktion, die im Übrigen im Psychotrauma nicht zu einem abgeschlossenen Situationskreis werden kann und so zu traumatischem Stress im Sinne van der Kolk's führt (van der Kolk et al., 1997). Die Neurobiologie der Stressreaktion bringt eine überdauernde Veränderung der HHNA-Achse im Sinne einer progressiven Sensitivierung mit sich und führt via überschießender Cortisolsekretion wahrscheinlich auch zu einer Störung der hippocampalen Funktion. Diese läuft aber nicht nur im Moment der Belastung, sondern auch bei späterer Triggerung der Traumaerinnerung mit erneuter Stressreaktion ab. Es wird sogar eine hippocampale Volumenreduktion bei chronischer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) diskutiert (Bremner et al., 1995). Das Verständnis der Beeinträchtigung der integrativen Funktion des Hippocampus erklärt jedoch nicht nur einen großen Teil der Symptomatik der PTBS, sondern mag auch Grundlage der besonderen Ausformung des sogenannten Traumagedächtnisses sein. Diese besondere Ausformung einer belastenden Erinnerung meint die Fragmentierung des Gedächtnisses in einzelne sensorische Fragmente

und das Phänomen der mehr oder weniger stark ausgeprägten Amnesie, bis hin zur Vollamnesie für die traumatisierende Erfahrung selbst. Eye Movement Desensitization and Reprocessing, die EMDR-Methode, scheint in besonderer Art und Weise in der Behandlung dieser besonderen Erinnerungsform und der mit ihr verbundenen Folgestörungen effektiv zu sein.

Befunde bei Abhängigen

Die Bedeutung der komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung bei Abhängigen kann kaum noch in Zweifel gezogen werden. Beutel hat Daten aus einer deutschen Fachklinik vorgelegt (Beutel, 1999). Auch die ACE-Studie zeigt den eindeutigen Zusammenhang zwischen belastender Lebenserfahrung und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit (Felitti, 2002). Karadag et al. haben vor kurzem auf die hohe Prävalenz dissoziativer Störungen bei Abhängigen von Alkohol und Drogen hingewiesen (Karadag et al., 2005). Der Zusammenhang von dissoziativen Störungen mit Traumatisierung wird mittlerweile kaum noch in Zweifel gezogen. Hier

ist nicht nur von Interesse, dass die Abhängigkeit bei den Patient*innen, die gleichzeitig eine dissoziative Störung aufwiesen, schwerer verläuft, sondern, dass die dissoziative Störung früher als die Abhängigkeit auftrat. Dies ist für Überlegungen zur Pathogenese von Interesse.

In der Literatur werden ätiopathogenetische Konzepte diskutiert. Allgemein wird davon ausgegangen, dass eine zugrunde liegende Traumatisierung zur PTBS führt und die sich daraus ergebende Symptomatik autochthon oder auch iatrogen in den Substanzabusus und konsekutiv in die Abhängigkeit führt. Ein alternatives Modell nimmt an, dass die Entwicklung der Abhängigkeit vorausgeht und durch die veränderten Lebensumstände das Risiko einer Traumatisierung und Entwicklung der PTBS ansteigt. Dabei ist die Frage nach dem „Huhn und dem Ei“ zweitrangig. Die störungsspezifische Behandlung der Bedingungen, die die Abhängigkeit unterhalten, sollte im Vordergrund stehen (Hase, 2003).

Therapie der Traumafolgestörungen

Es ist mittlerweile Konsens, dass die Behandlung der Substanzabhängigkeit bei den komorbiden PTBS-Patient*innen von der speziellen Psychotraumatheorie profitiert. Mittlerweile gibt es auch spezifische Angebote der Stabilisierung, die in der Behandlung komorbider Patient*innen etabliert sind, beispielhaft ist hier das Programm „Sicherheit finden“ (Seeking Safety) zu nennen. Es ist, neben der Abhängigkeit selbst, in erster Linie die Komorbidität der Traumafolgestörungen, die der Berücksichtigung bedarf. Aber auch die Gestaltung therapeutischer Situationen in der Psychotraumatologie, das heißt die möglicherweise bestehende komorbide Abhängigkeit nicht zu verleugnen, profitiert von einer Öffnung der Sichtweise und Kontakt zum System der Suchtkrankenhilfe. Auf der anderen Seite wird manche gute Suchttherapie letztendlich ineffektiv bleiben und nicht zu dauerhafter Stabilität führen, wenn nicht die komorbid bestehende, oder wenn man so will, hier zugrunde liegende PTBS behandelt wird. Denn die unbehandelte PTBS wird in ihrer Symptomatik fortwährend eine Quelle der Belastung darstellen, die das Risiko eines Rückfalls in den Drogengebrauch und somit die Abhängigkeit erhöht. Die Frage nach der zeitlichen Abfolge scheint mittlerweile mit dem Plädoyer für einen frühen Beginn der Psychotraumatheorie beantwortet (Hien et al., 2010).

Dabei ist dringend zu berücksichtigen, dass die therapeutischen Möglichkeiten einer flexiblen Anwendung im Rahmen des gesamten Behandlungsplanes bedürfen. Auch in der Situation einer zwar kurzen, aber sich wiederholenden stationären qualifizierten Entgiftung, können traumatherapeutische Elemente integriert werden.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Die EMDR-Methode kann als die am besten untersuchte Therapie der PTBS gelten (Hofmann, 2014; Shapiro, 2001; Shapiro, 2002). Zu einem Überblick über die Datenlage zum Wirksamkeitsnachweis empfiehlt sich die Lektüre der Metaanalyse von Sack et al. (Sack et al., 2001) und ein Blick auf die Homepage des EMDR-Instituts Deutschland (www.emdr-institut.de). Die Anerkennung und Empfehlung führender internationaler Fachgesellschaften und Leistungsträgern zur Anwendung des EMDR-Verfahrens in der Behandlung der PTBS liegt mittlerweile vor (Foa et al., 2000; Flatten et al., 2001; UK-Health, 2001; Bleich et al., 2003; CREST 2003; Sjöblom et al., 2003; Defense 2004; INSERM, 2004). Als effektive Methode der Traumatherapie gelangt EMDR bei chronischer und komplexer PTBS (Melbeck et al., 2003), wie auch akuter Traumatisierung zur Anwendung (Hase, 2002). Dabei beginnen erste Studien über die Anwendung bei Kindern und Adoleszenten die in der Praxis gesehene Wirksamkeit empirisch zu belegen (Greenwald, 2000; Chemtob et al., 2002; Jaberghaderi

et al., in Druck). Eine Adaption des EMDR-Verfahrens wird in der Stabilisierungsphase im Phasenmodell der Psychotraumatheorie genutzt. Im Vorgehen des Ressource Development and Installation (RDI) werden bilaterale Stimuli zur Verstärkung positiven Materials genutzt. Eine kleine Studie berichtet über positive Effekte des RDI in der Behandlung komplex traumatisierter Patient*innen (Korn und Leeds, 2002).

EMDR ist ein strukturiertes Verfahren, in dem relevante Zielerinnerungen aus der Vergangenheit, posttraumatische Albträume, aktuelle Symptome, Trigger und traumabedingte Verhaltensprobleme in der Gegenwart, Vermeidungsverhalten und traumabezogene Zukunftsängste bearbeitet werden. In einem acht Phasen umfassenden Behandlungsablauf wird ein konkretes Thema, z.B. eine Traumaerinnerung aufgesucht, vorbereitet, verarbeitet (reprozessiert) und in der Katamnese überprüft. Eine Besonderheit des EMDR ist die bilaterale, alternierende Stimulation, die in der Regel durch geleitete Augenbewegungen erfolgt. Auch andere, auditive oder taktile bilaterale Stimuli sind möglich. In dem so unterstützten Prozess der Informationsverarbeitung kann eine beschleunigte Reprozessierung der maladaptiven, fragmentierten Traumaerinnerung stattfinden. Die Erinnerung verliert ihren intrusiven und emotionsgeladenen Charakter und kann zu einer „normalen“ Erinnerung an ein schlimmes Ereignis werden. Damit ist häufig eine Reduktion der PTBS-Symptomatik verbunden. Dabei wird der Veränderung des Affekts eine besondere Bedeutung beige-

messen. Erst nach Verarbeitung des originären Affekts kann ein Anschluss an Netzwerke mit positivem Inhalt gelingen, der für die Verarbeitung und Eingliederung in unser übriges Wissen notwendig ist. Ob die motorische Aktivität bei den Augenbewegungen im EMDR das entscheidende Agens darstellt oder eine dual fokussierte Aufmerksamkeit, kann noch nicht abschließend beurteilt werden. Auch ist hier zu bedenken, dass EMDR eine komplexe Methode ist, die mehrere wirksame Elemente enthält. Insofern ist es nicht zulässig, EMDR auf das Element der Augenbewegungen etc. zu reduzieren. EMDR ist keine Therapie, die in einer Sitzung stattfindet. Auch EMDR braucht, abhängig von der Komplexität der Traumatisierung, Zeit. In kompetenten Händen ist EMDR allerdings eine vergleichsweise schnelle und effektive Methode. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Behandlungsplan in der Therapie komplex traumatisierter Patient*innen an die besonderen Bedürfnisse angepasst werden muss.

EMDR ist hier, im Zusammenhang von PTBS und Abhängigkeit, auch deswegen von besonderem Interesse, weil ein Konzept zur Anwendung bei Abhängigkeit vorgelegt wurde, dass auch außerhalb des Trauma-paradigma angreift (Shapiro, 1994; Vogelmann-Sine et al., 1998). Hier ist neben der Durcharbeitung alter Traumata und Bearbeitung aktueller Belastungssituationen, die therapeutische Veränderung von Auslösereizen des Suchtdrucks von Bedeutung. Erste Erfahrungen mit dem Versuch einer Bearbeitung des Suchtgedächtnisses wurden im Rahmen einer klinischen Studie vorgelegt (Hase et al., 2008).

Erläuterung der Methode: Das Standardprotokoll und die acht Behandlungsphasen

Die Anwendung der EMDR-Methode erfordert immer die Arbeit in der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft. Im Bereich Vergangenheit werden die dysfunktional gespeicherten Erinnerungen reprozessiert. In der Gegenwart sind erlebnisbezogene Albträume, Verhaltensstörungen und Auslösereize (Trigger) Ansatzpunkte für EMDR. Arbeit im Bereich Zukunft dient der Veränderung des Vermeidungsverhalten und der Entwicklung von Verhaltensalternativen. Jeweils wird dysfunktional gespeicherte, unverarbeitete Information zum Ziel der EMDR-Intervention. EMDR strebt bekanntlich eine Nachverarbeitung der maladaptiven Information an. Voraussetzung für die Verarbeitung ist eine zumindest ausgeglichene Physiologie und Neurochemie. Stress bedeutet die Verkehrung der Verhältnisse ins Gegenteil. Der Einfluss einer EMDR-Behandlung auf physiologische Parameter im Sinne einer Normalisierung des sympathiko-parasympathikotonen Gleichgewichts ist mittlerweile dargestellt worden (Sack, 2004).

EMDR ist in der Struktur klar gegliedert. Dies findet sich auch im Ablauf einer EMDR-Sitzung wieder. Eine idealtypische Arbeit in der EMDR-Methode gliedert sich in acht Phasen:

Phase 1: Vorgeschichte und Behandlungsplanung

Zunächst wird die Vorgeschichte erhoben. Dabei wird auf erfahrene Traumata, die seelische Stabilität, die Ich-Stärke, die Affekttoleranz sowie die Motivation der*des Patient*in besonders geachtet und die Behandlungsindikation geprüft. Gemeinsam mit der*dem Patient*in wird ein Behandlungsplan erstellt, in dem die Durcharbeitung traumatischer Erinnerung oder anderer traumaassoziierter Symptome einen integralen Bestandteil darstellt. Erarbeitung der Indikation und Ausschluss von Kontraindikationen sind hier zu leisten.

Phase 2: Vorbereitung der*des Patient*in

Die*Der Patient*in wird über den Behandlungsplan und die Methode aufgeklärt und, wenn nötig, durch Entspannungstechniken oder imaginative Verfahren, notfalls auch durch Medikamente, ausreichend stabilisiert.

Phase 3: Bewertung des Traumas

In dieser Phase wird die zu bearbeitende dysfunktionale Erinnerung in ihren sensorischen, kognitiven und affektiven Komponenten angesprochen. Dabei führt das gesteuerte und fraktionierte Ansprechen von Teilnetzwerken zur Aktivierung der Gesamterinnerung (LeDoux, 2001). Die Erarbeitung einer positiven Kognition gliedert die Arbeit in dieser Phase und trägt dazu bei, ein Ziel der Arbeit zu skizzieren. Ein Schaukeln zwischen der Aktivierung kortikaler Reflexion bei der Skalierung kognitiver Verzerrung oder der empfundenen Belastung und

dem Erinnerungsmaterial dient dazu eine Überflutung zu verhindern. Eine Benennung der Körperlokalisierung der Belastung zentriert den Prozess vor dem Übergang in die Phase der Durcharbeitung.

Phase 4: Durcharbeitung

In dieser Phase wird die*der Patient*in gebeten, mit dem repräsentativen Erinnerungsbild, der sensorischen Komponente der Erinnerung und der erarbeiteten negativen Kognition in Kontakt zu treten. Gleichzeitig wird – meist über Augenbewegungen – eine bilaterale Stimulation angeboten und damit die duale Aufmerksamkeitsfokussierung hergestellt. Von diesem Zeitpunkt an läuft der Prozess eigendynamisch und individuell. Typisch ist häufig eine schnelle Folge zum Teil intensiver, wechselnder sensorischer Eindrücke, Affekte und Gedanken. Sie führt in der Regel zu einer spürbaren Entlastung der*des Patient*in – auch wenn teilweise zwischenzeitlich Abreaktionen auftreten und durchgearbeitet werden müssen. Im Modell der adaptiven Informationsverarbeitung des EMDR spricht man von der idealtypischen Metapher des Knotens (Node), dem Angriffspunkt im Netz der Traumainformation, meist repräsentiert durch eine prägnante Traumaserinnerung. Aus der therapeutischen Erfahrung entstand das Bild des Knotens mit seinen Informationskanälen. Es wurde nämlich beobachtet, dass nach Beginn der Reprozessierung z.B. zuerst visuelles Material in stetiger Veränderung verarbeitet wurde, bis das Bild klein, unscharf, friedlicher blieb, sich nicht mehr veränderte und somit neutral oder positiv erlebt wurde. Per Definition ist das Ende eines Informationskanals erreicht,

wenn das Material nach erneuter Stimulation zweimal neutral oder positiv ist. Patient*innen erleben einen Fortschritt und stufenweise Entlastung. Der nachlassende Druck des traumatischen Affekts führt zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls. Ein Ausdruck dieser Veränderung ist eine Zunahme der fühlbaren Stimmigkeit der positiven Kognition. Diese Phase des EMDR-Prozesses ist in der oft assoziativen Weise der Verarbeitung kreativ. Die*Der Therapeut*in muss daher flexibel reagieren können und eigene Stabilität aufweisen, um der*dem Patient*in hierbei das notwendige Maß an Unterstützung („Containment“) zu geben, ohne dabei gleichzeitig dem eigendynamischen Verarbeitungsprozess im Informationsverarbeitungssystem der*des Patient*in, der adaptiven Informationsverarbeitung, im Wege zu stehen. Eine gründliche Ausbildung in der EMDR-Methode, wie vom EMDR-Institut Deutschland angeboten, und ausreichende Selbsterfahrung im Verfahren sind hier von großer Hilfe (Hase und Hofmann, 2005).

Phase 5: Verankerung

Nachdem der emotionale Druck des Traumas in Phase 4 ausreichend abgenommen hat, wird die in Phase 3 erarbeitete, oder eine nach dem Verarbeitungsprozess korrigierte positive Kognition in Erinnerung gerufen und überprüft. Ebenso wie negative traumatische Empfindungen durch bilaterale Stimulation abgeschwächt werden, wird diese positive Kognition durch bilaterale Stimulation verstärkt und scheint dadurch nachhaltiger aufgenommen zu werden.

Phase 6: Körper-Test

Im Körper-Test wird nach eventuell persistierenden sensorischen Erinnerungsfragmenten („Körpererinnerungen“) des Traumas gesucht und diese werden, wenn nötig, unter Hilfe bilateraler Stimuli reprozessiert.

Phase 7: Abschluss

Abschließend wird die häufig für die*den Patient*in sehr eindrückliche Erfahrung nachbesprochen. Sollte die dysfunktionale Information nicht komplett durchgearbeitet worden sein oder frisches Material auftauchen, kann eine stabilisierende Arbeit hilfreich sein. Auch werden Interventionsregeln für eine eventuelle Krise besprochen. Dies ist sinnvoll, weil der in der EMDR-Sitzung angestoßene Prozess nach der Sitzung in abgeschwächter Form weiterlaufen kann. Traumaassoziiertes Material kann in Erinnerungen, Träumen, Gefühlen und Einfällen auch in der Zeit bis zur nächsten Sitzung auftauchen. Die*Der Patient*in sollte auf diese Möglichkeit vorbereitet werden.

Phase 8: Nachbefragung

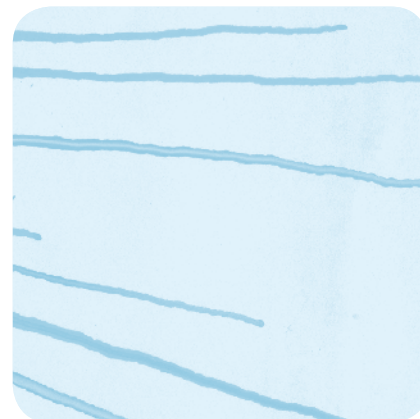
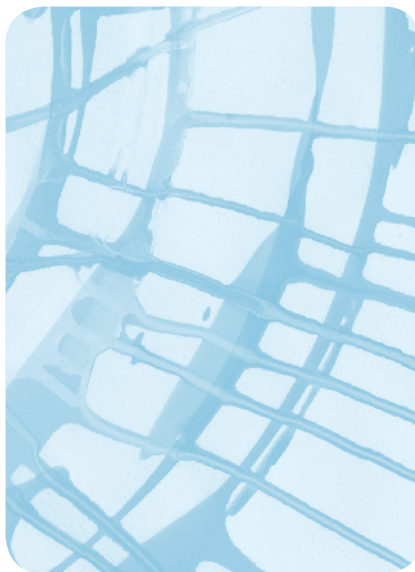
Diese letzte Phase findet am Beginn der nächsten Stunde statt und zeigt nicht selten, z.B. durch Träume oder neu aufgetauchte Erinnerungssplitter, Ansätze für die nächsten zu bearbeitenden Traumaanteile. Ggf. noch vorhandene Belastungsreste werden erneut reprozessiert oder es werden – sofern erforderlich – weitere Erinnerungen bearbeitet. Auch kann eine Rückkehr zur Stabilisierung notwendig werden, falls Belastung durch auftauchendes Traumamaterial zunimmt und die adaptiven Copingstrategien überfordert.

EMDR in der Behandlung Abhängiger

Am Anfang der Entwicklung steht eine EMDR-Intervention am Suchtgedächtnis (Hase, 2009). Wie schon dargestellt sind die ersten Ergebnisse ermutigend. Eine Veränderung der maladaptiven, impliziten Gedächtnisform, also des Suchtgedächtnisses, würde die Chancen erhöhen, dass der Abhängige seine erlernten Bewältigungsstrategien mit Erfolg einsetzt, da Craving in der Intensität abnimmt. Theoretisch ist dieser therapeutische Ansatz drogenunspezifisch anwendbar. Hier stehen aber noch Erfahrungen aus.

Der traumabezogene Ansatz findet sich in der Durcharbeitung traumaassoziierter Erinnerungen und aktueller Lebensbelastung. Die Bearbeitung folgt hier den jeweils indizierten Behandlungsplänen (Protokollen). Für die einfache PTBS wird das Standardprotokoll zugrunde gelegt. Bei der komorbiden komplexen PTBS wird das ungedrehte Standardprotokoll nach Hofmann als geeigneter Behandlungsplan zur Anwendung kommen. Für das Durcharbeiten von Erinnerungsmaterial ist jeweils Punktabstinenz notwendig. Die Integration in Settings der Entgiftung oder Rehabilitation ist möglich.

Die Behandlung einer PTBS, die mit ihrem Symptombdruck zur Abhängigkeit beiträgt, ist für den Betroffenen von großem Gewinn. Ohne den Symptombdruck der PTBS kann der Abhängige erlernte Strategien zum Umgang mit der Abhängigkeit effektiver einsetzen. In Abhängigkeit von



der Schwere der PTBS und der Abhängigkeit verändert sich die Situation. Die Stabilität für eine Psychotherapie ist bei schwerer betroffenen Abhängigen oftmals nicht einfach zu erreichen. Die strukturierte, kombinierte Entwöhnungsbehandlung und Psychotherapie ist ein notwendiges Angebot, dass bisher an einigen Entwöhnungseinrichtungen beispielhaft realisiert wurde. Bei den schwerer betroffenen Abhängigen ist die Behandlungssituation oft chaotisch und sozial instabil. Daher ist eine flexible Integration der EMDR-Interventionen bei dieser Patient*innengruppe notwendig. Interventionen dienen oftmals umschriebenen Zielen und sollten im Sinne einer fraktionierten Therapie auch in den relativ kurzen Zeiteinheiten, z.B. einer stationären qualifizierten Entgiftung, einzubringen sein. Ziele solcher therapeutischer Interventionen sind den speziellen Bedürfnissen der Patient*innen anzupassen.

Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von komorbiden Abhängigen

EMDR bietet als etablierte Methode der speziellen Psychotraumathepie ein gutes Angebot in der Behandlung komorbider Abhängiger. Die Flexibilität im Behandlungsaufbau ist in Anbetracht der speziellen Anforderungen der komorbiden Abhängigen in besonderer Weise geeignet und gleichermaßen notwendig. Die Möglichkeit der assoziativen Verarbeitung im EMDR-Prozess beinhaltet die Chance einer ökonomischen Durcharbeitung traumatischen Materials und gleichzeitig das Risiko einer Überforderung der*des Patient*in (Hase und Hofmann, 2005). Die Behandlungsplanung und der Aufbau der Therapie muss deshalb den Erfordernissen der komorbiden Abhängigen in besonderer Art und Weise angepasst und die EMDR-Therapie sorgfältig durchgeführt werden. Hier spielen folgende Überlegungen eine Rolle. In der Arbeit mit komorbiden Abhängigen haben wir es zum großen Teil mit schwer traumatisierten Patient*innen

und demnach komplexen Störungsbildern zu tun. Die suchtspezifische Stabilisierung hat unbedingt Vorrang. Soziale Stabilität und Sicherheit sind Grundbedingungen für eine EMDR-Behandlung der*des komorbiden Abhängigen. Dabei bedarf es des Einfallsreichtums und der Flexibilität im Setting. Eine genuine EMDR-Intervention am Suchtgedächtnis scheint anhand der bisher vorgelegten Daten möglich. Hier könnte die bestehende Therapie der Abhängigkeitserkrankungen um eine wertvolle Facette bereichert werden. Diese EMDR-Intervention am Suchtgedächtnis lässt sich auch in die bestehenden Prozeduren der EMDR-Methode zwanglos einordnen.

In der Therapie der oftmals schwer traumatisierten Abhängigen bedarf es der besonderen Expertise hinsichtlich der Patient*innengruppe und einem präzisen Umgang mit dem psychotherapeutischen Handwerkszeug EMDR. Die Ausbildung in der EMDR-Methode sollte daher strengen Qualitätskriterien hinsichtlich Auswahl der Ausbildungskandidat*innen und der Ausbildungsinhalte unterliegen (www.emdria.de). Die Qualität der Ausbildung, dies beinhaltet auch die Ausbildung von Supervisoren und Ausbilder*innen, darf keinesfalls hinter ökonomischen Interessen zurücktreten. Hier sehen wir einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung und eine Aufgabe der Fachgesellschaften EMDRIA-Deutschland, bzw. EMDR-Europe, die in ihrer langfristigen Bedeutung nicht überschätzt werden kann.

Literatur

- Beutel, M. (1999): SUCHT UND SEXUELLER MISSBRAUCH. *Psychotherapeut* 44: 313-319
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, E., Shalev, A. (2003): A POSITION PAPER OF THE (ISRAELI) NATIONAL COUNCIL FOR MENTAL HEALTH: GUIDELINES FOR THE ASSESSMENT AND PROFESSIONAL INTERVENTION WITH TERROR VICTIMS IN THE HOSPITAL AND IN THE COMMUNITY. Jerusalem, Israel, National Council for Mental Health (Israeli)
- Bremner, J. D. et al. (1995): MRI-BASED MEASURED OF HIPPOCAMPAL VOLUME IN PATIENTS WITH PTSD. *Am J Psychiatry* 152: 973-981
- Chemtob, C. M., Nakashima, J. et al. (2002): BRIEF TREATMENT FOR ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN WITH DISASTER-RELATED POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A FIELD STUDY. *J Clin Psychol* 58(1): 99-112
- CREST (2003): THE MANAGEMENT OF POST TRAUMATIC STRESS DISORDER IN ADULTS. BELFAST, CLINICAL RESOURCE EFFICIENCY SUPPORT TEAM OF THE NORTHERN IRELAND DEPARTMENT OF HEALTH, Social Services and Public Safety
- Defense, D. o. V. A. D. o. (2004): CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE MANAGEMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS. Washington, D.C., Department of Veterans Affairs & Department of Defense
- Felitti, V. J. (2002): THE RELATIONSHIP OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES TO ADULT HEALTH: TURNING GOLD INTO LEAD. *Z Psychosom Med Psychother* 48(4): 359-69
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2001): POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG LEITLINIE UND QUELLENTXT. Stuttgart, Schattauer
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedmann, M. J. (2000): GUIDELINES FOR TREATMENT OF PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 13: 539-588
- Greenwald, R. (2000): A TRAUMA-FOCUSED INDIVIDUAL THERAPY APPROACH FOR ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 44: 146-63
- Hase, M. (2009): CRAVEX – AN EMDR-APPROACH TO TREAT ADDICTION. EMDR scripted protocols – Vol 2. M. Luben. New York, Springer
- Hase, M., Schallmayer, S. et al. (2008): EMDR REPROCESSING OF THE ADDICTION MEMORY: PRETREATMENT, POSTTREATMENT, AND 1-MONTH FOLLOW-UP. *J EMDR* 2(3): 170-180
- Hase, M., Hofmann, A. (2005): RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN BEIM EINSATZ DER EMDR-METHODE. *Persönlichkeitsstörungen* 9(1): 16-21
- Hase, M. (2003): YOU'LL NEVER WALK ALONE – TRAUMA UND SUCHT ÜBER DIE KONVERGENZ SCHEINBAR DIVERGIERENDER KONZEPTE. MEHR ALS ABHÄNGIG? Schlafstörungen: Trauma, Betäubung, Behandlung. C. Jellinek, Bellmann, G.U., Westermann, B. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag: 127-145
- Hase, M. (2002): EMDR IN THE TREATMENT OF ACUTE STRESS DISORDER. 3rd European EMDR Conference, Frankfurt/M.

- Hien, D. A., Jiang, H. et al. (2010): DO TREATMENT IMPROVEMENTS IN PTSD SEVERITY AFFECT SUBSTANCE USE OUTCOMES? A SECONDARY ANALYSIS FROM A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL IN NI-DA'S CLINICAL TRIALS NETWORK. *Am J Psychiatry* 167(1): 95-101
- Hofmann, A. (2014): EMDR. Stuttgart – New York, Thieme
- INSERM (2004): PSYCHOTHERAPY: AN EVALUATION OF THREE APPROACHES. French National Institute of Health and Medical Research. Paris, France
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim S., Zand, S. O. (In Druck): A COMPARISON OF CBT AND EMDR FOR SEXUALLY ABUSED IRANIAN GIRLS. *Clinical Psychology and Psychotherapy*
- Karadag, F., Sar, V., Tamar-Gurol, D., Evren, C., Karagoz, M., Erkiran, M. (2005): DISSOCIATIVE DISORDERS AMONG INPATIENTS WITH DRUG OR ALCOHOL DEPENDENCY. *J Clin Psychiatry* 66: 1247-1253
- Korn, D. L., Leeds, A. M. (2002): PRELIMINARY EVIDENCE OF EFFICACY FOR EMDR RESOURCE DEVELOPMENT AND INSTALLATION IN THE STABILIZATION PHASE OF TREATMENT OF COMPLEX POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. *J Clin Psychol* 58(12): 1465-1487
- LeDoux, J. (2001): DAS NETZ DER GEFÜHLE. München, Deutscher Taschenbuch Verlag
- Melbeck, H.-H., Hase, M., Hofmann, A. (2003): EMDR IN DER BEHANDLUNG SCHWERER PSYCHISCHER TRAUMATISIERUNGEN. *Psychotherapeutenforum* 10(2): 5-24
- Sack, M. (2004): PSYCHOPHYSIOLOGICAL MONITORING DURING TRAUMATHERAPY WITH EMDR. Hannover, Medizinische Hochschule Hannover
- Sack, M., Lempa, W. et al. (2001): STUDY QUALITY AND EFFECT-SIZES – A METAANALYSIS OF EMDR-TREATMENT FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51(9-10): 350-5
- Shapiro, F. (2002): EMDR 12 YEARS AFTER ITS INTRODUCTION: PAST AND FUTURE RESEARCH. *J Clin Psychol* 58(1): 1-22
- Shapiro, F. (2001): EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING: BASIC PRINCIPLES, PROTOCOLS, AND PROCEDURES. New York, Guilford
- Shapiro, F. (1994): ALTERNATIVE STIMULI IN THE USE OF EMD(R). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 25: 89
- Sjöblom, P. O., Andréewitch, S., Bejerot, S., Mörtberg, E., Brinck, U., Ruck, C., Körlin, D. (2003): REGIONAL TREATMENT RECOMMENDATION FOR ANXIETY DISORDERS. Medical Program Committee/Stockholm City Council, Sweden. Stockholm
- UK-Health (2001): TREATMENT CHOICE IN PSYCHOLOGICAL THERAPIES AND COUNSELLING EVIDENCE BASED CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. United Kingdom Department of Health. London
- van der Kolk, B. A., Burbridge, J. A., Suzuki, J. (1997): THE PSYCHOBIOLOGY OF TRAUMATIC MEMORY – CLINICAL IMPLICATIONS OF NEUROIMAGING STUDIES. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. A. Yehuda, McFarlane, A.C. (Eds.). New York, New York Academy of Sciences. 821
- Vogelmann-Sine, S., Sine, L. F., Smyth, N. J., Popky, A. J. (1998): EMDR CHEMICAL DEPENDENCY TREATMENT MANUAL. Honolulu, Hawaii

Zusammenhänge zwischen Gewalt und Suchtentwicklung

Die Biografien suchtkranker Menschen sind häufig von früher Gewalt geprägt. Häufig ist offensichtlich, dass zwischen diesen Erlebnissen und dem Konsumverhalten Zusammenhänge bestehen. In den letzten Jahrzehnten wurde eine Vielzahl von Befunden vorgelegt, die darauf hinweisen, dass frühe Gewalt und andere traumatische Erfahrungen einen maßgeblichen Einfluss auf die Suchtentwicklung, aber auch auf den Erfolg der Suchttherapie haben können. Im vorliegenden Beitrag wird ein kurzer Überblick über die Häufigkeit von frühen Traumatisierungen bei Suchtkranken, Zusammenhänge mit der Suchtentwicklung und die sich daraus ergebenden Implikationen für die Behandlung gegeben.

Traumatisierungen bei Personen in Suchtbehandlung

Unter „Traumatisierungen“ versteht man die Konfrontation mit überwältigenden, nicht in normaler Weise zu integrierenden Erfahrungen. Besonders entscheidend für die Entwicklung von Sucht und anderen psychischen Problemen sind Traumatisierungen, die in frühen Lebensabschnitten stattfinden und von nahen Bezugspersonen ausgehen. Sie können auch mit dem Begriff der „frühen interpersonellen Traumatisierung“ umschrieben werden. Zumeist handelt es sich nicht um einmalige Vorfälle, sondern um wiederholte Ereignisse, die sich über weite Strecken der Kindheit und Jugend erstrecken. Bei Personen in Suchtbehandlung finden sich deutlich höhere Raten früher interpersoneller Traumatisierungen als in der Allgemeinbevölkerung. Lange stand dabei sexuelle und körperliche Gewalt im Fokus der Aufmerksamkeit. In einer Übersichtsarbeit fanden Simpson und Miller in 47 Studien zu sexuellen Gewalterfahrungen bei weiblichen Patientinnen eine durchschnittliche Prävalenzrate von 45%. Bei männlichen Patienten fand sich in 20 Stu-

dien eine Rate kindlichen sexuellen Missbrauchs von 16%. Zu körperlicher Misshandlung im Kindesalter gingen in diese Übersicht 19 Studien an weiblichen und 12 Studien an männlichen Patient*innen ein. Durchschnittlich 39% der weiblichen und 31% der männlichen Patient*innen berichteten dabei von frühen Erfahrungen körperlicher Gewalt (Simpson und Miller, 2002). Sexuelle und körperliche Gewalt sind oft in einen insgesamt traumatischen Entwicklungskontext eingebettet, der auch durch emotionale Gewalt, mangelhafte Versorgung durch die nächsten Bezugspersonen und unzureichende Beziehungsangebote gekennzeichnet ist. Diese „Beziehungs-“ oder „Bindungstraumatisierungen“ sind häufig auch unabhängig von sexueller oder körperlicher Gewalt anzutreffen. So fand sich in einer deutschen Studie an knapp 350 Patient*innen mit Alkoholabhängigkeit, dass 31% vor allem von emotionaler Vernachlässigung und weitere 10% sowohl von emotionaler Vernachlässigung als auch emotionaler Misshandlung berichteten (Lotzin et al., 2016).

Zusammenhänge in epidemiologischen Studien

Studien an der Allgemeinbevölkerung belegen, dass frühe interpersonelle Traumatisierungen auch nach Kontrolle anderer psychosozialer Risikofaktoren mit der Entstehung der meisten psychischen Erkrankungen assoziiert sind, etwa mit affektiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und psychotischen Erkrankungen. Besonders deutliche Zusammenhänge finden sich zudem mit einem frühen Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen und späteren substanzbezogenen Störungen. So fanden etwa Shin et al. bei einer repräsentativen Stichprobe von mehr als 8.500 jungen Erwachsenen, dass sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit robuste Risikofaktoren für „binge drinking“ im Jugendalter waren, auch nach Kontrolle von soziodemographischen Variablen, Alkoholabhängigkeit der Eltern und elterlichem Aufsichtsverhalten (Shin et al., 2013). In einer prospektiven Studie begleiteten Fergusson und Kolleg*innen eine neuseeländische Geburtskohorte bis zum 18. Lebensjahr. Sie erhoben zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren im Verlauf der Kindheit, unter anderem den sozioökonomischen Status der Eltern, familiäre Schwierigkeiten, elterliches Erziehungs- und Bindungsverhalten sowie Substanzmissbrauch und andere psychiatrische Probleme der Eltern. Im Alter von 18 Jahren wurde sexueller Missbrauch bzw. körperliche Misshandlung in der Kindheit

erhoben und Zusammenhänge zwischen den verschiedenen belastenden Faktoren und aktuellen Suchtproblemen untersucht. Im Hinblick auf sexuellen Missbrauch zeigten dabei insbesondere schwere Formen mit Körperkontakt bzw. Geschlechtsverkehr deutliche Zusammenhänge mit substanzbezogenen Störungen (Dube et al., 2003), die auch nach Kontrolle der anderen Faktoren bestehen blieben. Sie waren mit drogenbezogenen Störungen deutlicher ausgeprägt als mit alkoholbezogenen Störungen. Im Hinblick auf körperliche Misshandlung zeigten sich hingegen insbesondere mit alkoholbezogenen Störungen signifikante Zusammenhänge, die ebenfalls mit der Schwere der Erlebnisse deutlicher wurden und nach Kontrolle weiterer Risikofaktoren bestehen blieben (Fergusson und Lynskey, 1997; Fergusson et al., 1996). Auch Zwillingsstudien erbrachten Belege für den Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungen und späteren Suchterkrankungen (Kendler et al., 2000; Nelson et al., 2006), die vom Beitrag anderer familiärer Risikofaktoren oder genetischer Faktoren unabhängig waren. Dennoch werden die Auswirkungen interpersonaler Traumatisierungen offensichtlich durch den Einfluss weiterer belastender Entwicklungsbedingungen bzw. protektiver Faktoren mediiert (Dube et al., 2002).



Mögliche Mechanismen

Verschiedene Erklärungsansätze können einen Beitrag dazu leisten den Einfluss früher Traumatisierungen auf spätere Suchtprobleme zu verstehen. So ist das soziale Umfeld, insbesondere in frühen Phasen der Entwicklung, ein außerordentlich wirksamer Regulator biologischer Systeme und führt auf dieser Ebene zur Entwicklung von Vulnerabilitäten für spätere psychische Störungen. So konnte etwa in Bezug auf die individuelle Stressregulation eindrucksvoll gezeigt werden, dass sie bis hin zur Ebene der Gen-Expression sozialer Regulation unterliegt und sich frühe Traumatisierungen nachhaltig auf die Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse und damit auf die Fähigkeit auswirken, im Verlauf

des späteren Lebens mit stressvollen Situationen umzugehen. Dabei fanden sich in präklinischen Studien auch Zusammenhänge mit dem Konsumverhalten (z.B. Fahlke et al., 2000) und auch in einer klinischen Stichprobe von Suchtpatient*innen fanden sich Unterschiede in Bezug auf die neuroendokrine Stressaktivität zwischen Personen mit und ohne frühe Traumatisierungen (Schafer et al., 2010).

Frühe interpersonelle Traumatisierungen wirken sich in besonderer Weise auch prägend auf die Persönlichkeit der Betroffenen aus und können ein breites Spektrum psychischer Funktionsbereiche negativ beeinflussen, die für die Suchtentwicklung von Bedeutung sind (Hien et al., 2005). Neben Beeinträchtigungen des Selbstwerts, der Identität und des Bindungsverhaltens, zählen dazu maladaptive kognitive Schemata, dysfunktionale Copingstrategien und zahlreiche weitere Beeinträchtigungen. So fanden Kassel et al. in einer Student*innenstichprobe Zusammenhänge zwischen Bindungsverhalten im Erwachsenenalter und dem Konsum von Nikotin, Alkohol und Cannabis. Ängstliches Bindungsverhalten war signifikant mit der Häufigkeit des Konsums und Stress als Konsummotiv assoziiert. Dabei waren auch negative Grundannahmen und geringer Selbstwert von Bedeutung für diese Zusammenhänge (Kassel et al., 2007). Simons et al. untersuchten bei 112 Patient*innen mit Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit den Einfluss sexueller, physischer und emotionaler Misshandlung in der Kindheit auf

spätere Copingstrategien. Sie fanden, dass insbesondere Frauen mit emotionalen Misshandlungen in der Kindheit dazu neigten, mehr vermeidende Copingstrategien einzusetzen (Simons et al., 2003). Auch wenn die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den oben genannten Bereichen noch nicht gut genug verstanden sind, so ist doch davon auszugehen, dass ihnen eine wichtige Bedeutung bei der Entstehung von Suchterkrankungen nach frühen Traumatisierungen zukommt.

Von besonderer Bedeutung sind schließlich Befunde zur sogenannten „Selbstmedikationshypothese“ komorbider Traumafolgestörungen. Alkohol- oder Drogenkonsum stellt ihr zufolge einen – teilweise erfolgreichen – Versuch dar, schmerzvolle oder in andere Weise schwer erträgliche emotionale Zustände zu beeinflussen und weitere Traumafolgen, wie Rückzugsverhalten oder Probleme mit sozialen Kontakten, erträglicher zu machen. Besonders in Bezug auf Symptome der PTBS liegen bei Suchtpatient*innen inzwischen zahlreiche Befunde vor, die diese Hypothese untermauern. Wie die Häufigkeit traumatischer Erfahrungen variiert auch die Häufigkeit der PTBS in Abhängigkeit von der jeweiligen Stichprobe. So finden sich bei Frauen mit Suchterkrankungen doppelt so hohe Prävalenzraten wie bei Männern und es zeigen sich Zusammenhänge mit der Art der konsumierten Substanzen. In angloamerikanischen Studien wurde bei Suchtpatient*innen in Behandlung eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 26% bis 52% gefunden,

eine akute PTBS bei 15% bis 41% der Patient*innen (Übersicht bei Schafer und Najavits, 2007). In den letzten Jahren wurden diese Zahlen auch in Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum bestätigt. So fand sich die Störung in einer multizentrischen Studie, an der insgesamt 14 ambulante und stationäre Suchttherapie-Einrichtungen teilnahmen, bei 15% der alkoholabhängigen Patient*innen, 30% der drogenabhängigen Patient*innen und 34% der Patient*innen mit einer Mehrfachabhängigkeit (Driessen et al., 2008).

Stewart et al. befragten knapp 300 Personen mit Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit, von denen eine Untergruppe zusätzlich eine PTBS aufwies, zu typischen Konsumsituationen. Das Ausmaß der PTBS-Symptome korrelierte dabei signifikant mit häufigerem Konsum in negativen Situationen (z.B. belastenden Emotionen, körperlichem Unwohlsein, Konflikte) und seltenerem Konsum in positiven Situationen (z.B. Geselliges Trinken, neutrale „Versuchungssituationen“) (Stewart et al., 2000). Ähnliche Zusammenhänge zeigten sich bei Patient*innen mit einer PTBS in Bezug auf den Kontext von Rückfällen (Ouimette et al., 2007). Weiter wurde die „Selbstmedikationshypothese“ durch eine experimentelle Studie zum Einfluss von traumabezogenen Erinnerungsreizen auf das Suchtverhalten gestützt. So fand sich bei Patient*innen mit einer PTBS ein stärkeres Craving, wenn traumabezogene Reize dargeboten wurden, verglichen mit neutralen Reizen. Zudem nahm das Alkoholverlangen

bei Patient*innen nach einer traumafokussierten Therapie ab während sich bei einer Vergleichsgruppe keine Veränderung fand (Coffey et al., 2006).

Implikationen für die Suchtbehandlung

Während zunächst eher eine sequentielle Behandlung beider Problem-bereiche empfohlen wurde („erst Suchtbehandlung bis zur Abstinenz, dann Traumatherapie“), ist inzwischen deutlich geworden, dass dieser Ansatz oft zu kurz greift. Häufig erreichen Betroffene zunächst keine vollständige Abstinenz und die Behandlung ist mehr noch als bei anderen Patient*innen von Abbrüchen und Rückfällen geprägt. Ein Aufschub der Behandlung der posttraumatischen Symptome bis zur Abstinenz ist deshalb für viele Patient*innen nicht hilfreich, sondern eine Besserung von PTBS-Symptomen und anderen Traumafolgen führt häufig auch zu besseren Ergebnissen in Bezug auf den Substanzkonsum (Hien et al., 2010). Wenn keine Behandlung der PTBS erfolgt, bestehen dagegen eher anhaltende psychische und körperliche Einschränkungen, auch wenn Verbesserungen in Bezug auf den Substanzkonsum erreicht werden. Andererseits entwickeln Suchterkrankungen, die vor dem Hintergrund einer PTBS entstanden sind, häufig eine Eigendynamik, die durch die alleinige Behandlung der posttraumatischen Störung nicht aufzulösen ist. Sinnvoll erscheint deshalb ein integrativer Ansatz, der traumabezogene und

suchttherapeutische Interventionen kombiniert. Mittlerweile liegen zahlreiche Erfahrungen mit solchen integrativen Behandlungsmodellen vor, die zeigen, dass dieses Vorgehen sicher und effektiv ist. Insgesamt ist in der Regel eine Vorgehensweise sinnvoll, die sich am gängigen Phasenmodell traumazentrierter Psychotherapie orientiert, das eine Stabilisierungsphase, bei Vorliegen einer PTBS eine Phase der traumafokussierten Behandlung und schließlich eine Phase der Reintegration und des Neubeginns umfasst. Bei Patient*innen mit Abhängigkeits-erkrankungen müssen in jeder Phase trauma- und suchtspezifische Interventionen miteinander kombiniert werden.

Ein integrativer Therapieansatz, der sich inzwischen auch im deutschsprachigen Raum weit verbreitet hat, ist das Therapieprogramm „Sicherheit finden“, das auf Stabilisierung und das Erlernen sicherer Bewältigungsstrategien fokussiert. Das Programm liegt inzwischen in einer deutschen Manualversion vor („Sicherheit finden“; Najavits, 2009). Wichtigstes Ziel der Behandlung ist es, „Sicherheit“ herzustellen, wobei mit diesem Begriff Veränderungen in verschiedenen Bereichen gemeint sind, die bei traumatisierten Suchtkranken oft besonders schwere Probleme aufwerfen: Exzessiver Konsum, Beziehungen, die zu weiterer Exposition gegenüber Gewalt und zu weiterem Substanzmissbrauch beitragen, sexuelles und anderes Risikoverhalten, Suizidalität und schwerwiegende Symptome, wie Dissoziation oder selbstverletzendes Verhalten. Dabei verfolgt das Programm einen

konsequent integrativen Ansatz, das heißt es kombiniert in jeder Sitzung trauma- und suchtspezifische Interventionen. Die Grundlage der einzelnen Sitzungen bildet jeweils einer der 25 Themenbereiche von „Sicherheit finden“, die zu etwa gleichen Anteilen kognitive, verhaltensbezogene und interpersonelle Aspekte behandeln. „Sicherheit finden“ kann in verschiedenen Varianten durchgeführt werden, die (halb-) offene und geschlossene Gruppen, 50- oder 90-minütige Sitzungen, sowie die Durchführung im ambulanten, stationären und teilstationären Rahmen umfassen. Neben dem Gruppenformat kann es auch für die Einzeltherapie genutzt werden. Als einziges Programm seiner Art kann „Sicherheit finden“ auf eine größere Zahl von Evaluationsstudien verweisen, die seine Durchführbarkeit und Effektivität bei verschiedenen Patient*innenpopulationen (z.B. männliche und weibliche Patient*innen in Suchtbehandlungssettings, inhaftierte Frauen, weibliche und männliche Veteranen, jugendliche Mädchen) zeigen. Eine Meta-Analyse über kontrollierte Studien zum Therapieprogramm zeigte, dass es Effekte mittlerer Stärke auf die PTBS-Symptomatik hatte, wenn es mit Wartekontrollbedingungen verglichen wurde und eine vergleichbare Wirksamkeit zeigte wie andere kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze (Lenz et al., 2016). Positive Effekte wurden auch in Bezug auf weitere Bereiche gezeigt, etwa HIV-Risikoverhalten, Suizidalität und soziale Kompetenz.

In Bezug auf eine traumafokussierte Behandlung der PTBS wurden auch

bei Suchtpatient*innen inzwischen Verfahren evaluiert, die sich bei anderen Gruppen von Patient*innen bewährt haben. Dazu zählt insbesondere die prolongierte Expositionstherapie. Von Back und Kolleg*innen wurde dazu unter dem Namen „Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders with Prolonged Exposure (COPE)“ ein Modell zur integrativen Behandlung von PTBS und Suchtstörungen entwickelt (Back, 2010). Das Programm wird als Einzeltherapie durchgeführt, umfasst 13 Sitzungen à 90 Minuten und kombiniert kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, die sich für die jeweiligen Symptombereiche als effektiv erwiesen haben. Neben Psychoedukation kommen unter anderem Rückfallpräventionstraining und in sensu sowie in vivo Traumaaexposition zum Einsatz. In einer randomisiert-kontrollierte Evaluationsstudie wurden 103 Patient*innen eingeschlossen, die entweder COPE zusätzlich zur Standardbehandlung oder nur eine Standardbehandlung erhielten. Neun Monate nach Studieneinschluss fand sich bei der Behandlungsgruppe ein signifikant stärkerer Rückgang der PTBS-Symptomschwere als bei der Kontrollgruppe. In Bezug auf die Substanzabhängigkeit, Depression und Angst profitierte die Behandlungsgruppe dabei nicht stärker als die Kontrollgruppe (Mills et al., 2012). Auch wenn zu anderen traumafokussierten Verfahren bislang keine Studien vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass sie ähnlich der prolongierten Exposition bei Patient*innen mit Suchtstörungen und PTBS sicher und effektiv einge-

setzt werden können. Die international erste randomisierte Studie zu „Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)“ wird aktuell in einer deutschen Rehabilitationsfachklinik durchgeführt (Schafer et al., 2017).

Zusammenfassung

Traumatische Erfahrungen in frühen Lebensphasen stellen gravierende Risikofaktoren dafür dar, im späteren Leben substanzbezogene Störungen zu entwickeln. Mindestens ein Drittel bis die Hälfte aller Personen in Suchtbehandlung berichten interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend. Auch in späteren Lebensabschnitten sind Suchtkranke deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt. Besonders frühe Traumatisierungen können sich auf zahlreiche psychische Funktionsbereiche und die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit auswirken und führen nicht selten zur Entwicklung „komorbider“ psychischer Störungen. Bei betroffenen Patient*innen kann Substanzkonsum dabei oft als Bewältigungsstrategie im Sinne der „Selbstmedikationshypothese“ verstanden werden und die Folgen traumatischer Erfahrungen können die Suchttherapie erschweren, oder ihren Erfolg ganz in Frage stellen, wenn sie nicht spezifisch berücksichtigt werden. Sinnvoll erscheinen integrative Therapieansätze, die sowohl traumabezogene als auch suchtherapeutische Interventionen innerhalb derselben Behandlung kombinieren.

Literatur

- Back, S. E. (2010): TOWARD AN IMPROVED MODEL OF TREATING CO-OCCURRING PTSD AND SUBSTANCE USE DISORDERS. *Am J Psychiatry*, 167(1): 11-3
- Coffey, S. F. et al. (2006): TRAUMA-FOCUSED IMAGINAL EXPOSURE FOR INDIVIDUALS WITH COMORBID POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND ALCOHOL DEPENDENCE: REVEALING MECHANISMS OF ALCOHOL CRAVING IN A CUE REACTIVITY PARADIGM. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4): 425-35
- Driessen, M. et al. (2008): TRAUMA AND PTSD IN PATIENTS WITH ALCOHOL, DRUG, OR DUAL DEPENDENCE: A MULTI-CENTER STUDY. *Alcohol Clin Exp Res*, 32(3): 481-8
- Dube, S. R. et al. (2003): CHILDHOOD ABUSE, NEGLECT, AND HOUSEHOLD DYSFUNCTION AND THE RISK OF ILLICIT DRUG USE: THE ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES STUDY. *Pediatrics*, 111(3): 564-72
- Dube, S. R. et al. (2002): ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND PERSONAL ALCOHOL ABUSE AS AN ADULT. *Addict Behav*, 27(5): 713-25
- Fahlke, C. et al. (2000): REARING EXPERIENCES AND STRESS-INDUCED PLASMA CORTISOL AS EARLY RISK FACTORS FOR EXCESSIVE ALCOHOL CONSUMPTION IN NONHUMAN PRIMATES. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(5): 644-50
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. (1997): PHYSICAL PUNISHMENT/MALTREATMENT DURING CHILDHOOD AND ADJUSTMENT IN YOUNG ADULTHOOD. *Child Abuse Negl*, 21(7): 617-30

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. (1996): CHILDHOOD SEXUAL ABUSE AND PSYCHIATRIC DISORDER IN YOUNG ADULTHOOD: II. PSYCHIATRIC OUTCOMES OF CHILDHOOD SEXUAL ABUSE. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(10): 1365-74
- Hien, D. A. et al. (2010): DO TREATMENT IMPROVEMENTS IN PTSD SEVERITY AFFECT SUBSTANCE USE OUTCOMES? A SECONDARY ANALYSIS FROM A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL IN NIDA'S CLINICAL TRIALS NETWORK. *Am J Psychiatry*, 167(1): 95-101
- Hien, D., Cohen, L., Campbell, A. (2005): IS TRAUMATIC STRESS A VULNERABILITY FACTOR FOR WOMEN WITH SUBSTANCE USE DISORDERS? *Clin Psychol Rev*, 25(6): 813-23
- Kassel, J. D., Wardle, M., Roberts, J. E. (2007): ADULT ATTACHMENT SECURITY AND COLLEGE STUDENT SUBSTANCE USE. *Addictive Behaviors*, 32(6): 1164-76
- Kendler, K. S. et al. (2000): CHILDHOOD SEXUAL ABUSE AND ADULT PSYCHIATRIC AND SUBSTANCE USE DISORDERS IN WOMEN: AN EPIDEMIOLOGICAL AND COTWIN CONTROL ANALYSIS. *Arch Gen Psychiatry*, 57(10): 953-9
- Lenz, A. S., Hensey, R., Callender, K. (2016): EFFECTIVENESS OF SEEKING SAFETY FOR CO-OCCURRING POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND SUBSTANCE USE. *Journal of Counseling & Development*, 94(1): 51-61
- Lotzin, A. et al. (2016): PROFILES OF CHILDHOOD TRAUMA IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE AND THEIR ASSOCIATIONS WITH ADDICTION-RELATED PROBLEMS. *Alcohol Clin Exp Res*, 40(3): 543-52
- Mills, K. L. et al. (2012): INTEGRATED EXPOSURE-BASED THERAPY FOR CO-OCCURRING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND SUBSTANCE DEPENDENCE: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *Jama*, 308(7): 690-9
- Najavits, L. M. (2009): POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND SUBSTANZMISSBRAUCH. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Göttingen: Hogrefe.
- Nelson, E. C. et al. (2006): CHILDHOOD SEXUAL ABUSE AND RISKS FOR LICIT AND ILLICIT DRUG-RELATED OUTCOMES: A TWIN STUDY. *Psychological Medicine*, 36(10): 1473-83
- Ouimette, P. et al. (2007): PRECIPITANTS OF FIRST SUBSTANCE USE IN RECENTLY ABSTINENT SUBSTANCE USE DISORDER PATIENTS WITH PTSD. *Addictive Behaviors*, 32(8): 1719-27
- Schafer, I. et al. (2017): EFFECTIVENESS OF EMDR IN PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDER AND COMORBID PTSD: STUDY PROTOCOL FOR A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *BMC Psychiatry*, 17(1): 95
- Schafer, I. et al. (2010): IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA ON HYPOTHALAMUS-PITUITARY-ADRENAL AXIS ACTIVITY IN ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS. *Eur Addict Res*, 16(2): 108-14
- Schafer, I., Najavits, L. M. (2007): CLINICAL CHALLENGES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND SUBSTANCE ABUSE. *Curr Opin Psychiatry*, 20(6): 614-8
- Shin, S. H., Miller, D. P., Teicher, M. H. (2013): EXPOSURE TO CHILDHOOD NEGLECT AND PHYSICAL ABUSE AND DEVELOPMENTAL TRAJECTORIES OF HEAVY EPISODIC DRINKING FROM EARLY ADOLESCENCE INTO YOUNG ADULTHOOD. *Drug Alcohol Depend*, 127(1-3): 31-8
- Simons, L. et al. (2003): CHILDHOOD TRAUMA, AVOIDANCE COPING, AND ALCOHOL AND OTHER DRUG USE AMONG WOMEN IN RESIDENTION AND OUTPATIENT TREATMENT PROGRAMS. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(4): 37-54
- Simpson, T. L., Miller, W. R. (2002): CONCOMITANCE BETWEEN CHILDHOOD SEXUAL AND PHYSICAL ABUSE AND SUBSTANCE USE PROBLEMS. A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1): 27-77
- Stewart, S. H. et al. (2000): POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS AND SITUATION-SPECIFIC DRINKING IN WOMEN SUBSTANCE ABUSERS. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3): 31-47

Kultursensible Suchtberatung und -therapie für Menschen mit Flucht- bzw. Migrationshintergrund

Deutschland zählt mit über einer Million Asylbewerber*innen, die allein seit 2015 bundesweit Zuflucht gesucht haben, weltweit zu einem der wichtigsten Zufluchtsländer für Menschen, die aufgrund von Armut, Krieg oder Verfolgung ihre Heimat verlassen mussten (BAMF, 2017). Zu den häufigsten Herkunftsländern geflüchteter Menschen, die in den ersten Monaten im Jahr 2017 einen Asylersuchen in Deutschland gestellt haben, zählten laut dem Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (2017) Kriegs- und Krisenregionen wie Syrien bzw. die Arabische Republik (25%), der Irak (11%), Afghanistan (9%) und Eritrea (5%). Einwanderung ist in Deutschland jedoch kein neues Phänomen. Die Grenzen zwischen erzwungener und freiwilliger Migration sind dabei häufig fließend. Aufgrund des Wirtschaftsbooms und einem daraus erwachsenen Arbeiterkräftemangel, vor allem in der Akkordlohn-, Schicht- und Fließbandarbeit, migrierten beispielsweise bereits in den 1950er

Jahren bis zum Anwerbestopp in 1973 sogenannte „Gastarbeiter*innen“ aus diversen Mittelmeerländern, wie unter anderem Italien, Griechenland oder der Türkei. Die ursprüngliche Idee einer lediglich befristeten Bleibe und Arbeitserlaubnis konnte für diese Bevölkerungsgruppe nicht ohne Weiteres aufrechterhalten werden. Bei etwa 36% der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland handelt es sich um Personen aus den Gastarbeiteranwerbestaaten (Statistisches Bundesamt, 2017). Insgesamt haben in Deutschland aktuell etwa 18,6 Millionen Menschen und damit rund 22% der Gesamtbevölkerung einen Migrationshintergrund der ersten, zweiten oder dritten Generation (Statistisches Bundesamt, 2016). Der Anteil der deutschen Gesamtbevölkerung an Ausländer*innen mit eigener Migrations- und Fluchterfahrung lag 2016 bei etwa 10% (Statistisches Bundesamt, 2016).

Migration und psychische Erkrankungen

Geflüchtete bzw. migrierte Menschen haben im Vergleich zur nicht-eingewanderten Bevölkerung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel für affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Erkrankungen (Dingoyan et al., 2017; Lindert et al., 2017). Geflüchtete erkranken aufgrund der großen Bandbreite und Anzahl an traumatischen Erlebnissen sowie Stressoren vor, während und nach der Flucht vielfach häufiger an Traumafolgestörungen wie einer PTBS oder einer Depression als Menschen ohne Fluchtgeschichte. In einer systematischen Übersichtsarbeit wurden 37 weltweit publizierte Untersuchungen zu insgesamt n=24.681 Arbeitsmigrant*innen, Asylbewerber*innen und Flüchtlingen analysiert (Lindert et al., 2017). Das Literaturreview von Lindert et al. (2017) ergab für die PTBS Häufigkeiten zwischen 4% und 68% bei Flüchtlingen sowie 30% bei Migrant*innen. Für die Depression wurden Häufigkeiten zwischen 3% und 81% bei Flüchtlingen und zwischen 5% und 59% bei Migrant*innen festgestellt.

Suchterkrankungen bei eingewanderten Menschen

Dingoyan et al. (2017) fanden bei $n=653$ Erwachsenen mit einem türkischen Migrationshintergrund der ersten und zweiten Generation Lebenszeitprävalenzen von 8% für Alkoholmissbrauch, von 3% für Alkoholabhängigkeit, von 2% für Medikamentenmissbrauch, von 1% für Medikamentenabhängigkeit und von 39% für Nikotinabhängigkeit heraus, wobei 43% mindestens eine dieser Diagnosen und 10% allesamt diese Diagnosen (ausschließlich Nikotinabhängigkeit) erfüllten. Bei geflüchteten Menschen wird ein enger Zusammenhang zwischen Traumafolgestörungen, wie der PTBS, und Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation angenommen (Sowey, 2005). Horyniak et al. (2016) untersuchten im Rahmen eines systematischen Literaturreviews 63 Studien zum Substanzkonsum bei Menschen mit erzwungener Migration, wie zum Beispiel Flüchtlinge und Asylbewerber*innen. Die Häufigkeiten von schädlichem Alkoholkonsum nach einer erzwungenen Migration rangierten bei Migrant*innen in Flüchtlingscamps und -unterkünften zwischen 17% und 36%, während schädlicher Alkoholkonsum bei Geflüchteten, die in gemeindenahen Settings lebten, bei 4% bis 7% gefunden wurde (Horyniak et al., 2016). Ein ähnliches Bild zeigte sich für die Alkoholabhängigkeit: Die identifizierten Häufigkeiten lagen zwischen 4% und 42% bei Migrant*innen in Flüchtlingscamps



und zwischen >1% und 25% in Stichproben, die in einem gemeindenahen Wohnumfeld lebten (Horyniak et al., 2016). Zum Drogenkonsum identifizierten Horyniak et al. (2016) zwei Studien, in denen auf die Lebenszeit bezogene Häufigkeiten von 23% zu Geflüchteten aus Afghanistan und 44% zu Geflüchteten aus Somalia berichtet wurden. Studien, in denen die Prävalenz von Suchterkrankungen zwischen geflüchteten und nicht-geflüchteten Menschen verglichen wurden, ergaben entweder keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen oder durchschnittlich geringere Häufigkeiten für Substanzkonsum bei Zwangsmigrierten (Horyniak et al., 2016).

Eine umfangreiche Befragung zu substanzungebundenen Suchterkrankungen ergab für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland Lebenszeitprävalenzen von 6,8% für risikoreiches, von 2,4% für problematisches und von 1,8% für pathologisches Glücksspiel (Kastirke et al., 2011; Meyer et al., 2011). Es zeigten sich signifikant höhere Lebenszeitprävalenzen in der untersuchten Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund, in der die Prävalenz für Glücksspiel je nach Schweregrad zwischen 4,0% und 0,7% variierte (Kastirke et al., 2011) sowie eine höhere Betroffenheit der Männer (Meyer et al., 2011). Bei der Ausrichtung von Suchthilfeeinrichtungen gilt es, die Befunde zu den substanzgebundenen und substanzungebundenen Suchterkrankungen zu berücksichtigen, entsprechende Beratungs- und Therapieangebote zu schaffen und den Zugang für Menschen mit einem hohen Erkrankungsrisiko gezielt zu ermöglichen.

Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Mit der von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedeten Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde 1986 für Gesundheitsdienste das Ziel formuliert, sich auf die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse aller Patient*innen einzustellen (WHO, 1986), um so auch Menschen mit Flucht- bzw. Migrationshintergrund einen gleichberechtigten Zugang zu Versorgungsangeboten, wie zum Beispiel der Suchtberatung und -therapie, zu ermöglichen. Der aktuelle Stand der interkulturellen Öffnung in den Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland kann beispielsweise daran gemessen werden, welche Zugangsbarrieren für Suchthilfeeinrichtungen bestehen, wie viele Patient*innen und Behandler*innen einen Migrationshintergrund haben und wie das Beratungs- und Behandlungsergebnis bei Menschen mit Migrationshintergrund aussieht.

Um eine bedarfsgerechte Suchthilfe für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund in Deutschland zu ermöglichen, müssen sowohl Patient*innen und Klient*innen einerseits als auch Behandler*innen andererseits zahlreiche sprachliche, kulturelle und strukturelle Barrieren überwinden. Zu den Herausforderungen bei der Inanspruchnahme von Suchthilfeeinrichtungen zählen für Menschen, die sich innerhalb der 15 Monate im Asylverfahren befinden und als nicht „besonders schutzbedürftig“ eingestuft werden in vielen

Bundesländern rechtlich beschränkte Gesundheitsleistungen. Das wenig transparente und zumeist langwierige Psychotherapieantragsverfahren für „besonders schutzbedürftige“ Asylsuchende nach §6 des Asylbewerberleistungsgesetzes, zu denen unbegleitete Minderjährige oder Opfer von Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt zählen, unterscheidet sich je nach Bundesland, Einzelfall und Sachbearbeiter*in. Vielfältige soziale, wirtschaftliche und rechtliche Probleme bei der Alltagsbewältigung und Integration in Deutschland können es Betroffenen erschweren, Zugang zum professionellen Hilfesystem zu suchen und zu finden. Bei der Re-Analyse des Bundesgesundheits surveys mit einer gematchten Stichprobe aus jeweils n=151 Menschen mit Migrationshintergrund und Deutschen mit psychischen Erkrankungen fanden Bermejo et al. (2012) keine Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Inanspruchnahme in beiden Gruppen. Sie schlussfolgerten, dass die in vielen Studien gefundenen Unterschiede in der Inanspruchnahme neben migrationsbezogenen vor allem auf sozioökonomischen Faktoren wie zum Beispiel der Schichtzugehörigkeit und damit zusammenhängend der Wohn- und Arbeitssituation beruhen. Mösko et al. (2011) zeigten zudem basierend auf den Daten von n=25.066 Patient*innen mit psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Rehabilitation im Vergleich zu Patient*innen ohne Migrationshintergrund einen geringeren Behandlungserfolg bei Patient*innen

mit Migrationshintergrund aus bestimmten Ländern, wie zum Beispiel der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien.

Bei der Suchtberatung und -behandlung von Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund müssen häufig sprachliche Barrieren überwunden werden. Optimal wären Beratungs- und Therapieangebote, die in den Muttersprachen der Klient*innen und Patient*innen durchgeführt werden können. Insbesondere für die von Geflüchteten gesprochenen Sprachen, wie Arabisch, Farsi, Dari, Somali oder Tigrinya fehlt es in Deutschland in flächendeckenden Bereichen der psychosozialen Versorgung an muttersprachlichen Behandler*innen. Die Online-Suche der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2017) erlaubt bei Suchanfragen für Suchthilfeeinrichtungen die Auswahl nach Herkunftsländern, wie der Türkei, Italien und Polen, wohingegen die Abfrage der aktuellen Haupttherapiesprachen von geflüchteten Menschen in Deutschland gänzlich fehlen. Eine Befragung von n=37 Psychotherapeut*innen, die eingewanderte Patient*innen in anderen Sprachen als Deutsch behandelten, zeigte zudem spezifische Herausforderungen für muttersprachliche Behandlungen bei Geflüchteten (Metzner et al., im Druck). Die befragten Therapeut*innen berichteten beispielsweise von der Schwierigkeit, die notwendige Neutralität in der Behandlung zu bewahren und von sprachlich bedingten Verständnisproblemen trotz der vorhandenen Sprachkenntnisse, die sich zum



Beispiel aufgrund unterschiedlicher Dialekte und Bildungsniveaus zeigten (Metzner et al., im Druck). Zur Überwindung der Sprachbarrieren empfiehlt es sich daher, professionelle Dolmetscher*innen mit Erfahrungen in der psychosozialen Versorgung einzusetzen. Brune et al. (2011) und d'Ardenne et al. (2007) verglichen die Wirksamkeit von dolmetschergestützter und nicht-dolmetschergestützter Psychotherapie in der Behandlung von geflüchteten Patient*innen mit Traumafolgestörungen in England, Deutschland sowie Schweden und fanden keine Unterschiede in der Effektivität beider Verfahren. Das Hinzuziehen von Dolmetscher*innen ist aber mit einem erhöhten organisatorischen und zeitlichen Aufwand verbunden. In den Befragungen berichteten Therapeut*innen zudem von negativen Gefühlen, Vorbehalten und Sorgen in Bezug auf die Beziehungsqualität, die Rollenverteilung und die Wirksamkeit bei dolmetschergestützten Behandlungen (Hanft-Robert et al., im Druck). Vertrauen zwischen Patient*in, Dolmetscher*in und Behandler*in erscheint daher

als eine wesentliche Voraussetzung bei der Arbeit zu dritt (Metzner et al., im Druck). Behandler*innen sowie die Patient*innen und Klient*innen müssen sich darauf verlassen können, dass die gesprochenen Inhalte sowohl neutral als auch möglichst wortgetreu gedolmetscht und die Schweigepflicht eingehalten wird. Die Berufsbezeichnung Dolmetscher*in ist nicht geschützt und birgt sehr unterschiedliche Qualifizierungen (bis hin zu keiner), was den Behandler*innen die Suche und Auswahl erheblich erschwert. Insbesondere eine fehlende fundierte Ausbildung, regelmäßige Supervision sowie ggf. eigene Fluchterfahrungen und PTBS-ähnlichen Symptome können die Arbeit zu dritt erheblich erschweren oder zu einer sekundären traumatischen Belastung der Dolmetscher*innen führen. Ähnliche Reaktionen sind häufig auch bei Angehörigen zu beobachten, die Patient*innen bzw. Klient*innen als Sprachmittler*innen begleiten. Obwohl die Unterstützung von erwachsenen Angehörigen teilweise die einzige praktikable Möglichkeit zur Überwindung von Sprachbarrieren

in der Gesundheitsversorgung darstellt, sollten sie aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit und fehlenden Neutralität nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden, da in diesen Fällen die Qualität des Dolmetschens insbesondere bei angst- oder schambesetzten Themen häufig nicht gewährleistet werden kann. Minderjährige Angehörige sollten aufgrund ihrer entwicklungsbedingten Vulnerabilität nicht als Sprachmittler*in in Beratungen oder Therapien einbezogen und bei traumabezogenen Inhalten und im Sinne des Kinderschutzes grundsätzlich als Dolmetscher*in abgelehnt werden.

Empfehlungen für die kultursensible Suchtberatung und -therapie

Zur interkulturellen Öffnung innerhalb der Suchtberatung für kulturell diverse Klient*innen bzw. Patient*innen gilt es, den Zugang zu Suchthilfeeinrichtungen für eingewanderte Menschen zu erleichtern und deren Behandlungserfolg zu erhöhen. Hierfür erscheint es notwendig, psychologisch geschulte Dolmetscher*innen einzusetzen sowie Dolmetscherpools aufzubauen, Informations- und Therapiematerialien sowie Formulare in den relevanten Sprachen bereitzustellen und die Behandler*innen in Aspekten der Interkulturellen Kompetenz aus-, fort- und weiterzubilden (Machleidt et al., 2006). Nützlich kann sich hierbei erweisen, die Öffentlichkeitsarbeit und Suchtportale für Suchthilfeeinrichtungen auf Sprachen, die häufig von geflüchteten und migrierten Menschen gesprochen werden, auszuweiten. Es können spezifische Angebote geschaffen werden, die auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet sind. Die gezielte Ausbildung und Förderung von Behandler*innen mit einem Migrationshintergrund kann zudem die kulturelle Diversität im Team erhöhen. Die Aspekte Flucht, Migration und Kultur können ähnlich wie zum Beispiel das Thema Kinderschutz als feste Bestandteile in Supervisionen und Fallbesprechungen integriert werden. Im Rahmen von interkulturellen Trainings können Suchtberater*innen und -therapeut*innen ihr interkulturelles Wissen, unter

anderem zum Einfluss von Kultur und Migration auf Symptompräsentationen, zu Krankheits- und Heilungskonzepten und zu individualistisch und kollektivistisch geprägten Kulturen erweitern (von Lersner et al., 2016). Interkulturelle Trainings ermöglichen es Berater*innen und Therapeut*innen durch Rollenspiele, Fallarbeit, Gruppenübungen und Reflektion, eigene Einstellungen und Haltungen vor dem Hintergrund der eigenen Stereotype und kulturellen Eingebundenheit kritisch zu hinterfragen. Zur Ermöglichung einer kultursensiblen Ausweitung der Angebote von Suchthilfeeinrichtungen können andere Fertigkeiten in der Arbeit mit Dolmetscher*innen, bei der kultursensiblen Diagnostik und in nichtsprachlichen Behandlungsmethoden erprobt und vertieft werden.

Literatur

- Bermejo, I., Frank, F., Maier, I., Hölzel, L. (2012): GESUNDHEITSBEZOGENES INANSPRUCHNAHME-VERHALTEN VON PERSONEN MIT MIGRATIONS-HINTERGRUND UND EINER PSYCHISCHEN STÖRUNG IM VERGLEICH ZU DEUTSCHEN. *Psychiatrische Praxis*; 39: 64–70
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J. et al. (2011): INTERMEDIATED COMMUNICATION BY INTERPRETERS IN PSYCHOTHERAPY WITH TRAUMATIZED REFUGEES. *Int J Cult Ment Health*, DOI: 10.1080/17542863.2010.537821
- Bundesministerium für Migration und Flüchtlinge (2017): AKTUELLE ZAHLEN ZU ASYL. Ausgabe: Oktober 2017. In: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-oktober-2017.html?nn=7952222> (Stand 04.12.2017)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2017): ONLINE-SUCHE. In: <http://www.dhs.de/nc/einrichtungssuche/online-suche.html> (Stand 04.12.2017)
- Dingoyan, D., Schulz, H., Kluge, U., Penka, S., Vardar, A., von Wolff, A., Strehle, J., Wittchen, H.-U., Koch, U., Heinz, A., Mösko, M. (2017): LIFETIME PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS AMONG FIRST AND SECOND GENERATION INDIVIDUALS WITH TURKISH MIGRATION BACKGROUNDS IN GERMANY. *BMC Psychiatry*, DOI 10.1186/s12888-017-1333-z
- d' Ardenne, P., Ruaro, L., Cestari, L. et al. (2007): DOES INTERPRETER-MEDIATED CBT WITH TRAUMATIZED REFUGEE PEOPLE WORK? A COMPARISON OF PATIENT OUTCOMES IN EAST LONDON. *Behav Cogn Psychother*; 35: 293-301
- Hanft-Robert, S., Römer, M., Morgenroth, O., Redlich, A., Metzner, F. (im Druck): HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE DOLMETSCHERGESTÜTZTE PSYCHOTHERAPIE MIT FLÜCHTLINGEN UND ASYLBEWERBERN – Ergebnisse qualitativer Interviews mit Psychotherapeuten und Dolmetschern zu Chancen und Herausforderungen in der Triade. *Verhaltenstherapie*
- Horyniak, D., Melo, J., Farrell, R., Ojeda, V., Strathdee, S. (2016): EPIDEMIOLOGY OF SUBSTANCE USE AMONG FORCED MIGRANTS: A GLOBAL SYSTEMATIC REVIEW. *PLoS ONE*. DOI: 10.1371/journal.pone.0159134
- Kastirke, N., Goeze, C., John, U., Kreuzer, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J. (2011): PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL-VERHALTEN UND MIGRATION. *Gesundheitswesen*, DOI: 10.1055/s-0031-1283504
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A., Priebe, S. (2017): DEPRESSIVITÄT, ANGST UND POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG BEI ARBEITSMIGRANTEN, ASYLBEWERBERN UND FLÜCHTLINGEN. SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT ZU ORIGINALSTUDIEN. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, In: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103344> (Stand 04.12.2017)
- Machleidt, W., Salman, R., Calliess, I. (2006): Sonnenberger Leitlinien: INTEGRATION VON MIGRANTEN IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE. ERFAHRUNGEN UND KONZEPTE IN DEUTSCHLAND UND EUROPA. VVB-Verlag
- Metzner, F., Dingoyan, D., Wichmann, M., Hanft-Robert, S., Pawils, S. (im Druck): „DAS VERTRAUEN MUSS DA SEIN...“ HERAUSFORDERUNGEN UND KONFLIKTE IN DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT GEFLÜCHTETEN PATIENT*INNEN AUS SICHT DER BEHANDELNDEN PSYCHOTHERAPEUT*INNEN UND DOLMETSCHER*INNEN. *Konfliktdynamik*
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A. et al. (2011): PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELEN UND EPIDEMIOLOGIE (PAGE): ENTSTEHUNG, KOMORBIDITÄT, REMISSION UND BEHANDLUNG. *Kurzbericht*. In: http://www.landesfachstelle-gluecksspielsucht-nrw.de/pdf/PAGE_Kurzbericht_2.pdf (Stand 04.12.2017)
- Mösko, M., Pradel, S., Schulz, H. (2011): DIE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT MIGRATIONS-HINTERGRUND IN DER PSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATION. *Bundesgesundheitsblatt*. DOI 10.1007/s00103-011-1245
- Sowey, H. (2005): ARE REFUGEES AT INCREASED RISK OF SUBSTANCE MISUSE? In: http://library.bsl.org.au/jspui/bitstream/1/747/1/Refugee_Drug_Alcohol_Vulnerability.pdf (Stand 04.12.2017)
- Statistisches Bundesamt (2017): BEVÖLKERUNG UND ERWERBSTÄTIGKEIT. BEVÖLKERUNG MIT MIGRATIONSHINTERGRUND. ERGEBNISSE DES MIKROZENSUS 2016. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. In: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf?__blob=publicationFile (Stand 04.12.2017)
- Statistisches Bundesamt (2016): BEVÖLKERUNG UND ERWERBSTÄTIGKEIT. BEVÖLKERUNG MIT MIGRATIONSHINTERGRUND. ERGEBNISSE DES MIKROZENSUS 2016. In: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220167004.pdf?__blob=publicationFile (Stand 04.12.2017)
- von Lersner, U., Baschin, K., Wormeck, I., Mösko, M. (2016): LEITLINIEN FÜR TRAININGS INTER-/TRANSKULTURELLER KOMPETENZ IN DER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG VON PSYCHOTHERAPEUTEN. *Psychother Psych Med*, 66: 67–73
- Weltgesundheitsorganisation WHO Europa (1986): OTTAWA-CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG. In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand 04.12.2017)

Gender – Sucht – Trauma

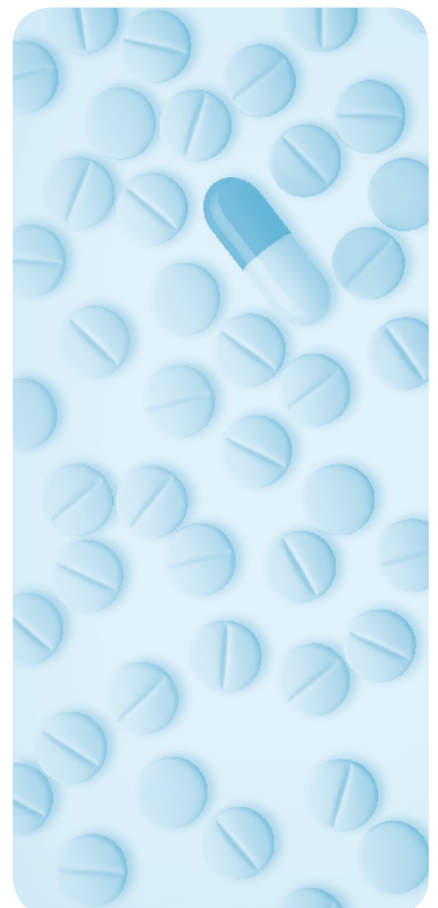
Zusammenhänge und Implikationen für die Praxis

Einleitung

Die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und übereinstimmender Praxiserfahrungen in der Suchthilfe weisen darauf hin, dass Traumatisierungen für suchtmittelabhängige Frauen und Männer eine geschlechtsbezogene Relevanz besitzen (Teuniben und Engels, 2006; Hein, 2009). Allerdings fällt in Bezug auf die Berücksichtigung des Genderaspekts im Bereich der Sucht- und Traumaforschung auf, dass diese hauptsächlich quantitativ orientiert ist (Gahleitner und Reddemann, 2014; Gahleitner, 2005). Liegen Studienergebnisse zur gendersensiblen Arbeit in der Suchthilfe vor, werden sie kaum mit Leben gefüllt (Schwartz, 2016). So wurde eine vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen beauftragte und von FOGS Köln durchgeführte Studie zum Stand der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der ambulanten und stationären Sucht- und Drogenhilfe in NRW zwar kurz der Fachöffentlichkeit vorgestellt (Schu, 2014) und in einem Buchbeitrag veröffentlicht (Schu et al., 2016);

es wurden aber keine konkreten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft im Suchtbereich abgeleitet. Insofern bleibt es bei punktuellen Zusatzangeboten, wie geschlechtshomogene Therapiegruppen in den Facheinrichtungen. Die mangelnde gendergerechte Übersetzung in organisationale Veränderungen in den Institutionen wird auch dadurch befördert, dass Leistungsträger und zuständige Förderinstanzen geschlechtsbezogene Arbeit nicht grundsätzlich an die Anerkennung und finanziellen Zuwendungen für die Leistungserbringer binden und ihre Steuerungskompetenz im Suchthilfebereich nicht nutzen (Schu et al., 2016).

Das Gender-Thema bildet dergestalt häufig nur eine Frage der „Political Correctness“ mit entsprechenden Abwehrmechanismen, die weder zu weiterführenden Erkenntnisprozessen noch zu innovativen bedarfsgerechten Veränderungen für die betroffenen suchtkranken Frauen und Männer vor Ort führt.



Gender matters – in Beratung und Therapie

Verschieden wirksame Gender-Bias spiegeln den Einfluss gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf die Beurteilung der psychischen Gesundheit von Frauen und Männern sowie auf deren Versorgung im Beratungs- und Therapiekontext wider (Schigl, 2012). Bei der Überweisung in eine Psychotherapie wird beispielsweise beim Vorliegen sexualisierter Gewalt eher das gegenteilige Geschlecht bei der Wahl des*der jeweiligen Psychotherapeut*in im Verhältnis zum Täter bzw. Täterin empfohlen. Außerdem wird bei identischen Symptomen in Fallgeschichten bei Patientinnen mehrheitlich sexueller Missbrauch als Ursache angenommen als bei der Vergleichsgruppe der Männer (Schigl, 2012). Auch in die Diagnose-Vergabe durch psychosoziale Fachkräfte fließen gesellschaftliche Erwartungen in Bezug auf das Frau- und Mann-sein ein (Bronvermann et al., 1970, zitiert nach Schigl, 2012). Demnach entsprechen die Beschreibungen eines gesunden Mannes denen eines gesunden Menschen. Eine gesunde Frau scheint demgegenüber eher durch Merkmale gekennzeichnet zu werden, die einem kranken Mann zugeschrieben werden. Dieses Resultat korrespondiert mit dem Forschungsergebnis, dass aggressive Frauen häufiger als krank bewertet werden als ein Mann, bei dem aggressive Züge festgestellt werden (Schigl, 2012). Wird aggres-

sives Verhalten als krank etikettiert, so erhalten auch nach übereinstimmender Praxiserfahrung Frauen vermehrt die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei Männern wird dann eher eine antisoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Im Umgang mit Problemen wenden Männer eher externalisierende Bewältigungsformen an, demgegenüber zeigen Frauen vornehmlich internalisierende Strategien (Schigl, 2012). Das gesellschaftlich beeinflusste geschlechterbezogen unterschiedliche Bewältigungshandeln wirkt sich auch auf die Interaktion in Beratung und Therapie aus. Nach einer Studie von Strauß et al. (2002, zitiert nach Schigl, 2012) kommen Therapeutinnen besser mit Patientinnen zurecht, die nach Selbstständigkeit und Kompetenz streben. Therapeuten würden sich mit Männern, die hilflos und abhängig wirken, offensichtlich schwertun. Im Gegensatz dazu zeigen sie keinerlei Schwierigkeiten im Umgang mit abhängig und hilflos erscheinenden Frauen.

Voraussetzung für die Gestaltung einer adäquaten Beratung und Behandlung von suchtkranken Frauen und Männern, die unter belastenden Traumafolgen leiden, ist eine empirische Bedarfsanalyse, die die Genderperspektive systematisch miteinbezieht.

Systematische Integration der Genderperspektive

Bei der Analyse von geschlechtsbezogenen Aspekten im Zusammenhang von Sucht und Traumafolgestörungen lassen sich in Anlehnung an Jahn (2004) verschiedene Fragen auf epidemiologischer Ebene untersuchen:

Inwieweit spielen geschlechtsbezogene Aspekte eine Rolle in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Traumaerfahrungen und Suchtentwicklung?

Welche Geschlechtsunterschiede existieren bei der Bewältigung von Traumatisierungen bei suchtkranken Personen?

Gibt es relevante geschlechtsbezogene Differenzen bei weiteren komorbiden Beeinträchtigungen?

Im Hinblick auf die Entstehung einer substanzbezogenen Störung lässt sich zusammenfassend feststellen, dass interpersonale Traumatisierungen häufig einen bedingenden biografischen Faktor bilden (Teuniben und Engels, 2006; siehe auch die Veröffentlichungen von Schäfer und Hase in diesem Band). Geschlechtsübergreifend ist der Zusammenhang bei polytoxikomanem Substanzkonsum und bei illegaler Drogenabhängigkeit dabei größer als bei Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit.

Die Daten empirischer Untersuchungen weisen darauf hin, dass suchtkranke Frauen häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen sind als die

Vergleichsgruppe der männlichen Suchtkranken, vermehrt auch von sexueller und körperlicher Gewalt (Teunißen und Engels, 2006).

Ein Blick auf die Praxis offenbart bedeutsame Geschlechtsunterschiede beim Coping von Traumaerfahrungen in der bereits beschriebenen Form von affektiv-internalisierender Bewältigung bei Frauen und eher aggressiv-externalisierenden Strategien bei Männern mit einer Suchterkrankung.

So berichtet eine 52-jährige komplex traumatisierte alkoholabhängige Patientin mit einer komorbiden Depression, die zuvor 6 Jahre codeinhaltige Medikamente abhängig konsumierte, von chronischen Belastungen, von körperlicher und emotionaler Misshandlung durch Mutter und Vater sowie sexualisierten Grenzverletzungen durch den Vater. Bereits im Erstkontakt äußert sie unter Tränen, dass sie sich dumm und wertlos fühle. Sie erwache morgens häufig mit Angstgefühlen, Übelkeit und Spannungszuständen und vermeide eine Konfrontation mit Alltagsanforderungen. Mit der täglichen Einnahme von Codein sei sie ruhig und ohne Angst gewesen. Seitdem sie diesen Konsum eingestellt habe, helfe ihr Alkohol, die Symptome abzumildern und begleite ihr Rückzugsverhalten.

Ein 47-jähriger Patient mit einer langjährigen Alkoholabhängigkeit, seit der letzten stationären Rehabilitation abstinent lebend, mit polytoxikomaner Drogenabhängigkeit bis zum 32. Lebensjahr, litt unter körperlicher und emotionalen Misshandlungserfahrungen während der gesamten Kindheit

und Jugend. Im Alter von 8 Jahren hatte er sexuelle Gewalt durch mehrere ältere Jugendliche erlebt. Der Patient gibt in der Anamnese an, seit der Jugendzeit Schwierigkeiten zu haben, seine Aggressionen unter Kontrolle zu halten. Delinquentes Verhalten unter Alkohol- und Drogeneinfluss sei auch Teil der Kultur in seiner Clique von anderen Jugendlichen gewesen: „Wichtig war uns eine bestimmte Musikrichtung, Kleidung und Auftreten. Wir tranken, prügten uns öfter und betrieben auch Drogenhandel und Hehlerei. Alle hatten Angst vor uns, wir hatten Macht..., dass gefiel mir damals.“

Neben den geschlechtsspezifisch variierenden Coping-Stilen im Umgang mit massiven lebensgeschichtlichen Belastungen zeigen die Fallvignetten auch entsprechende geschlechtstypische Varianzen in der Funktionalität des Substanzmissbrauchs.

Die Fallvignetten aus der Praxis der integrativen Therapie von Sucht und Traumafolgestörungen korrespondieren mit wissenschaftlichen Ergebnissen (Olf et al., 2007; Olf, 2017), wonach Frauen zumeist dissoziativ reagieren auf traumatischen Stress, Männer begegnen existentiellen Belastungen vermehrt mit Übererregungsreaktionen. In Folge der traumatisierenden Erfahrungen bestehen bei weiblichen Suchtmittelabhängigen im Unterschied zu männlichen Betroffenen eher „angepasste“ Konsummuster und komorbide Erkrankungen in Form von dissoziativen Störungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen,

Somatisierungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, affektiven Störungen, wie Angststörungen und Depressionen. Bei traumatisierten suchtkranken Männern werden zahlreicher riskanter Suchtmittelmissbrauch und fremd-aggressive Verhaltensweisen festgestellt sowie antisoziale Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (Olf, 2017; Olf et al., 2007; Hien, 2009; Lisak und Miller, 2003).

Zusätzlich zu den Differenzen bei psychiatrischen Symptomen sind geschlechtsbezogene Auffälligkeiten bei sozialen Beeinträchtigungen in der Gruppe der traumatisierten Suchtmittelabhängigen für die Entwicklung bedarfsorientierter Versorgungsangebote relevant. In einer Untersuchung von Schäfer et al. (2009) an einer Population von alkoholabhängigen Personen aus dem Suchthilfesystem zeigte sich, dass abhängig von vorhandenen sexuellen Gewalterfahrungen Frauen im Unterschied zur männlichen Vergleichsgruppe seltener eine berufliche Qualifikation erreicht hatten und häufiger über kein stabiles oder kein Vollzeit-Beschäftigungsverhältnis verfügten. In eine ähnliche Richtung deuten die Daten einer multizentrischen Studie in verschiedenen Bereichen der Suchtversorgung (Driessen et al., 2008). Menschen mit einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen und einer komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung – wobei in dieser Gruppe die weiblichen Probandinnen dominieren – besitzen in geringerem Ausmaß eine abgeschlossene Berufsausbildung und sind häufiger ohne Beschäftigung. Damit bestätigt die Befundlage einen



Einfluss traumatischer Lebensereignisse auf das soziale und ökonomische Funktionsniveau von suchtkranken Frauen. Insbesondere sexuell traumatisierte Frauen mit einer Abhängigkeitsdiagnose scheinen weniger in der Lage, Chancen und Ausbildung effektiv zu nutzen.

Analysiert man den Verarbeitungsprozess nach Traumatisierungen unter einer Genderperspektive ergeben sich interessante Unterschiede der geschlechtstypischen Muster (Gahleitner, 2012; Gahleitner und Reddemann, 2014). Nach einer kurzen Initialreaktion sind die Verarbeitungsversuche offensichtlich zunächst geschlechtsspezifisch geprägt in Form weiblicher Internalisierung bzw. männlicher Externalisierung. Bleiben Frauen und Männer in diesen destruktiven Geschlechtstypologien gefangen besteht die Gefahr von Abwärtsspiralen mit zunehmender psychosozialer Desintegration. Gelingt den Betroffenen eine aktive Auseinandersetzung mit dem Geschehen, gegebenenfalls mit Hilfe einer bindungs- und gendersensiblen professionellen Unterstützung (Gahleitner, 2012;

Teunissen und Voigt, 2016), können sich salutogenetische Prozesse der „Geschlechtsrollenüberschreitung“ (Gahleitner und Reddemann, 2014) ergeben. Männer entwickeln in dieser Phase einen weiterführenden Zugang zu ihrer eigenen Opferwerdung, Verletzbarkeit und bisher vermiedenen Gefühlen. Frauen überwinden ihren Opferstatus, werden aktiv und zeigen instrumentelle Handlungsweisen, wie Durchsetzungsfähigkeit, Entschlossenheit und kognitiv konstruktive Strategien. Der geschlechtsüberschreitende Verarbeitungsmodus trägt zu einer Integration des Erlebten in die eigene Biografie und zur umfassenden Gesundung bei.

Implikationen für die Praxis

Die Einnahme einer „geschlechtsreflexiven Perspektive“ (Schwarting, 2005) bei der Übersetzung von diagnostizierten geschlechtsbezogenen posttraumatischen Bewältigungsmustern in entsprechende Beratungs- und Behandlungsleistungen trägt dazu bei, dass geschlechtsbezogene Konstellationen wahrgenommen und gleichzeitig weitere Dimensionen im Zusammenhang mit der Geschlechtlichkeit des Individuums, wie soziale Lage und andere soziokulturelle Merkmale, angemessen berücksichtigt werden. Es geht um die Einnahme einer offenen Haltung, die dem Vorgehen zugrundeliegender Annahmen im individuellen Fall überprüft.

Eine gendersensible Diagnostik ergänzt eine kategoriale Zuordnung von Traumafolgen im jeweils geltenden Klassifikationssystem um eine biografieorientierte und lebensweltbezogene Dimension (Gahleitner, 2009). Dabei sind die im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen stehenden somatischen, psychiatrischen, sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen auch in ihren geschlechtsbezogenen Ausprägungen zu eruieren.

Im Rahmen einer Behandlung von Sucht und Traumafolgestörungen ist geschlechtsübergreifend die Realisierung einer stabilen bindungsorientierten Grundhaltung, die Sicherheit, Kontrolle und Vertrauen gewährleistet, wesentlich (Teunissen und Voigt, 2016; Gahleitner et al., 2017).

Bindungsstabilität fungiert entsprechend als eine Art „Prüfkriterium“ für das gesamte Hilfesystem. Daraus ergibt sich, dass die Suchthilfe strukturell (Konzept, Personal, organisatorische Rahmenbedingungen bezogen auf die Erreichbarkeit, Sichtbarkeit etc.) und inhaltlich (Diagnostik, Beratungs-, Betreuungs- und Therapieleistungen, Angebote für Kinder von Suchtkranken) einer potenziellen Reviktimisierung entgegenwirken muss. Damit ist auch eine entsprechende Kooperation in den Versorgungsstrukturen angesprochen – um die komplex beeinträchtigten Personen zentriert –, die auf die individuellen posttraumatischen Notlagen zur Verbesserung der Gesundheit und Teilhabefähigkeit an der Gesellschaft in optimaler Weise antwortet.

Geschlechtsbezogene Angebote sollten in Bezug auf die vorliegende Befundlage die Entwicklung „geschlechtsuntypischer“ Kompetenzen ermöglichen, sodass sich beispielsweise traumatisierte Frauen im klinischen Suchthilfesetting, in dem sie häufig in einem Minderheitenstatus sind, aktiv beteiligen können und dergestalt selbstverantwortliches problembewusstes Handeln von Patientinnen ermöglicht wird. Ebenso sind indikative Leistungen vorzuhalten, die eine integrierte Behandlung einer suchtbefindlichen Störung und Posttraumatischen Belastungsstörung anbieten, wie es die S3-Leitlinie zur Behandlung von alkoholbezogenen Störungen (Schäfer et al., 2016) für Frauen mit einer entsprechenden Komorbidität vorsieht. Integrative Programme können dazu beitragen,

eine Suchtmittelabstinenz und eine allgemeine verbesserte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu erreichen, beispielsweise mit dem stabilisierenden Therapie-Programm „Sicherheit finden“ (dt. Najavits, 2009).

Auf dem Hintergrund der gendersensiblen Bedarfsanalyse erscheint es wesentlich, geschlechtshomogene traumaadaptierte Leistungen im Behandlungskontext anzubieten, um nach bisheriger Erkenntnislage vorherrschende geschlechtsspezifische Problemkonstellationen zielgerichtet zu behandeln. Dies betrifft beispielsweise den Umgang von suchtkranken traumatisierten Männern mit Aggression und Gewalt oder die Entwicklung eines Angebots zu beruflichen Identität und Perspektivenklärung für Frauen mit einer Suchterkrankung und komorbiden Traumafolgestörungen (Teuniben und Engels, 2006, 2009).

Für die therapeutischen Implikationen im Umgang mit suchtmittelabhängigen Patient*innen mit Auswirkungen chronischer Traumatisierung ist es zielführend, wenn das gesamte multidisziplinäre Team einer Suchthilfeinrichtung ein allgemein getragenes Verständnis von Suchterkrankungen und posttraumatischen Folgestörungen bei Frauen und Männern hat. Fachteams sollten geübt sein in einem traumakompetenten Umgang mit der betroffenen Klientel. Zur Unterstützung sind institutionelle Ressourcen in Form von trauma- und gendersensibler Supervision, Fortbildung und Angebote für die Behandler*innen zur Psychohygiene optimal zu nutzen.

Literatur

- Driesssen, M., Schulte, S., Luedecke, Ch., Schäfer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Koesters, G., Chodinski, C., Schneider, U., Broesse Th., Dette, Ch., Havemann-Reinicke, U., TRAUMAB-Study Group. (2008): TRAUMA AND PTSD IN PATIENTS WITH ALCOHOL, DRUG, OR DUAL DEPENDENCE: A MULTI-CENTER-STUDY. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 32 (3): 1–8
- Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Heiler, R., Hinterwallner, H., Huber, E., Körner, M., Pfaffenlehner, J., Völchow, Y. (2017): PSYCHOSOZIALE ARBEIT MIT FRAUEN AUS DEM FRAUENHANDEL. EIN PLÄDOYER FÜR BINDUNGS- UND TRAUMASENSIBLE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT. *Trauma & Gewalt*, 11(1): 22–34
- Gahleitner, S. B., Reddemann, L. (2014): TRAUMA UND GESCHLECHT – EIN VERHÄLTNISS MIT VIELEN SCHATTIERUNGEN. *Trauma und Gewalt*, 8 (03): 180–190
- Gahleitner, S. B. (2012): GENDER – TRAUMA – SUCHT: STAND DER FORSCHUNG. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 10 (1): 920
- Gahleitner, S. B. (2009): GENDERSENSIBLE DIAGNOSTIK. In S. B. Gahleitner & C. L. Gunderson (Hrsg.). *Gender-Trauma-Sucht. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis*. S. 191–201. Kröning. Asanger
- Gahleitner, S. B. (2005): SEXUELLE GEWALT UND GESCHLECHT. HILFEN ZUR TRAUMABEWÄLTIGUNG BEI FRAUEN UND MÄNNERN. Gießen. Psychosozial
- Hien, D. (2009): TRAUMA, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, AND ADDICTION AMONG WOMEN. In Brady, K. T., Back, S. E., Greenfield, S. F. (Ed.). *Women and Addiction. A Comprehensive Handbook*. (S. 242–256) New York, The Guilford Press

Jahn, I. (2004): GENDER MAINSTREAMING IM GESUNDHEITSBEREICH. Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

Lisak, D., Miller, P. M. (2003): CHILDHOOD TRAUMA, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, SUBSTANCE ABUSE AND VIOLENCE. In Brown, P. J., Ouimette, P. (Eds.). Trauma and substance abuse. (S. 73–88). Washington: APA

Najavits, L. M. (2009): POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND SUBSTANZMISSBRAUCH. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Deutsche Übersetzung von Schäfer, I., Stübenvoll, M., Dilling, A. Göttingen. Hogrefe

Olf, M. (2017): SEX AND GENDER DIFFERENCES IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: AN UPDATE. European Journal of Psychotraumatology, 8(4): 135120

Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., Gersons, B. P. R. (2007): GENDER DIFFERENCES IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. Psychological Bulletin, 133(2): 183–204

Schäfer, I., Preuß, U. W., Beutel, M., Gouzoulis-MaiFrank, E., Havemann-Reinecke, U., Weber, T., Weil, G., Singer, M., Mann, K., Hoch, E. (2016): POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTBS). In Mann, K., Hoch, E., Batra, A. (Hrsg.). S3-Leitlinie. Screening, Diagnose, und Behandlung alkoholbezogener Störungen. (S. 109–113). Berlin. Springer

Schäfer, I., Vertheim, U., Oechsler, H., Deneke, Ch., Riedel-Heller, St., Martens, M. (2009): WHAT ARE THE NEEDS OF ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS WITH A HISTORY OF SEXUAL VIOLENCE? A CASE-REGISTER STUDY IN A METROPOL REGION. Alcohol and drug dependence 105: 118–125

Schigl, B. (2012): PSYCHOTHERAPIE UND GENDER. KONZEPTE, FORSCHUNG, PRAXIS: WELCHE ROLLE SPIELT DIE GESCHLECHTSZUGEHÖRIGKEIT IM THERAPEUTISCHEN PROZESS. Berlin. Springer

Schwarting, F. (2016): DIE ENTSTEHUNG DER FRAU-ENSUCHTARBEIT IN DEUTSCHLAND. In: Tödtte, M., Bernard, Ch. (Hrsg.). Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. (S. 45–66). Bielefeld. transcript Verlag

Schwarting, F. (2005): GENDER UND SUCHT – EIN SOZIOLOGISCHER BEITRAG ZU EINER GESCHLECHTSREFLEXIVEN PRAXIS IN DER SUCHTKRANKENHILFE. Dissertation. Universität Hamburg, Departement Sozialwissenschaften

Schu, M., Stöver, H., Zenker, Ch. (2016): GENDER MAINSTREAMING UND GENDERSENSIBLE ARBEIT IN SUCHTHILFE UND SUCHTMEDIZIN IN NRW – EMPIRISCHE BEFUNDE. In: Heinzen-Voss, D., Stöver, H. (Hrsg.) Geschlecht und Sucht – Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. (S. 49–57) Lengerich. Pabst

Schu, M. (2014): ZUM STAND DER UMSETZUNG VON GENDER MAINSTREAMING IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN SUCHT- UND DROGENHILFE. Vortrag gehalten auf der Zukunftswerkstatt Suchthilfe NRW – Ideen, Visionen, Perspektiven. In: www.lzg.nrw.de/service/veranstaltungen/archiv/2014/140625_zukunftswerkstatt_suchthilfe/index.html (Stand 12.02.18)

Teunißen, S., Voigt, W. (2016): GESCHLECHTER-BEZOGENE BEHANDLUNG VON SÜCHTIGEN FRAUEN MIT TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN. In: Heinzen-Voss, D., Stöver, H. (Hrsg.) Geschlecht und Sucht: Wie gendersensible Suchtarbeit gelingen kann. (S. 219–228) Lengerich. Pabst

Teunißen, S., Engels, M. (2009): GENDER-PRAXIS IN EINER KLINIK FÜR DROGENABHÄNGIGE MIT TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN. In Gahleitner, S. B., Gunderson, C. L. (Hrsg.). Gender-Trauma-Sucht. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. (S. 203–221). Kröning. Asanger

Teunißen, S., Engels, M. (2006): Geschlechtsdifferenzierende integrative Therapie von Sucht und Traumafolgestörungen. In Schäfer, I., Krausz, M. (Hrsg.) Trauma und Sucht. Konzepte-Diagnostik-Behandlung. (S. 127-152). Stuttgart. Klett-Cotta

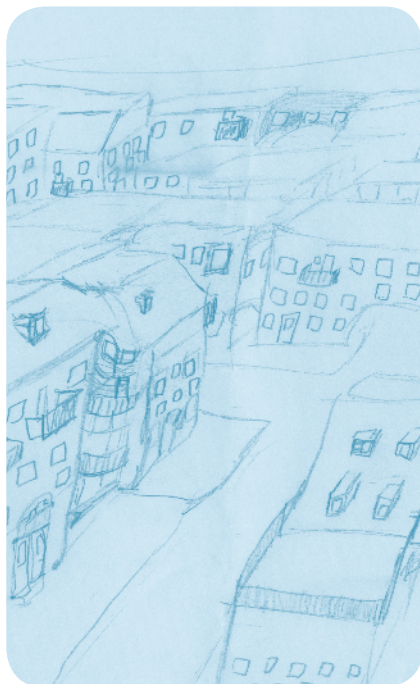
Zenker, Ch., Bammann, K., Jahn, I. (Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung - Hrsg.) (2002): Genese und Typologisierung der Abhängigkeits-erkrankungen bei Frauen. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden-Baden

Kinder in suchtbelasteten Familien

Sucht verändert: Menschen, Familien, Schicksale, Lebensverläufe. Wenn Eltern suchtkrank sind, hat dies un-mittelbare und mittelbare Auswirkungen auf die Kinder. Ein Beispiel ist die neunjährige Rena. Sie lebt mit ihren Eltern zusammen und hat noch drei jüngere Geschwister, die ebenfalls zuhause wohnen. Ihre Mutter ist alkoholabhängig. Zwischen den Eltern gibt es vor allem deshalb viel Streit. Wenn die Mutter getrunken hat, schläft sie phasenweise viel, dann kann sie sich nicht so gut um Rena und die Geschwister kümmern, die Kinder werden vernachlässigt, zumal der Vater arbeiten geht und wenig zuhause ist. Manchmal ist die Mutter aber auch aufgeregt, wird aggressiv, schreit viel herum und schlägt Rena und die Geschwister. Die Flasche als Symbol für den Alkohol wird zum zusätzlichen Familienmitglied, Rena beschreibt es so, dass die Flasche eines Tages bei ihnen zu Hause eingezogen ist. Das Mädchen wünscht sich nichts sehnlicher, als dass die Flasche wieder ausziehen möge. Dann, so ihre Hoffnung, wird alles wieder gut in der Familie, so wie es ganz früher einmal war.

Soweit Renas Sicht auf die Veränderungen. Was verändert sich aus fachlicher Sicht? Die Eltern teilen nicht mehr das, was Eltern für ihre Kinder eigentlich gemeinsam tragen sollten: Verantwortung, Macht im guten Sinne, ihre Rechte und Pflichten als Eltern und Sorgepersonen, aber auch Freude, Freiräume und Grenzen mit den Kindern und für die Kinder. Das passiert natürlich nicht sofort, sondern es ist ein Prozess, der je nach Stärke und Anhalten der Sucht und Abhängigkeitsproblematik aggraviert. Die Eltern treffen weniger miteinander die wichtigen elterlichen Entscheidungen, stehen nicht mehr gemeinsam für Kontrolle und Sorge bezogen auf die Kinder. Sie beantworten, erfüllen und gewähren nicht mehr im Miteinander die Bedürfnisse, den Raum für Neugier und den Schutz ihrer Kinder. Dies gilt natürlich insbesondere dann, wenn das suchtkranke Elternteil alleinerziehend ist, aber auch, wie in Renas Fall, wenn die Hauptversorgungsperson auch die erkrankte Person ist und wenn das andere Elternteil wenig kompensiert. Wohl und Schutz der Kinder können dann immer mehr in Richtung des Gefährdungsbereichs rutschen.

Und dann ist auch noch der Zugang zu möglichen Hilfen erschwert, denn Suchtproblematik generiert in der Regel ein Familiengeheimnis. Die Grenzen nach außen werden geschlossen, es wird nicht darüber gesprochen, die Grenzen im Innen werden unklarer und verschwommener, es gibt auch hier keine offene und transparente Kommunikation mehr. Nun könnte man denken, dass ein Familiensystem in der Abhängigkeitsfalle alles dafür tut, der Problematik zu entkommen. Leider ist es aber so, dass psychische Krankheiten in Systemen auch Funktionen und einen Sinn erfüllen können. Und da gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten, von denen hier nur einige genannt werden können. Vielleicht gibt es eine Unzufriedenheit im System, im Miteinander, an der nicht gearbeitet wird; stattdessen wird sie in der Sucht gebannt oder fokussiert. In Familien mit Suchtstrukturen entsteht oft ein neues Gleichgewicht, eine Neuverteilung eben von Macht und Verantwortung, die für die Kinder nicht gesund ist, möglicherweise aber doch das System stabilisiert.



Welche Lebenserfahrungen Kinder in Systemen mit Abhängigkeit machen

Das abhängige Familienmitglied kommt in eine Position von Sorge und Aufmerksamkeit, die es vielleicht sonst nicht inne hätte, braucht aber, ebenso wie die anderen, ein sorgen-des Gegenüber. Beziehungen werden auf diese Weise gerettet und aufrecht-erhalten, die vielleicht sonst längst schon auseinandergegangen wären; hier kommen Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit in Beziehungen ins Spiel, die nicht selten mit Stoff ge-bundener Abhängigkeit vergesell-schaftet sind. Es kann ebenso sein, dass das abhängige Familienmitglied eine Sündenbockfunktion erfüllt, die es dem übrigen System möglich macht, sich von Schuldgefühlen frei zu halten. Eine berechnete Frage ist, welche Bilder von Beziehung in einem Menschen oder einem Sys-tem leben, wenn die Beziehung zur

Flasche oder zum Stoff die wichtigste im Leben des oder der Abhängigen wird, wichtiger und bedeutsamer als Kinder und Partnerschaft. Diese Überlegungen gelten natürlich dann, wenn Systeme die Sucht und Abhän-gigkeit über lange Zeit ohne Verände-rung tragen. Und schließlich sei auch der gesellschaftliche Umgang mit Suchtmitteln erwähnt, spielt es doch eine Rolle, ob Bier, Wein, Schnaps, vielleicht schon zur Mittagszeit, in gewisser Weise zur nationalen Iden-titätsbildung gehören oder nicht.

Kinder mit suchtbelasteten Eltern tun eine Menge für ihre Familie, für ihre Eltern, für das System. Auch das lässt sich an Renas Beispiel noch einmal gut nachvollziehen. Rena übernimmt vor allen Dingen Verantwortung, eine Verantwortung, für die sie viel zu jung ist und die zu ihrer Rolle als Kind in der Familie nicht wirklich passt. Sie versorgt oft die jüngeren Geschwister, sie besänftigt die Eltern, wenn es wieder einmal Streit gibt, sie gießt die vollen oder halbvollen Flaschen der Mutter aus, versteckt deren Vorräte oder wirft sie fort. Rena ist für sich selbst eher anspruchslos und unauf-fällig, sie macht selbst keine Sorgen, keine Arbeit. Über lange Zeit wahrt sie das Familiengeheimnis, sie meidet Außenkontakte und trägt damit dazu bei, das Geheimnis nicht offen wer-den zu lassen und die Mutter nicht zu desavouieren, sie schützt die Mutter und die Familie.

Darüber hinaus erlebt Rena, was typische Lebenserfahrungen von Kindern alkoholkranker Eltern sind: Nicht zu Freunden gehen, um nicht in die Zwangslage zu geraten, diese zu sich nach Hause einladen zu müssen, wo die Eltern sich beschä-mend verhalten könnten. In der Schule mit den Gedanken zuhause sein, fürchten, was dort gerade Schlimmes passiert oder bald pas-sieren wird. Und dann, bei aller eigenen vermeintlichen Anspruchs-losigkeit, vielleicht doch andere Kin-der beneiden oder eifersüchtig auf diese sein, wenn sie Spaß und Leich-tigkeit mit ihren Eltern erleben, sich manchmal doch unter Gleichaltrigen isoliert, abgewertet und einsam füh-len, gelegentlich doch sich auch von den Eltern vernachlässigt oder gar als ungewolltes Kind fühlen. Kinder in Renas Situation tragen viele Ängste und Sorgen bei sich. Sie sorgen für und sich um die Eltern oder beson-ders den erkrankten Elternteil, sie machen sich Sorgen um Trennungs-absichten der Eltern, weil sie ahnen, dass dies die Situation der Familie und/oder des erkrankten Elternteils verschlimmern würde. Sie versuchen, ihre Eltern nicht im Stich zu lassen, indem sie etwa nicht zur Schule gehen oder auch noch als junge Erwachsene zuhause wohnen blei-ben. Sie entschuldigen das schwierige Verhalten der Eltern und geben lieber anderen, den Umständen oder sich selbst die Schuld. Und kommen so oft selbst in eigene Problemlagen, die behandlungsbedürftig sein können.

Wie Zusammenhänge wirken. Sucht, Trauma und die Abwehr

Was ist eigentlich passiert in Renas Familie? Sucht hat in der Regel eine Geschichte, und oft ist es eine Geschichte von Traumatisierung. Tragisch ist dabei, dass Traumafolgegechehen nicht nur die suchtkranken Eltern betreffen, sondern transgenerational auch an die Kinder weitergegeben werden kann. Renas Mutter etwa hat eine durchaus traumatische Familien- und Migrationsgeschichte; das Erleben Renas mit der Mutter könnte mit Vernachlässigung, Misshandlung, Beängstigung, Unvorhersehbarkeit, Bindungsunsicherheit, Realitätsverzerrung selbst wieder Traumaqualität besitzen. So würde sich Traumatisierung fortschreiben, sofern der Traumakreislauf nicht durch Hilfen unterbrochen würde. Hilfen allerdings müssen zunächst die klassischen Abwehrmechanismen der Sucht, die mangelnde Einsicht in die Problematik bei den Betroffenen, die ja zum Krankheitsbild gehört, überwinden.

Da geht es um Verdrängung, um das Wegschieben, Nicht-Wahrnehmen der Problematik. Da geht es um Verleugnung, um das Abstreiten und Verheimlichen von Wirklichkeit selbst oder ihrer Bedeutung. Renas Mutter sagt dann etwa: Ich trinke kaum etwas, ich bin nie betrunken; vielleicht sagt sie aber auch: Na gut, ich trinke, aber auf meine Kinder hat das keinen Einfluss, wenn ich mit ihnen zusammen bin, habe ich mich im Griff. Da geht es um Bagatellisieren, um ein Herunterspielen des Problems, um Rationalisieren oder gar

Projektion: Wenn die Umstände meines Lebens anders wären, müsste ich auch nicht trinken. Das wird für Kinder besonders heftig, wenn sie mit ins Feld gestellt werden: Wenn ihr nicht wärt, wenn ihr anders wärt ... Schließlich kann es bis zur Abspaltung gehen: Das bin ich nicht, die oder der Betrunkene. Das war gar nicht.

Welche Rollen Kinder zur Bewältigung der Suchtdynamik besetzen

Mit all dem sind die Kinder suchtbelasteter Eltern konfrontiert – und sie wählen verschiedene Wege damit umzugehen. Wegscheider beschreibt verschiedene Rollen, in die Kinder in einem kreativen Anpassungsprozess kommen können. Die ‚Held*innen‘, dies ist oft die Rolle der ältesten Kinder in der Familie, zeichnen sich durch Übernahme von Verantwortung für Haushalt, jüngere Geschwister und Eltern aus, sie zeigen umsichtiges und verantwortungsvolles Verhalten, sorgen in der Familie für Struktur und Ordnung und sind dabei oft noch leistungsbereit und -orientiert. So bekommen sie positive Aufmerksamkeit und Anerkennung. Damit gewinnen sie oft auch für sich Selbstwert – allerdings um den Preis der psychischen Überlastung. Renas Weg scheint so zu sein. Die ‚schwarzen Schafe‘ in der Familie, oft als Rolle übernommen von zweitgeborenen Kindern, besetzen die eher negative, schwierige Rolle als Gegenpol in der familiären Balance zu den jungen Held*innen. Sie zeigen auffällige Verhaltensweisen, wie etwa Schulprobleme und aggressives Verhalten; damit überneh-

men sie den Fokus der Aufmerksamkeit quasi vom abhängigen Elternteil und entlasten diesen, eine hoch komplexe und anerkennenswerte Aufgabe, zumal sie dadurch oft diejenigen sind, durch die Hilfe in die jeweilige Familie kommt. Der Preis, den sie zahlen, ist besonders hoch, mangelt es ihnen doch an Selbstfürsorge und selbst Achtsamkeit, nicht selten gehen sie selbst in Karrieren von Abhängigkeit.

Die ‚stillen Kinder‘ wiederum passen sich an die unstrukturierte und chaotische Situation zuhause durch Rückzug an. Sie scheinen unauffällig, ruhig, passiv und bedürfnislos, an sie werden wenig Erwartungen gestellt. Das Risiko dabei ist, in die Isolation zu geraten. Sie vermeiden Konflikte und Auseinandersetzungen, manche beamen sich in Traumwelten, die mehr Sicherheit und Schönes versprechen als die Wirklichkeit. Den Reigen der Möglichkeiten schließen die ‚Clowns‘, oft sind dies die Jüngsten in der Familie. Sie kaspert herum, um ihre und vielleicht auch die Angst der anderen mit zu kompensieren oder einfach abzulenken, bekommen viel Aufmerksamkeit, werden dabei zwar nicht so recht ernst genommen, aber doch eher wohlwollend geschont – auch dies um einen Preis, nämlich nicht angemessen reifen, groß und erwachsen und verantwortlich werden zu dürfen.

Welche Entwicklungsrisiken für welches Lebensalter im Vordergrund stehen

Je nach Alter tragen die Kinder unterschiedliche entwicklungspsychologische Risiken. Erleben Kinder im Alter bis zum ersten Lebensjahr, Säuglinge und Kleinstkinder Suchtbelastungen in der Familie, kann die Bindungsentwicklung deutlich beeinträchtigt werden. Junge Kinder sind für die Entwicklung eines grundlegenden Sicherheitsgefühls auf zuverlässige, kontinuierliche Bindungserfahrungen angewiesen. Die durch Alkohol- oder Drogeneinfluss bedingte ‚Nicht-Anwesenheit‘ stellt für den Säugling eine existentielle Bedrohung dar. Zusätzlich kann eine Suchtbelastung störende Auswirkungen auf das intuitive Elternverhalten und die Aufmerksamkeit haben, die das Elternteil dem Säugling entgegenbringen kann. Auch Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr sind auf zuverlässiges Bindungsverhalten der Bezugspersonen angewiesen. Die säuglingsspezifischen Risiken bestehen in abgemilderter Weise fort. In der Phase der Individuation geraten Kinder verstärkt in trotzig Konflikte mit ihren Eltern. Es besteht das Risiko, dass Kinder in der suchtbedingten Ablenkung der Erwachsenen eine Bestrafung erleben und sie sich durch ihr trotziges Verhalten schuldig fühlen an der suchtbedingten Unaufmerksamkeit der Eltern.

Für Kinder im Vorschulalter von drei bis etwa sechs Jahren verstärken sich altersangemessen die Konfliktsituationen mit den Eltern weiter. Die Kinder bilden häufig Phantasien aus, in de-

nen sie die Eltern verletzen, zerstören oder wegwünschen. Entsteht in dieser Zeit bei einem Elternteil eine Suchterkrankung, kann das Kind im Sinne magischen Denkens die Auffassung entwickeln, seine Phantasien seien verursachend für die Veränderungen des suchtbelasteten Elternteiles gewesen. Dies führt dann zu einer selbstbeschuldigenden Verknüpfung des Kindes mit der elterlichen Erkrankung. Schulkinder (6–12 Jahre) können schon gut verstehen, was eine Suchterkrankung ist und bedeutet. Häufig fühlen sie sich ohnmächtig gegenüber der elterlichen Erkrankung. Um dieser Ohnmacht zu begegnen, versuchen sie sich zunächst fürsorglich oder aufheiternd zu verhalten. In manchen Fällen kann sich die Bereitschaft der Kinder zur Loyalität bis hin zu einer entwicklungshinderlichen parentifizierten Rolle ausprägen. Im Falle unklarer Familienkommunikation kann diese in Verbindung mit den erwarteten Wahrnehmungs- und Verstehensmöglichkeiten der Schulkinder zu erheblichen Schulproblemen und Schulverweigerung führen.

In der Pubertät entwickeln Jugendliche eine eigene Individualität und Identität außerhalb der Familie. Die dafür notwendigen und von Jugendlichen angestrebten Aktivitäten außerhalb der Familie können zu einem Konflikt zwischen den jugendlichen Interessen einerseits und der Loyalität gegenüber der durch die Sucht belasteten Familie andererseits führen. Dieser Autonomie-Abhängigkeitskonflikt kann sich erschwerend auf die Ablösung vom Elternhaus auswirken. Dies alles sind mögliche Auswirkungen von Suchterkrankungen in der

Familie auf Kinder und Jugendliche in verschiedenen Lebensaltern. Die Bandbreite der Muster in den Folgen ist allerdings sehr viel höher als hier dargestellt, so sind nicht nur hohe Loyalität, sondern auch ein Übermaß aggressiver Strebungen, ein Hineingehen in eigene Abhängigkeitsprobleme und andere mögliche Verknüpfungen zur Geschichte des Aufwachsens im suchtbelasteten Kontext.

Und welche Schutzfaktoren es auch für Kinder gibt

Neben den Belastungen stehen allerdings auch Ressourcen und Schutzfaktoren bei den Kindern – und Dinge, die Kinder brauchen und die Helfer*innen für Kinder installieren können, um Kinder und Familien zu schützen und die Schleife der Weitergabe von Traumatisierung und Sucht, Sucht und Traumatisierung zu unterbrechen. Eine emotional stabile Beziehung zum nichtabhängigen Elternteil ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren und bedarf der besonderen Aufmerksamkeit und Unterstützung. Auch nichtabhängige Verwandte können eine positive Rolle spielen, nicht nur, weil sie vielleicht als Bezugspersonen zur Verfügung stehen, sondern auch, weil die Prognose für Kinder umso besser ist, je mehr gesunde Anteile ein System insgesamt aufweist. Wenn der abhängige Elternteil längere Abstinenzphasen hat, wenn er neben der Sucht keine weiteren psychischen Störungen oder Belastungen aufweist und solche auch beim nichtabhängigen Elternteil nicht vorliegen, gibt dies Hoffnung für die Entwicklung der Kinder, auch wieder im Sinne des

Vorhandenseins gesunder Anteile im System. Und schließlich sind es die außerfamilialen Ressourcen, die eine Rolle spielen, gute Einbindung in Kindergarten oder Schule, Vereine und Peer-Group, sofern sie förderliche und unterstützende Kontakte erlaubt.

Kinder können in sehr belastenden Kontexten aufwachsen und dennoch später ein weitgehend normales, suchtfreies Leben führen. Stöver beschreibt sieben Resilienzfaktoren, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können. Wie es auch aus der Forschung bei Kindern psychisch kranker Eltern bekannt ist und unterstützt wird, spielen das Wissen über die Krankheit Sucht und das Wahrhaben der Erkrankung eine schützende Rolle. Sind Kinder in der Lage, sich unabhängig zu erleben, sich gefühlsmäßig und räumlich zumindest zeitweise vom erkrankten Elternteil und von der Sucht zu distanzieren, gibt ihnen dies Stärke und Schutz. Dies zeigt, wie wichtig eben Lebenswelt und Angebote außerhalb der Familie für die Kinder sind. Die eigene Beziehungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen und ein tragfähiges soziales Netz stabilisieren. Möglichkeiten, neue Verhaltensweisen bis hin zu zielgerichteten Verhaltensstrategien auszuprobieren, gehören ebenso zu den Resilienzfaktoren wie Kreativität, Humor und die Entwicklung eines eigenen familienunabhängigen Wertesystems.

Wie wir Kinder und Jugendliche im Kontakt stärken

Wenn wir mit Kindern über die Suchtbelastung in der Familie sprechen, muss uns klar sein, dass wir ein Tabuthema ansprechen. Vorsicht und Zurückhaltung sind wichtig, denn Öffnung braucht Vertrauen und Sicherheit – und diese gilt es zu schaffen und prüfen. Wenn wir zu schnell sind, geht das Kind vielleicht in den Rückzug und wir riskieren Verleugnung. Deshalb nehmen die ersten Angebote an Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien auch sinnvollerweise nicht sofort die Sucht in den Fokus, sondern die Beziehungsarbeit – sofern dies realistisch möglich ist. Wenn wir dann doch uns dem Thema Sucht nähern, leitet uns: Ansprechen heißt Verantwortung. Kinder nicht allein zu lassen und zu enttäuschen nach dem Benennen des Themas bedeutet, dass wir für uns prüfen, ob wir über hinreichend Kraft, Zeit und Ausdauer verfügen, um das Kind, die*den Jugendliche*n auch im Thema zu begleiten. Helfer*innen brauchen für die Begleitung Stärke, Zeit – und ein hohes Maß an Frustrationstoleranz. Und die Überzeugung, dass Unterstützung wertvoll ist, auch wenn sich (noch) nichts verändert in der Familie.

Grundsätzlich brauchen, so beschreibt es der Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe treffend, Kinder und Jugendliche in Abhängigkeitskontexten Erwachsene, die ihnen helfen, grundlegende Bedürfnisse nach Essen,

Schlafen, Sicherheit, körperlicher Unversehrtheit zu befriedigen, den normalen Alltag und unvorhergesehene Ereignisse zu bewältigen, beständige und liebevolle Beziehungen zu entwickeln, eine soziale Orientierung mit Grenzen und Strukturen zu bekommen, ein angemessenes Sozialverhalten zu entwickeln, alters- und entwicklungsgerechte Erfahrungen zu sammeln, erfolgreich mit intensiven emotionalen Erlebnissen umzugehen, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zu entwickeln und eine positive Auffassung über das Leben zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Eine große Aufgabe, zu der hoffentlich Eltern und vor allem nicht abhängige Angehörige viel tun – zu der aber auch jede kleine Hilfe, die Kinder und Jugendliche gut begleitet, beitragen kann und wird.

Was wir Kindern mitgeben

Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien sind oft gefangen in Tabu, Loyalität, Sorge und Angst – und brauchen doch Ansprechpartner*innen, mit denen sie all dies teilen können. Sie brauchen Verständnis und Entlastung aus Schuld- und Schamgefühl. Sie brauchen Orientierung. In unterstützenden Kursen und Programmen für Kinder als Angehörige suchtbelasteter Eltern dürfen Kinder deshalb Entlastung erfahren, aber auch Hinweise für eigenes Erleben und Verhalten bekommen.

Wie alle Kinder hast du Stärken und Fähigkeiten, die dir helfen, wenn du Sorgen hast.

Wenn du über Sorgen oder Ängste sprichst, die mit deiner Familie zu tun haben, ist das okay. Du bist deswegen nicht gemein zu deiner Mama oder deinem Papa.

Auch wenn du dir wegen deiner Eltern Sorgen machst, ist es in Ordnung, zu spielen und Sachen mitzumachen, die Spaß machen.

Wenn du mit suchtkranken Eltern zusammenlebst, mag es verwirrend sein, Liebe und Hass gleichzeitig zu fühlen. Aber das ist normal. Jeder hat manchmal verwirrende Gefühle, und andere Kinder von suchtkranken Eltern empfinden ähnliche Gefühle.

Suche dir eine sichere Person, die du anrufen kannst oder zu der du hingehen kannst, wenn es zuhause Schwierigkeiten gibt.

Weil ein Elternteil von dir ein Alkoholproblem hat, heißt das längst nicht, dass du eines Tages auch eines haben wirst. Viele Kinder von Suchtkranken werden selber nicht süchtig. Viele entscheiden sich, nicht zu trinken, weil das der sicherste Schutz ist. Andere entscheiden sich, abzuwarten, bis sie erwachsen sind und dann herauszufinden, ob es für sie sicher ist, Alkohol zu trinken.

Du hast keine Kontrolle über das Trinkproblem deiner Eltern. Du hast es nicht verursacht, und du kannst es nicht stoppen.

Solche und andere Botschaften werden, getragen von beziehungsorientiertem Miteinander, vermittelt und haben sich als hilfreich und wirksam erwiesen. Es ist ein langer Weg, bis sie verankert sein können – ein Weg, der sich für die Kinder und Familien lohnt.

Praxisbeispiel Sicherheit finden. Ein Therapieprogramm für traumatisierte Suchtpatient*innen

Wer Menschen mit einer Suchterkrankung und einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung behandelt, tut gut daran zu überlegen, mit welcher therapeutischen Haltung er ihnen begegnen möchte.

Wichtig ist es, die Betroffenen zu Expert*innen ihrer Störung zu machen, damit sie aus der Ohnmacht und Hilflosigkeit herauskommen und die Opferrolle verlassen können und lernen, ihre durch die Traumatisierung entstandene Gereiztheit oder aggressiven Reaktionen zu verändern. Somit ist eine Therapie Hilfe zur Selbsthilfe. Das ist in der Regel ein langer und hindernisreicher Weg. Die therapeutische Haltung kann dabei so lauten: „Ich traue Dir zu, dass Du es schaffst!“ oder besser noch: „Ich bin überzeugt, dass Du es schaffst!“. Die Frage ist dann: Es wohin schaffen? Wenn man weiß, wohin man will, hat man höhere Chancen, dort auch anzukommen. Zielorientierung ist wichtig, und zwar von beiden – Klient*in und Therapeut*in.

Dafür braucht es Wissen und Fähigkeiten, Mut, Vertrauen und Trost – auf beiden Seiten. Für Therapeut*innen kann es hilfreich sein, sich folgendes Bild vorzustellen: Der*Die Klient*in hat links neben sich eine Löwin – die komplexe Posttraumatische Belas-

tungsstörung – und rechts einen Tiger – eine Suchterkrankung (und vielleicht noch eine Depression oder eine Essstörung), zwei Tiere bzw. Erkrankungen, die (lebens-)gefährlich sind, wenn man sie unterschätzt, sie nicht im Blick und unter Kontrolle hat. Es ist aber nicht gut, aus Angst zu erstarren: Anstatt sich auffressen zu lassen, ist es sinnvoller, die Energie zu nutzen, die in den Raubtieren/Erkrankungen steckt. Ein weiteres inneres Bild kann sein: Der*Die Klient*in fährt auf einem Fahrrad. Im Nacken sitzen zwei Affen. Therapieziel ist, dass die beiden Affen im Laufe der Behandlung auf zwei Fahrrädern nebenher fahren: Dann hat der*die Klient*in sie im Auge statt im Nacken, hat eine bessere Kontrolle und mehr Distanz.

Das zu erreichen bedeutet, einen langen (therapeutischen) Weg gemeinsam zu gehen. Die notwendige Grundlage dafür ist am Anfang der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Bindung. Hilfreich ist dabei unter anderem die Psychoedukation bzgl. der Folgen von Traumatisierung, weil es das Vertrauen in das Wissen und Können der Therapeut*innen stärkt und gleichzeitig den Klient*innen zu mehr Autonomie verhilft.

Grundlagen der Psychotraumatologie

Belastende Erlebnisse gehören zu den normalen und alltäglichen Erfahrungen eines jeden Menschen. Sie können verarbeitet werden und ins biographische Langzeitgedächtnis abgelegt werden. Traumatische Erlebnisse dagegen haben nicht alle Menschen, aber mehr, als die meisten vermuten: immerhin 75% der Menschen laut DSM IV. Es stellt sich die Frage, ob traumatische Erfahrungen die normale Realität darstellen oder eher eine destruktive Realität. Buddha meinte dazu: „Leiden ist ein Teil des Lebens“.

Gilt das auch für Europa, in dem seit nunmehr 73 Jahren Frieden herrscht und Naturkatastrophen selten sind?

Die letzte EU-weite epidemiologische Befragung von der European Union Agency for Fundamental Rights über interpersonelle Gewalt gegen Frauen (2014, N=42.000; Gewalterlebnisse ab dem 15. Lebensjahr) ergab, dass 11% aller Frauen sexuelle Gewalt erlitten haben, 31% der Frauen körperliche Gewalt. Das bedeutet, dass (vor allem innerfamiliäre) Gewalt viel üblicher und „normaler“ ist, – auch in Europa – als viele glauben mögen. Und Gewalt hat Folgen – sehr oft.

So verwundert es nicht, dass familiäre Dysfunktion (vor allem Gewalt und Vernachlässigung) stärkster Prädiktor für psychische Störungen ist und zwar für zahlreiche psychiatrische Diagnosen wie Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen oder PTBS.

Deutlich wird, dass etwa ein Drittel (29,8%) aller psychischen Erkrankungen mit familiärer Gewalt und Vernachlässigung in Verbindung steht und dass die Stärke der Zusammenhänge mit der Anzahl der Belastungen steigt – dieser Zusammenhang ist für Traumatherapeut*innen schon lange offensichtlich.

Was ist ein Trauma?

Es ist eine Wunde, eine Verletzung: In der somatischen Medizin zum Beispiel ein Beinbruch oder eine Schnittwunde, in der Psychotraumatologie eine Verletzung der Seele, die nicht sichtbar ist. Diese entsteht nur, wenn es ein von außen einwirkendes Ereignis gibt.

Was kennzeichnet eine traumatische Situation? Das subjektive Erleben von Ohnmacht, Hilflosigkeit, (Todes-)angst, Kontrollverlust.

Wichtig zu wissen ist, dass nicht jedes potentiell traumatische Erlebnis zu einer Traumafolgestörung führt: Es kommt auf die Resilienz und die Ressourcen der Betroffenen an, auf das Alter, auf traumatische Vorerfahrungen, den sozioökonomischen Status, die Dauer und Intensität des traumatischen Erlebnisses, das wiederholte Ausgesetztsein, das Schulerleben,

ob es Trost und Unterstützung nach dem Ereignis gab, Verlust eines Körperteiles etc.

Wenn nun die Verarbeitung des Erlebten nicht gelingt und eine Posttraumatische Belastungsstörung sich entwickelt, was passiert dann genau im Gehirn? Dazu gibt uns die Neurobiologie des Traumagedächtnisses Auskunft. Sie ist hilfreich, die Betroffenen besser zu verstehen und zu therapieren. Und sie erleichtert die Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Um die Besonderheiten des Traumagedächtnisses verstehen zu können, ist es zunächst notwendig zu wissen, wie unser Gehirn arbeitet:

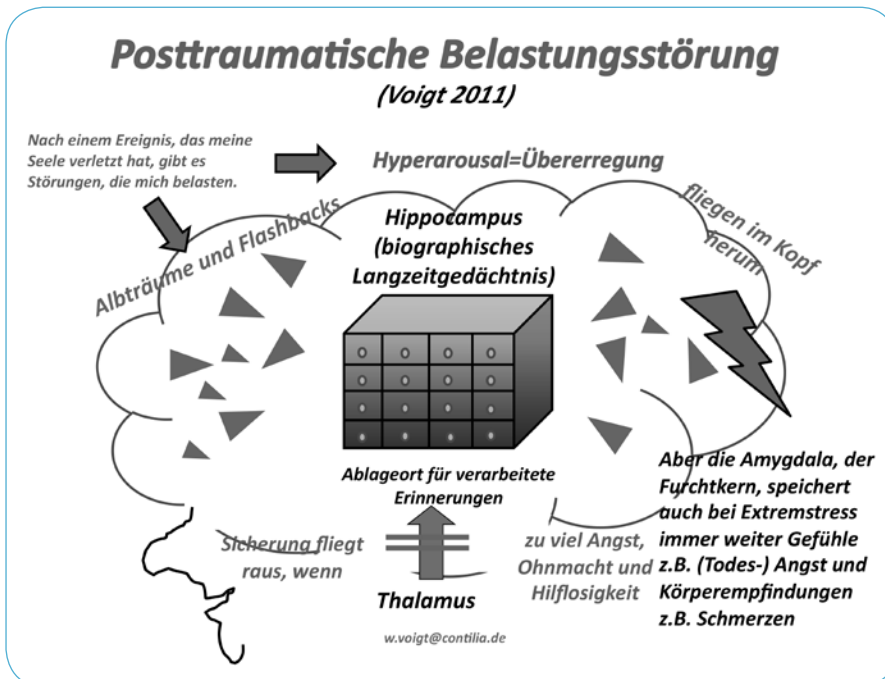
Die Grundlage aller psychischen Prozesse ist die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen. Diese erfolgt sowohl durch elektrische Erregung im Axon zwischen den Neuronen (Hirnnervenzellen), als auch im Synapsenspalt durch Neurotransmitter (Hirnbotsstoffe). Das heißt: Jeder Gedanke, jede Bewegung, auch jedes Gefühl bedeutet eine Kaskade von elektrischen Impulsen im Gehirn und Ausschüttung von Hirnbotsstoffen.

Die nächste Frage lautet: Wird alles, was wir erleben, als Erinnerung abgespeichert? Selbstverständlich werden nicht alle Erlebnisse als Erinnerung abgelegt, sondern nur die, die emotional bedeutend sind, also die mit ausreichend starken Gefühlen verbunden sind, egal ob mit Freude, Ärger, Wut, Angst oder Trauer.

Wo werden unsere Erinnerungen abgespeichert? Zuerst im limbischen System, vor allem in den Hirnnervenkernen Hippocampus und Amygdala, letztendlich in verschiedenen Gedächtnissystemen.

Das explizite Gedächtnis befindet sich zunächst im Hippocampus. Es speichert Fakten, Konzepte, Ideen und Erinnerungen an Operationen. Es ordnet Ereignisse zeitlich richtig in die eigene Lebensgeschichte ein. Die frischen Erinnerungen werden nach einiger Zeit vornehmlich im Tiefschlaf ins biographische Langzeitgedächtnis übertragen (ins medial-temporale Gedächtnissystem, bestehend aus dem Hippocampus, dem perirhinalem Cortex und dem parahippocampalen Cortex (Konsolidierungshypothese)). Das Langzeitgedächtnis bedient sich der Sprache, ist bewusst und kognitiv. Der Hippocampus ist erst voll funktionsfähig ab dem 3. Lebensjahr. Er wird bei Stress abgeschaltet.

Das implizite Gedächtnis in der Amygdala speichert sensorische Eindrücke, also Körpererinnerungen wie zum Beispiel Schmerzen sowie erlernte Verhaltensweisen und ermöglicht die Erinnerung an sie (Generalisierung von Erfahrungen). Das implizite Gedächtnis ist emotional, unbewusst und sprachlos. Die Amygdala ist von Geburt an reif und speichert auch bei Stress weitere Körperempfindungen/-schmerzen, blockiert aber zum Thalamus, zum linken Cortex und zum Sprachzentrum. Sie ist leicht triggerbar.



Um es anschaulicher zu gestalten, kann man sich symbolisch eine Kommode vorstellen, die quasi im Gehirn (Temporallappen) steht, mit vielen Schubladen, in denen die Erinnerungen nacheinander zeitlich eingeordnet sind. Sie besitzen folgende Eigenschaften:

1. Wir haben **Kontrolle** über diese Erinnerungen, das heißt wir können die Schublade aufziehen und uns daran erinnern, wenn wir es möchten und wir können die Schublade wieder schließen, also eine Erinnerung beenden, wenn wir an etwas anderes denken möchten oder etwas anderes tun möchten.
2. Wir erinnern, wie das damalige Erlebnis begonnen hat und wie es zu **Ende** ging, das heißt die Erinnerung hat einen Anfang und ein Ende.

3. Wir erinnern natürlich nicht jedes Detail, aber **relativ vollständig** den Ablauf des damaligen Ereignisses.
4. Wir können davon anderen erzählen, wenn wir möchten, das heißt die Erinnerung ist **mit Sprache verbunden und somit verbalisierbar**.
5. Die Erinnerung ist mit **Gefühlen** verbunden, die **verarbeitet** sind, das heißt die Gefühle sind nicht mehr so stark und intensiv wie damals.
6. Wir können das damalige Erlebnis innerlich sehen, das heißt es ist **mit Bildern verbunden**.
7. Wir können das damalige Ereignis **zeitlich einordnen**, das heißt wir wissen, wie alt wir damals waren, was davor und danach geschehen ist, es gelingt uns die biographische Einordnung.

Besonderheiten des Traumagedächtnisses

Eine traumatische Situation ist eine neurobiologische Hochstresssituation, in der akut Neurotransmitter wie Adrenalin, Acetylcholin, Glutamat, später Kortisol in hoher Dosis ausgeschüttet werden. Eine traumatische Situation wirkt gleichzeitig wie „ein Blitzeinschlag ins Gehirn“, da die extrem starken Gefühle von (Todes-) angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht als massive elektrische Impulse durch die neuronalen Netzwerke rasen. Als Schutzmechanismus „fliegt die Sicherung raus“: Die Verbindung zu verschiedenen Hirnnervenkernen im limbischen System, vor allem zum Hippocampus und zum Cortex (Großhirn) werden gekappt, die im Normalfall das Erlebte verarbeiten und ins biographische Langzeitgedächtnis ablegen als kognitive (hippocampale) Erinnerung. Die Informationsverarbeitung ist blockiert.

Stattdessen werden die traumatischen affektiven Aspekte nur in die Amygdala eingespeichert; über eine klassische Konditionierung entsteht ein abnormes neuronales Netzwerk mit sehr belastenden impliziten sensorischen (amygdaloiden) (Körper-)erinnerungen an das traumatische Ereignis, die zuweilen mit einer expliziten Erinnerung verbunden sind: Es entstehen Intrusionen, Flashbacks („Blitz zurück“), Albträume, also Erinnerungssplitter, die im Gehirn wie „Splitter herumfliegen“. Sie sind von so starken Gefühlen begleitet, dass die Betroffenen oft die gegenwärtige Realität nicht von der Vergangenheit unterscheiden können – „als ob es jetzt passieren würde“.

Die Symptome einer **Posttraumatischen Belastungsstörung** sind Intrusionen, Flashbacks, Albträume und das Hyperarousal (Übererregung), was durch die (Todes-)angst sowie Vermeidung (der Erinnerungen) hervorgerufen wird. Die Symptome können durch exterozeptive (alle fünf Sinnesqualitäten) und/oder durch interozeptive (zum Beispiel Beschleunigung der Herzfrequenz) Reize (Trigger) ausgelöst werden.

Die traumatischen Erinnerungen besitzen folgende Eigenschaften:

1. Es gibt fast **keine Kontrolle** über diese Erinnerungen, das heißt wir können die Schublade in der Regel nicht aufziehen und uns daran erinnern, wenn wir es möchten und wir können die Schublade nicht wieder schließen, also eine Erinnerung beenden, wenn wir an etwas anderes denken möchten oder etwas

anderes tun möchten (Deswegen ist es so wichtig, die Klient*innen frühzeitig zu befähigen, einen Flashback selbstständig zu beenden und ins Hier und Jetzt zurückzukehren, zum Beispiel durch einen Notfallkoffer, den sie selber erproben und zusammenstellen müssen). Die Flashbacks können getriggert/ausgelöst werden durch ein ähnliches Geräusch, einen ähnlichen Geruch, Geschmack, Berührung, durch ein ähnliches Bild/Aussehen, eine ähnliche Situation.

2. Die Erinnerung hat oft **keinen Anfang und kein Ende, das heißt sie fühlt sich endlos an und damit ewig.**
3. Die Erinnerung ist **unvollständig, oft splitterhaft.**
4. Da im Flashback das Brocca-Sprachzentrum deutlich weniger durchblutet ist, können die Betroffenen in diesem Moment nicht darüber reden, das heißt die Erinnerung ist **nicht verbalisierbar.**
5. **Die extremen Gefühle** von (Todes-)angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit sind **unverarbeitet**, sind also genauso stark wie damals.
6. Oft sind die traumatischen Erinnerungen **ohne Bilder**, sie bestehen dann nur aus den damaligen extremen Gefühlen, den **Gefühlsflashbacks** oder aus den **Körpererinnerungen, den Körperflashbacks.**
7. Und letztendlich fehlt die **zeitliche Einordnung**, das heißt die Betroffenen wissen nicht, wie alt sie damals waren, was davor und danach geschehen ist, eine biographische Einordnung ist dann kaum möglich.

Dass die Traumafolgen physiologisch verankert sind, zeigt die Hirndurchblutung im PET (Positronen-Emissions-Tomograph). Ergebnisse von B. van der Kolk/ Rauch: Cortex und limbisches System rechts sind aktiviert; emotional geladene Informationen sind überwiegend im limbischen System der rechten Hirnhälfte und im sensorischen Rindenareal fixiert. Das Brocca-Sprachzentrum (links) ist unterdrückt. Die überwiegend analytische linke Hemisphäre ist unterdrückt: es zeigen sich eindrucksvolle Lateralisierungsvorgänge zwischen den Hemisphären.

Was bedeutet es für die Betroffenen? Im Inneren spielt sich die Hölle ab, die Betroffenen werden von der unveränderten damaligen (Todes-)angst und Ohnmacht erfasst. Bei Körperflashbacks erleben sie genau dieselben Schmerzen wie damals – und sie können nicht darüber reden. Kapfhammer (2003) bezeichnet es als „sprachlosen Terror“ und Bessel van der Kolk (1994) prägte den Satz „the body keeps the score – der Körper vergisst nicht“.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Die Behandlung von Menschen mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung und einer Suchterkrankung benötigt eine Kombination verschiedener Therapiemethoden, sowohl verbal mit Psychotherapie einschließlich Psychoedukation, als auch nonverbal mit künstlerischen Therapien wie Kunst-, Musik- oder Tanztherapie und mit Körperpsychotherapie.

Das Programm „Sicherheit finden“ ist ein gut evaluiertes, manualisiertes Therapieprogramm (von Najavits 2009) für Menschen mit einer Suchterkrankung und einer Posttraumatischen Belastungsstörung, auch mit einer subsyndromalen Ausprägung. Das Setting ist als halboffene Gruppe konzipiert, die einmal wöchentlich stattfindet für 1,5 Stunden mit bis zu zwölf Teilnehmer*innen. Abhängig von der Anzahl der Teilnehmer*innen übernehmen die Gruppenleitung nach Möglichkeit zwei in der Durchführung des Programms geschulte Therapeut*innen. Inhaltlich findet grundsätzlich keine Traumabearbeitung statt. Die Sitzungsstruktur der Gruppe gestaltet sich folgendermaßen: In der Begrüßungsrunde hat jede*r Patient*in kurz Zeit, um über die eigene Stabilität in der letzten Woche zu berichten und darüber, wie erfolgreich sie die selbstgewählte Hausaufgabe bewältigt hat („Wie fühle ich mich? Welche Erfolgserlebnisse hatte ich seit der letzten Sitzung? Habe ich meine Vereinbarung eingehalten? Wie sieht meine Zukunftsperspektive aus?“). Im Mittelteil werden die Materialien für die Sitzung ausgeteilt. Am Anfang steht ein Zitat einer bekannten Persönlichkeit zu dem Sitzungsthema. Die Klient*innen haben anschließend Zeit, den Inhalt und die Bedeutung des Zitates mit eigenen Erfahrungen zu verknüpfen und diese miteinander zu diskutieren. Dann folgen Informationen zu dem jeweiligen Thema, oft kombiniert mit Fragen, die erst einmal jede*r für sich beantwortet (meist schriftlich). In der Gruppenarbeit wird anschließend –

unterstützt durch die Therapeut*innen – auf sichere Copingstrategien fokussiert, die auch im Rahmen von Rollenspielen vertieft werden können. Dabei achtet die Gruppenleitung darauf, dass der Bezug zur Suchtproblematik und Posttraumatischen Belastungsstörung hergestellt ist. In der Abschlussrunde gibt jede*r Patient*in eine Rückmeldung zur Gruppenstunde und wählt eine oder mehrere Vereinbarungen für die kommende Woche bis zur nächsten Gruppensitzung aus. Folgende Themen haben sich in der Praxis als Auswahl aus den 28 abgeschlossenen und voneinander unabhängigen Sitzungsthemen für den Einsatz in einem Kliniksetting bewährt (Najavits, 2009): Sicherheit, die eigene Stärke zurückgewinnen, Distanzierung von emotionalem Schmerz, wenn Substanzen Sie beherrschen, um Hilfe bitten, gut für sich sorgen, Mitgefühl, Grenzen in Beziehungen, Umgang mit Auslösern, gesunde Beziehungen, sich eine Freude machen, Heilung von Wut.

Bestimmte Gesichtspunkte zeigen sich von Vorteil beim Einsatz des Programms „Sicherheit finden“. Die Gruppenmitglieder erkennen sich in den Schilderungen der anderen Teilnehmer*innen wieder, eine Erfahrung die ihre Selbstwahrnehmung bestätigt, ihre Selbstakzeptanz steigert, Schuld- und Schamgefühle verringert und entlastend wirkt. Jede*r Patient*in bekommt in jeder Sitzung, durch die Gruppenorganisation vorgegeben, aber auch selbstverständlich, in der Eingangs- und Schlussrunde kurz Zeit, sich zu beteiligen.

Die Gruppenleitung nimmt die Durchführung und Erledigung der Selbstverpflichtungen wichtig und äußert zuverlässig eine entsprechende Wertschätzung. Die Erfahrung dieser Resonanz stärkt die Gruppenmitglieder in ihrer Motivation zur Verhaltensänderung. Sie lernen voneinander sichere Bewältigungsstrategien für die Auswirkungen der Sucht und posttraumatischen Symptomatik. Damit realisieren die Betroffenen, entgegen dem durch die traumatischen Belastungen hervorgerufenen Erlebnis von mangelnder Einflussnahme und Selbstwertbeschädigung, durch das strukturierte Gruppenprogramm eine Möglichkeit von Selbstwirksamkeit und Kompetenzstärkung. Sie erproben neue Handlungsspielräume.

Literatur

Brisch, K. H. (Hrsg.) (2013): BINDUNG UND SUCHT. Stuttgart, Klett-Cotta

European Union Agency for Fundamental Rights (2014): VIOLENCE AGAINST WOMEN: AN EU-WIDE SURVEY RESULTS AT A GLANCE. Luxembourg, Publication office of the European Union

Flatten, G., Hoffmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., Petzold, E. (2011): POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG. LEITLINIE UND QUELLEN-TEXT. Stuttgart, Schattauer

Gazzaniga, M., Ivry, R., Mangun, R. (2013): COGNITIVE NEUROSCIENCE. The biology of mind (4th e.) Norton. Chapter 9

Gluck, M. A., Mercado, E., Myers, C. E. (2010): LERNEN UND GEDÄCHTNIS. VOM GEHIRN ZUM VERHALTEN. Heidelberg. Spektrum Verlag. Kapitel 3

Hüther, G., Sachsse, U. (2017): ANGST- UND STRESS-BEDINGTE STÖRUNGEN. AUF DEM WEG ZU EINER NEUROBIOLOGISCH FUNDIERTEN PSYCHOTHERAPIE. Psychotherapeut; 52(3): 166-79

Kapfhammer, H. P. (2001): TRAUMA UND DISSOZINATION – EINE NEUROBIOLOGISCHE PERSPEKTIVE. S. 4–27 aus Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. Sonderband 2001. Stuttgart, Schattauer

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995): POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE NATIONAL COMORBIDITY SURVEY. Arch Gen Psychiatry; 52: 1048-60

Kessler, R. C. et al. (2010): CHILDHOOD ADVERSITIES AND ADULT PSYCHOPATHOLOGY IN THE WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEYS. Br J Psychiatry 2010 Nov; 197(5): 378-85

LeDoux, J. (2001): DAS NETZ DER GEFÜHLE. München, Deutscher Taschenbuch Verlag

Lenz, K. S., Hensey, R., Callender, K. (2016): EFFECTIVENESS OF SEEKING SAFETY FOR CO-OCCURRING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER UND SUBSTANCE USE. Journey of Counseling & Development 94(1): p 51-61

Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure, H. (2010): SUCHT – BINDUNG – TRAUMA. Stuttgart, Schattauer

Maercker, A. (Hrsg.) (2013): POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG. Berlin Springer

Maercker, A., Rosner, R. (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Stuttgart, Thieme

Najavits, L. M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Deutsche Übersetzung von Schäfer, I., Stübenvoll, M., Dilling, A. Göttingen, Hogrefe

Purves, D. et al. (2013): Principles of cognitive neuroscience. (2nd ed.) Sinauer. Chapter 8 + 9

Rothschild, B. (2002): Der Körper erinnert sich – Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen, Synthesis

Sack, M. (2011): Schonende Traumatherapie. Stuttgart, Schattauer

Schulze, C., Stübenvoll, M., Schäfer, I. (2012): „SICHERHEIT FINDEN“ – EIN STABILISIERENDES THERAPIEPROGRAMM FÜR TRAUMATISIERTE SUCHTKRANKE MENSCHEN. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin 10(1): 59-68

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D. et al. (2005): DISORDERS OF EXTREME STRESS: THE EMPIRICAL FOUNDATION OF COMPLEX ADAPTATION OF TRAUMA. Journal of Traumatic Stress, 18, 389-399

van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (2000): TRAUMATIC STRESS. GRUNDLAGEN UND BEHANDLUNGSANSÄTZE. Paderborn Junfermann

● EPPENDORFER 2 / 2018

SUCHT

Seite 17

Was therapieren wir zuerst?

■ Großer Andrang: Niedersächsische Suchtkonferenz zu „Trauma und Sucht“

Viele Traumatisierte werden suchtmittelabhängig. Und viele Suchtmittelabhängige erleben Traumatisierungen. Diese Wechselwirkung wird in Therapien teils zu wenig berücksichtigt. Das wollten die Initiatoren der 27. niedersächsischen Suchtkonferenz ändern und rückten die Wechselwirkungen zwischen „Traumata und Sucht“ für komorbide Patienten in den Fokus. Die Landesvereinigung für Gesundheit und die Akademie für Sozialmedizin sowie das Sozialministerium hatten eingeladen, moderiert wurde die Tagung von Thomas Altgeld.

ven für die Versorgung von traumatisierten Suchtmittelabhängigen, um eine wirksame Hilfe zu leisten“, sagte die Ministerin. Traumatische Erfahrungen erhöht das Risiko für Sucht, und der Suchtmittelkonsum sei ein Risiko für Traumatisierungen. Daher sei das Therapiemanual der Universität Harvard so wichtig (siehe <http://www.trauma-und-sucht.de/therapieprogramm-sicherheit-finden>). Das integrative Therapieverfahren behandle sowohl die Suchtproblematik als auch die Traumafolgen sowie die Wechselwirkungen zwischen beiden Bereichen. „Nur so“, ist die Ministerin überzeugt, „lasse sich ein bestmöglicher Behandlungserfolg erzielen.“

Was therapieren wir zuerst – Das Trauma oder die Abhängigkeit?

HANNOVER (hil). Wie wichtig das Thema ist, zeigten die Anmeldungen: Rund 200 Experten aus ganz Niedersachsen kamen nach Hannover. Etliche mussten vertrieben werden, weil die räumlichen Kapazitäten nicht für alle Interessenten ausreichten. Auch Sozialministerin Carola Reimann, zu dem Zeitpunkt gerade eine Woche im Amt, äußerte sich zu der Problematik. „Wir brauchen neue Perspekti-

Diese Einschätzung teilten auch die Referenten. Dr. Michael Hase, Lüneburger Zentrum für Stressmedizin, betonte die Herausforderung bei der Behandlung von komorbiden Patienten. „Was“, fragte er provokativ, „therapieren wir zuerst?“ Das Trauma oder die Abhängigkeit? Er nannte als Fallbeispiel eine 22-jährige Frau, die mit 14 Jahren anfangs Cannabis zu konsumieren. Sie fing an, Opiate zu nehmen, und plötzlich nahm ihr Konsum drastisch zu. „Das lag an der traumatischen Erfahrung, dass der Freund ihres Freundes sie vergewaltigte“, berichtete Hase. Dieses Beispiel mache deutlich, wie Traumatisierung den Drogenkonsum beeinflusse. Ein komorbider Patient müsse schnell stabilisiert werden, damit die PTBS-Symptomatik behandelt werden könne. Die EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization) sei eine gut etablierte Methode zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Auch lägen hierzu erste Erfahrungen für Menschen mit Substanzabhängigkeit vor.

Frühe Belastung und Suchtentwicklung

Es geht nicht darum, das wurde auf der Tagung deutlich, Sucht- oder Traumatherapie gegeneinander auszuspielen. Vielmehr müsse im Einzelfall entschieden werden, und möglicherweise müssen Trauma- und Suchttherapie parallel laufen. Prof. Ingo Schäfer, Zentrum für in-



Die niedersächsische Drogenbeauftragte Bärbel Lörcher-Straßburg (li.) neben Carola Reimann, die seit dem 22. November 2017 Ministerin für Soziales und Gesundheit ist. Rechts im Bild: Thomas Altgeld, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Fotos (2): Hilgers

terdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, erörterte die Zusammenhänge von frühen Belastungen und Suchtentwicklung. „Eine Studie (ACE-Studie) belegt, dass ein Drittel aller Suchterkrankungen auf familiäre Dysfunktion zurückzuführen ist“, sagte Schäfer. Eine frühe Belastung sei ein massiver Risiko-

„Traumatisierte Menschen geraten schneller unter Druck“

faktor, der auch neurobiologische Auswirkungen habe. So konnte gezeigt werden, dass Probanden mit einem negativen elterlichen Erziehungsverhalten in Stresssituationen eine signifikant höhere Dopaminausschüttung im Vergleich zu Probanden mit fürsorglichen Eltern haben. „Traumatisierte Menschen geraten schneller unter Druck.“ Sucht sei eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie, um mit Stress und den Folgen einer Traumatisierung umzugehen. Ingo Schäfer regte dazu an, den Patienten im Erstkontakt schneller nach traumatischen Erlebnissen wie körperlicher oder sexueller Gewalt zu fragen. Viele Behandelnde hätten Angst, mit dieser Frage etwas falsch zu machen, aber man könne nichts falsch machen.

Wie funktioniert ein Traumagedächtnis und weshalb kommt es zu schwerwiegenden Auswirkungen im Erleben und im Verhalten? Das verdeutlichte Chefarztin Dr. Wibke Voigt, Fachklinik Kamillushaus Essen, den Teilnehmern. „Anders als bei gesunden Menschen“, sagte die Fachärztin, „gibt es keine Kontrolle über die Erinnerung.“ Sie komme scheinbar plötzlich und unvermittelt und verunsichere alle Beteiligten. Die Referentin stellte ihr Therapieprogramm „Seeking Safety“ vor, das den Umgang mit innerer Anspannung sowie emotionalen Kompetenzen trai-

Spielhallen bleiben – vorerst

HAMBURG (rd). Um süchtige Spieler insbesondere vor dem großen Suchtpotential von Automaten zu schützen, haben die Länder 2012 ihren Glücksspielstaatsvertrag verschärft und das so genannte Abstandsgebot eingeführt. Auch in Hamburg sollte gelten, dass – mit Ausnahme von Reeperbahn und Steindamm – zwischen zwei Spielhallen mindestens 500 Meter Abstand liegen müssen. Zudem dürfen sie nicht in der Nähe von Kinder- und Jugendeinrichtungen liegen. Die Neuregelung würde in der Hansestadt das Aus für 80 Spielhallen bedeuten. Doch die Umsetzung liegt auf Eis. Grund ist ein Gerichtsbeschluss. Die Spielhallenbetreiber hatten vor dem Verwaltungsgericht geklagt und in zwei Eil-Beschlüssen (Az. 17 E 9823/17 und 17 E 10199/17) am 8. Januar Recht bekommen. Hintergrund: Nach den Ausführungsbestimmungen sollte im Zweifel jene Spielhalle bestehen bleiben dürfen, die schon länger existiert, was für das Gericht „kein an sachlichen Gesichtspunkten ausgerichtetes Kriterium“ darstellt. Bis zur endgültigen rechtlichen Klärung dürfen alle „Spielhöhlen“ weiterbetrieben werden. Das teilte die Pressestelle der Verwaltungsgerichte mit.

Anders die Lage in Niedersachsen: Dort wurde per Losverfahren entschieden, welche Hallen schließen müssen und welche bleiben dürfen. Dieses Verfahren wurde vom Niedersächsischen Oberverwaltungsgericht (OVG) in Lüneburg im November 2017 als rechtskonform bestätigt (siehe Az. I B 154/17). In der Folge habe sich die Zahl der Spielhallen in Niedersachsen seit Juli 2017 um etwa ein Drittel reduziert. Das teilte die Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) mit, die eine rechtssichere Lösung für Hamburg anmahnte.

Praktische Umsetzung muss optimiert werden

Seit Jahren ist der Zusammenhang von Suchterkrankungen und Traumatisierungen wissenschaftlich belegt, warum ist eine Tagung zu diesem Thema dennoch so wichtig? Das machte Bärbel Lörcher-Straßburg, Drogenbeauftragte des Landes Niedersachsen, deutlich. „Die praktische Umsetzung muss optimiert werden“, sagte die Drogenbeauftragte, „das geht insbesondere für ländliche Strukturen. Es gehe aber auch darum, die Zugangswege zu erweitern und die Übergänge so zu gestalten, dass die Behandlungswege besser ineinandergreifen. Der Fachverband Sucht gehe davon aus, dass suchtkranke Menschen in der Regel erst nach zehn Jahren im Behandlungssystem ankommen. Das Gleiche gelte auch für andere psychische Erkrankungen. Die Tagung diene auch dazu, deutlich zu machen, an welchen Stellen Optimierungen notwendig sind, welche Schnittstellen besser funktionieren könnten und welche Ansätze der Umsetzung verfolgt werden sollten.“

Im nächsten Jahr will die niedersächsische Landesregierung für Suchtprävention und Hilfsangebote 7,6 Millionen Euro bereitstellen.

Videospielsucht bald Krankheit

GENÈVE (rd). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt die Sucht nach Videospielen in ihren Katalog der Klassifikation von Krankheiten auf (International Classification of Diseases, ICD-11). Das bestätigte der WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus einem dpa-Bericht zufolge. Der neue Katalog wird im Juni aufgelegt. Die Diagnose „Gaming Disorder“ geht über stundenlanges Videospielen hinaus. Es geht um Menschen, deren Leben durch die Sucht nachhaltig verändert wird und die nicht aufgeben können. Als Folge der Aufnahme in das ICD 11 wird erwartet, dass Krankenkassen die Behandlung von Personen, die ein Arzt für „spielgestört“ hält, bezahlen müssen und Spielehersteller unter gesellschaftlichen und politischen Druck auch hinsichtlich der Ausgestaltung der angebotenen Spiele geraten. „Im Extremfall könnte die neue Einstufung sogar dazu führen, dass Spielehersteller für gesundheitliche Schäden haften müssen“, so das IT-Web-Portal golem.de.



Prof. Ingo Schäfer, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, erörterte die Zusammenhänge von frühen Belastungen und Suchtentwicklung.

Ingrid Hilgers - EPPENDORFER

Verzeichnis der Referent*innen

BÄRBEL LÖRCHER-STRASSBURG
Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover
baerbel.loercher-strassburg@ms.niedersachsen.de

DR. MICHAEL HASE
EMDRIA Deutschland e. V. und
Lüneburger Zentrum für Stressmedizin
Dorette-von-Stern-Straße 14
21337 Lüneburg
m.hase@lzsm.de

JESSIKA KUEHN-VELTEN
Ärztliche KinderschutzAmbulanz am
Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf
Kronenstraße 38
40217 Düsseldorf
alice-jessika.kuehn-velten@evk-duesseldorf.de

DIPL.-PSYCH. FRANKA METZNER
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
fmetzner@uke.de

MINISTERIN DR. CAROLA REIMANN
Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit und
Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover
carola.reimann@ms.niedersachsen.de

PROF. DR. INGO SCHÄFER
Zentrum für Interdisziplinäre
Suchtforschung der Universität
Hamburg
Martinistraße 52
20246 Hamburg
i.schaefer@uke.uni-hamburg.de

SYBILLE TEUNISSEN
Praxis für Psychotherapie und
Supervision Wuppertal
Albertstraße 49 a
42289 Wuppertal
kontakt@sybille-teunissen.de

DR. WIBKE VOIGT
Fachklinik Kamillushaus Essen
Heidhauser Straße 273
45239 Essen
w.voigt@contilia.de

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Themen bisheriger Suchtdokumentationen

- 2016 Zum Wohl? – Von wegen!
Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit
- 2015 Schöne neue Drogenwelt
Aktuelle Trends und Herausforderungen für Prävention und Hilfesysteme
- 2014 Im Dickicht der Hilfesysteme?
Versorgungsprobleme und innovative Lösungsansätze
zwischen Suchthilfe und Psychiatrie
- 2013 Verloren in der virtuellen Welt?
Stoffungebundene Süchte als Herausforderung
für Prävention und Hilfesysteme
- 2012 Sucht zuhause?
Familien und Sucht –
Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten
- 2011 Tüchtig und / oder Süchtig? –
Süchte und Suchtprävention in der Arbeitswelt
- 2010 Sucht und Gewalt – Zwei Seiten einer Medaille?
- 2009 Lebensabend Sucht?
Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten
in der Suchthilfe
- 2008 Geschlechtergerechte Ansätze in Suchtarbeit und -prävention
- 2007 Neue Drogenkonsummuster im Jugendalter?

Die Dokumentationen sind auf der Homepage der LVG & AFS als PDF-Version unter folgendem Link verfügbar
<http://www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/medienliste>.

Gegen Zusendung eines an Sie adressierten und mit 1,45 Euro frankierten Rückumschlages (DIN C4)
 können Ihnen einzelne Exemplare – soweit vorrätig – gerne zugesandt werden.
 Bitte senden Sie den Rückumschlag an LVG & AFS Nds. e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Mai 2018

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.