

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Zum Einfluss sexueller Gewalt auf die zwischenmenschliche Bindung

Welche Auswirkungen haben frühkindliche Traumatisierungen auf ein späteres Suchtverhalten?

Bachelor Thesis

Tag der Abgabe: 24.03.2021

Vorgelegt von: Annika Baldowski

████████████████████

████████████████████

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Traumatische Kindheitserlebnisse	5
1.1 Traumatisierung als psychische Reaktion	5
1.2 Sexuelle Gewalt und Missbrauch	17
1.2.1 Sexueller Missbrauch – Definition und Prävalenz	17
1.2.2 Zum Einfluss sexueller Gewalt auf die Bindung und Entwicklung	20
1.2.2.1 Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden.....	20
1.2.2.2 Die Bedeutung der Bindung für die Entwicklung	22
1.2.2.3 Sexuelle Gewalt als traumatisierende Bindungserfahrungen	24
2. Sucht und Abhängigkeit im Jugendalter	27
2.1 Die Sucht als Krankheit	27
2.2 Auswirkungen von Substanzgebrauchsstörungen.....	30
2.3 Zur Entstehung eines Suchtverhaltens in der Adoleszenz	31
3. Der Konsum als Bewältigungsstrategie	34
3.1 Statistischer Zusammenhang von Trauma und Sucht.....	34
3.2 Konsum und Trauma im Rahmen der Lebensbewältigung.....	37
3.3 Funktionen der Sucht im Rahmen des psychischen Leidens	42
3.3.1 Selbstmedikationshypothese.....	42
3.3.2 Chemische Dissoziation	46
3.3.3 Die Droge als Bindungsfigur.....	48
4. Bedeutung für die sozialpädagogische Praxis	52
5. Schlussbetrachtung	58
Literaturverzeichnis	63
Abkürzungsverzeichnis	72
Eidesstattliche Erklärung	73

Einleitung

Klient*innen der Sozialen Arbeit sind häufig durch eine Vielfältigkeit ihrer Probleme gekennzeichnet. Besonders im Bereich Trauma und Sucht steht die Profession verschiedenen Konflikten gegenüber. Oftmals sind sogenannte „hard-to-reach“ Klient*innen anzutreffen, deren Vertrauen in Menschen, Institutionen und Hilfsangebote durch Abwendungen und Abbrüche in den individuellen Lebenssituationen beeinträchtigt wurde und sie nur bedingt durch die Hilfemaßnahmen erreicht werden können. Multiple Problemlagen erschweren die Einbindung in ein tragfähiges Umfeld und Belastungen wirken verstärkt auf die Betroffenen (vgl. Gahleitner et al. 2018, 81f).

Die Kinder- und Jugendhilfe ist ein bedeutsamer Arbeitsbereich der sozialen Arbeit und ist mit verschiedenen Professionalitäten und Institutionen verknüpft (vgl. Bock 2012, 456). Auch hier kann die Konfrontation mit „hard-to-reach“ Klient*innen erfolgen. Dabei treten nicht selten Traumatisierungen oder Suchtverhaltensweisen in den Vordergrund, die die Zusammenarbeit belasten. Traumatische Erlebnisse unterschiedlichen Ausmaßes haben Einfluss auf das psychische und körperliche Wohlbefinden. Sexueller Missbrauch als traumatische Lebenserfahrung ist Sozialarbeitenden als Thematik bekannt und in Lebensbiografien verschiedener Klienten und Klientinnen wiederzufinden. Aus bindungstheoretischer Sicht stellt sich die Frage, welchen Einfluss derartige Erfahrungen auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben. Die Auseinandersetzung mit der Thematik ist für die sozialarbeiterische Praxis unabdingbar und soll in dieser Arbeit fokussiert werden.

Wie sich zeigen wird, besteht eine enge Verbindung zwischen interpersonellen Traumata und Suchterkrankungen. Für die Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft ist dieser Umstand von großer Bedeutung. Die Soziale Arbeit begegnet den Lebenslagen ihrer Adressaten und Adressatinnen unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Umstände. Durch theoretische und praktische Überlegungen sollen in Zusammenarbeit mit den Adressaten und Adressatinnen unterstützende Bedingungen geschaffen werden. Klienten*innen sollen dazu befähigt werden, eigene Bedürfnisse zu stillen und selbstwirksam aktiv zu werden (vgl. Staub-Bernasconi 2012, 277).

Ziel dieser Bachelor-Thesis ist es, den Einfluss sexueller Gewalt in der Kindheit auf die zwischenmenschliche Bindung zu untersuchen und aufzuweisen, welche Auswirkungen eben solche frühkindlichen Traumatisierungen auf ein späteres Suchtverhalten haben.

Anhand dieser Leitfrage wird die ausgewählte Fachliteratur untersucht. Dabei wurden Primär- und Sekundärquellen ausgewählt, die sich mit verschiedenen Aspekten der Thematik befassen. Diese werden im Rahmen der Arbeit miteinander in Bezug gesetzt und ein Erklärungsmodell erarbeitet, das den Konsum als Bewältigungsstrategie psychischer Traumatisierung auffasst.

Zu Beginn soll die psychische Traumatisierung dargestellt werden. Eine besondere Betrachtung des Vorkommens in der Kinder- und Jugendhilfe bildet dabei den Auftakt. Das psychische Trauma wird anschließend im Rahmen eines Verlaufsmodells erklärt. Dabei sind psychische Wirkungszusammenhänge und Risikofaktoren für eine Krankheitsentstehung in Vordergrund gestellt. Ein multifaktorielles Rahmenmodell wird zur Darstellung einer Krankheitsentstehung nach Traumatisierung herangezogen. Innerhalb dessen wird zudem die posttraumatische Belastungsstörung und ihre komplexe Form exemplarisch als klinisches Folgebild vorgestellt. In diesem Teil des Kapitels wird auch überprüft, welche Auswirkungen interpersonelle Traumata auf Individuen haben und inwiefern dadurch eine Krankheitsentstehung begünstigt wird (Kap. 1.1). Im zweiten Teil des Kapitels wird der sexuelle Missbrauch im Kindesalter als besondere Form interpersoneller Traumatisierung betrachtet. Dabei wird auch auf die Problematik des Dunkelfeldes und das damit eihergehende Informationsdefizit eingegangen. Sexueller Missbrauch im Kindesalter wird im Rahmen der Bindungstheorie nach Bowlby betrachtet und die Auswirkungen auf das Bindungsverhalten untersucht. Die individuellen Folgen werden aus der Perspektive der Gesellschaft und der Kinder- und Jugendhilfe analysiert (Kap. 1.2).

Anschließend wird die Sucht als Krankheitsbild vorgestellt. Dabei sollen unter anderem die Wirkungsmechanismen von Drogen im Kontext der Adoleszenz betrachtet werden. Vorkommen und Auswirkungen von Substanzgebrauchsstörungen werden dargestellt und Erklärungen zur Entstehung herangezogen (Kap. 2).

Im Hauptteil dieser Arbeit werden die theoretischen Überlegungen zusammengefasst und interpersonelle Traumatisierungen – wie die sexuelle Gewalt – im Kontext einer Suchterkrankung betrachtet. Hierfür werden in einem ersten Schritt statistische Zusammenhänge überprüft (Kap. 3.1). Anschließend wird die Sucht in ihrer Funktion als Bewältigungsmöglichkeit von psychischer Traumatisierung betrachtet. Dabei wird die Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch als Basis herangezogen (Kap. 3.2). Anhand der theoretischen Betrachtungen ergeben sich verschiedene Hypothesen zum Zusammenhang von Sucht und Trauma. Es sollen folgende Hypothesen vorgestellt und untersucht werden:

- Der Drogenkonsum dient im Sinne der Selbstmedikationshypothese der Linderung der psychischen Symptomatik nach dem Erleben von interpersonalen Traumata (Kap. 3.3.1).
- Bei dem Konsum von Substanzen erreichen Betroffene von sexuellem Missbrauch eine chemische Dissoziation. Sie können sich so innerpsychisch von dem Erleben distanzieren und Situationen erleichtert bewältigen (Kap. 3.3.2).
- Bei sexuellem Missbrauch geraten Betroffene in eine Double-Bind Situation und innere Arbeitsmodelle werden durch gestörtes Bindungsverhalten zu primären Bezugspersonen beeinflusst. Drogenkonsumenten mit Erfahrung sexuellen Missbrauchs nutzen die Substanz als Ersatz einer Bindungsfigur (Kap. 3.3.3).

Im vierten Kapitel wird dargestellt, wie die pädagogische und therapeutische Praxis Klienten und Klientinnen begegnen kann. Es sollen Behandlungskonzepte vorgestellt werden, welche den besonderen Zusammenhang von Traumatisierung und Sucht fokussieren. Ferner werden Überlegungen zur sozialpädagogischen Praxis angestellt und mögliche Haltungen vorgestellt (Kap. 4).

In der Schlussbetrachtung werden die wichtigsten Aussagen zusammengefasst und die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Soziale Arbeit dargestellt. Es soll betrachtet werden, welche Auswirkungen sexuelle Gewalt auf die zwischenmenschliche Bindung und ein

späteres Suchtverhalten hat und wie diese Erkenntnisse den Umgang mit schwer zu erreichenden Klienten und Klientinnen beeinflussen. Ferner werden Grenzen dieser Arbeit vorgestellt und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Forschung gegeben (Kap. 5).

1. Traumatische Kindheitserlebnisse

Die Begegnung mit Trauma zeichnet sich auch in Handlungsfeldern der sozialen Arbeit besonders ab. Gerade im Kinder- und Jugendhilfebereich sowie bei der Arbeit mit Menschen in besonderen Lebenslagen werden Sozialarbeiter*innen mit psychischen Traumatisierungen und dessen Folgen konfrontiert. In dem folgenden Kapitel wird die Traumatisierung als psychische Reaktion auf ein einschneidendes Erlebnis skizziert. Eine Begriffsdefinition der traumatischen Situation und die darauffolgende psychische Reaktion soll betrachtet werden. Der traumatische Prozess, in dem die Entstehung pathologischer Störungen deutlich wird, ist von Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst. Die aufrechterhaltenden Faktoren und Ressourcen werden näher erläutert und in den Kontext der Krankheitsentstehung gesetzt. Die Reaktion auf besonders schwerwiegende Formen der Traumatisierungen wird durch die Krankheitsbilder der posttraumatischen Belastungsstörung und ihrer komplexen Form dargestellt. Im zweiten Teil des Kapitels wird die sexuelle Gewalt als schwerwiegende Traumasituation betrachtet. Es soll ein Bild über Vorkommen und Umgang mit der Thematik entstehen und die Ursachen für die besondere Schwere untersucht werden. Dies wird in Zusammenhang zur Bindungstheorie gesetzt, um so die Auswirkungen sexueller Gewalt auf die Bindung und die Entwicklung zu betrachten.

1.1 Traumatisierung als psychische Reaktion

Prävalenz traumatischer Erfahrungen

Traumatisierungen haben im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe einen besonderen Stellenwert. Als Voraussetzungen für die Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe werden verschiedene Faktoren genannt. So sind unter anderem eine nicht ausreichende Versorgung der Kinder, sowie eine Überforderung der Eltern mit der Erziehung mitbestimmend für die Durchführung der Maßnahmen (vgl. Schmid et al. 2010a, 238). Zudem wird in der Literatur beschrieben, dass eben die Gruppe der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen eine besonders hohe Anzahl an abweichenden und potenziell traumatischen Erfahrungen habe. So wird in einer Studie aus Deutschland von Jaritz et al. aufgezeigt, dass 75% einer Stichprobe der Kinder- und Jugendlichen in Regelwohngruppen der Jugendhilfe mindestens ein belastendes und potenziell traumatisierendes Ereignis erlebt haben.

Bei etwas mehr als 50% wurden mehrfache Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen psychosozialer Belastungssituationen angegeben. Zur Erhebung der Daten wurden Fachdienstmitarbeitende eines Jugendamtes befragt. Es kamen Daten von 80 Kindern und Jugendlichen aus 11 Wohngruppen zusammen. Die Mitarbeitenden sollten Angaben zu belastenden und psychosozialen Lebensereignissen machen. Diese wurden in Kategorien, wie zum Beispiel Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch, unterteilt (vgl. Jaritz et al. 2008, 269-272).

Auch eine schweizerische Studie kommt bei der Abfrage potenziell traumatischer Erfahrungen zu ähnlichen Ergebnissen. Hierbei wurden 370 Adoleszente aus stationären Jugendhilfeeinrichtungen befragt, von denen 80,3% angaben, mindestens eine traumatische Lebenserfahrung gemacht zu haben. 55,7% der Befragten berichteten, sich an mindestens eine interpersonelle - also menschlich verursachte - traumatische Erfahrung zu erinnern (vgl. Fischer et al. 2016, 204-206).

Bei Studien, die ohne speziellen Fokus auf die Kinder- und Jugendhilfe durchgeführt wurden, kommen andere Ergebnisse zusammen. An einer deutschen Studie von Perkonig et al. haben 3021 Menschen zwischen 14 und 24 Jahren teilgenommen. Lediglich 25,5% der männlichen und 17,7% der weiblichen Teilnehmenden gaben an, traumatische Situationen durchlebt zu haben (vgl. Perkonig et al. 2000, 56). Auch in der Bremer Jugendstudie gaben nur 22,5% der 1035 befragten Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren an, mit mindestens einem traumatischen Ereignis konfrontiert worden zu sein (vgl. Essau et al. 1999).

Mit Blick auf diese Untersuchungen zeigt sich, dass Traumata besonders im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe relevant sind. Im Folgenden soll betrachtet werden, was unter einem Trauma zu verstehen ist und welche Folgen damit einhergehen. Klinische Aspekte sollen dabei nur grob skizziert werden.

Verlaufmodell psychischer Traumatisierungen

Ein psychisches Trauma kann in der Übersetzung grob als seelische Verletzung betrachtet werden. Der Ursprung des Wortes ist im griechischen Sprachraum zu finden: traûma

= Verletzung (vgl. Fischer & Riedesser 2020, 24). Fischer und Riedesser weisen zudem darauf hin, die Begrifflichkeiten „Trauma“ und „traumatische Erfahrung“ differenziert zu betrachten und in einen Kontext zu setzen (vgl. ebd. 67). Eine psychische Traumatisierung - das Trauma - wird als Verlaufsprozess und potenzielle Folge einer traumatischen Erfahrung beschrieben (vgl. ebd. 52).

Eine traumatische Erfahrung hingegen wird definiert als:

„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (ebd. 89).

Es wird deutlich, dass die traumatische Erfahrung aus verschiedenen Komponenten besteht. Zum einen gibt es den Stellenwert des *vitalen* Diskrepanzerlebnisses, einer subjektiven Bedrohung für das Leben und Wohlbefinden. Es ist ebenso zu lesen, dass das Erfahren der Bedrohung von *individuellen* Bewältigungsmöglichkeiten abhängt. Es lässt sich somit die Hypothese aufstellen, dass nicht jede traumatische Erfahrung von jedem Menschen gleich empfunden wird.

Der unterschiedliche Verlauf und die Folgen von traumatischen Erfahrungen sollen durch das dialektisch-ökologische-Verlaufsmodell psychischer Traumatisierungen nach Fischer und Riedesser dargestellt werden. Als dialektisch wird die individuelle Kommunikation zwischen der inneren Perspektive des Subjekts und der äußeren Perspektive des objektiven Beobachtenden beschrieben. Diese Perspektiven können auch im Widerspruch stehen. Der Bezug zur Umwelt - welcher sich aus der wechselseitigen Beziehung und Interaktion von Subjekt und Umwelt auszeichnet - bildet die ökologische Ebene des Modells. Innerhalb des Modells kann der Verlauf psychischer Traumatisierung dreigeteilt werden: Die traumatische Situation, die traumatische Reaktion und der traumatische Prozess. Die Phasen sind ineinander übergreifend und in einem dynamischen Verhältnis zueinander zu sehen (vgl. ebd. 68f).

Die traumatische Situation und die traumatische Reaktion

Bei der traumatischen Situation sind wie zuvor genannt das individuelle Erleben und die Bewältigungsmechanismen während der Erfahrung besonders wichtig. Werden diese subjektiv überschritten, findet sich das Individuum in einer Notfallreaktion, der traumatischen Reaktion, wieder (vgl. ebd.). Diese soll nun genauer mit der „traumatischen Zange“ nach Michaela Huber beschrieben werden. In einer gefährdenden Situation wird versucht, die intuitiven und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten auszuführen: Daraus fliehen (flight) oder dagegen ankämpfen (fight). Ist die Situation jedoch so belastend, dass eben diese Bewältigungsmöglichkeiten nicht realisiert werden können, gerät das Individuum in eine Zange. Das körperliche und psychische Bewusstsein erstarrt (freeze) (vgl. Huber 2020, 51). Dafür sind neurobiologische Prozesse verantwortlich. In einer gefährdenden Situation werden Reize und Signale im Hirn nur beschränkt weitergeleitet. Die Amygdala - eine Art Warnsystem - reagiert bei Konfrontation mit extremem Stress, sodass überlebenswichtige Notprogramme gestartet und andere Systeme gestoppt werden. Vernunft- und emotional gesteuerte Reaktionen werden dabei blockiert. Diese Überlebensinstinkte, welche sich durch den Kampf oder die Flucht auszeichnen, werden zunächst in einer gefährlichen Situation erprobt. Sind diese Mechanismen nicht erfolgreich, kann es zu dissoziativen Zuständen kommen. Diese dienen dem Schutz der inneren Psyche und führen zu Wahrnehmungsveränderungen (vgl. Besser 2009, 44f). Betroffene „träumen“ sich aus der Situation heraus. Dieser Mechanismus führt dazu, dass mentale Prozesse voneinander getrennt werden (vgl. Fiedler 2013, 1). Durch diese automatische Reaktion werden belastende Erfahrungen aus dem Bewusstsein gedrängt, um das psychische Überleben zu sichern (vgl. Overkamp 2002, 14f). Hierbei kommt es zu einer sogenannten fragmentarischen Speicherung der Erinnerung. Durch die schützende Trennung der mentalen Prozesse wird die traumatische Situation nicht als abrufbare Erinnerung im Gedächtnis archiviert. Sie ist zwar vorhanden, kann jedoch nicht aktiv erinnert oder in Zusammenhang gebracht werden. Bestimmte Reize können diese Erinnerung hervorholen und wieder ins Bewusstsein rücken. Diese sogenannten „Trigger“ können bestimmte Gerüche, Geräusche oder andere Reize sein, welche mit der traumatischen Situation zusammenhängen. Betroffene erleben dann einen „Flashback“ und das Erlebnis der traumatischen Situation wird erneut durchlebt. Aufgrund der nicht verankerten Erinnerung und dem so fehlenden

Bezug zu Zeit und Raum kann es sich für die Betroffenen so anfühlen, als würden sie die Situation wirklich im Hier und Jetzt erleben. Es kann dazu kommen, dass die Personen dissoziieren und so reagieren, wie in der traumatischen Situation (vgl. Besser 2009, 45f). Nach der traumatischen Situation ohne Bewältigungsmöglichkeit können sich viele Betroffene nicht an das erinnern, was passiert ist. Ein großes Leiden ist spürbar und doch können keine zusammenfassenden Erinnerungen erstellt werden.

Der traumatische Prozess

Im traumatischen Prozess wird die gefährdende Situation verarbeitet. Hierbei soll die oft nicht zu fassende Erfahrung in die eigene Biografie integriert und so ein Umgang mit dieser erlernt werden (vgl. Fischer & Riedesser 2020, 69). Gelingt dies, ist in der Regel nicht von einer Krankheitsbildung und Chronifizierung der Symptomatik auszugehen. Im Folgenden soll erörtert werden, welche Faktoren eine Chronifizierung begünstigen und wie langanhaltende Folgen psychischer Traumatisierung sich zeigen können.

„Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse der sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso von Bedeutung wie entsprechende molekulare oder organpathologische Gegebenheiten“ (Schüßler 2017, 322). Psychische Gesundheit und Krankheit sind multifaktoriell bedingt. Somit können biologische, psychologische wie auch soziale Faktoren benannt werden, die eine Krankheitsentstehung beeinflussen. „Prädispositionen, Krankheitsbeginn, Aufrechterhaltung und Folgen einer Erkrankung haben jeweils soziale, psychische und biologische Anteile“ (Schüßler 2017, 321). In Anbetracht dessen erscheint es schlüssig, dies auch bei der psychischen Traumatisierung zu beachten. Es ist zu prüfen, welche konkreten Faktoren sich auf das Geschehen auswirken. Hierzu soll das multifaktorielle Rahmenmodell nach Andreas Maercker herangezogen werden. Darin werden fünf Faktorengruppen zusammengefasst:

Faktorengruppen (vgl. Maercker 2013, 36)
1. Risiko- und Schutzfaktoren (prätraumatisch)
2. Ereignisfaktoren (peritraumatisch)
3. Aufrechterhaltungsfaktoren (posttraumatisch)
4. Ressourcen und gesundheitsfördernde Faktoren (posttraumatisch)
5. Posttraumatische Prozesse und Resultate

Prätraumatische Risikofaktoren lassen sich als die sozialen, biologischen und psychischen Umstände erfassen, die eine mögliche Erkrankung bedingen. Brewin et. al. stellen in einer Metaanalyse die einflussreichsten Faktoren zusammen, die eine chronische Symptombelastung nach traumatischen Erlebnissen wahrscheinlicher eintreten lassen. Demnach sind bestehende Erfahrungen im psychiatrischen Kontext, frühere Missbrauchserfahrungen oder Vernachlässigungen, eine geringere Bildung und sozialökonomischer Status, andere traumatische Erlebnisse sowie die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht als prädiktive Risikofaktoren benannt (vgl. Brewin et al. 2000, 751). Ergänzend dazu kann die Zusammenfassung mehrerer Studien von Egle und Hardt hinzugezogen werden. Es wurden mehrere Längs- sowie Querschnittsstudien betrachtet und Schutzfaktoren genannt, die einen Einfluss auf die Entstehung von psychischen Krankheiten haben. Als schützend erwiesen sich unter anderem eine dauerhafte und gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson, ein sicheres Bindungsverhalten, eine geringere Risiko-Gesamtbelastung und soziale Förderung, zum Beispiel im Rahmen von Schule oder Kirche (vgl. Egle und Hardt 2005, 41). Der Beziehung zur Umwelt und nahestehenden Personen scheint hier eine besondere Bedeutung zuzukommen.

Die **peritraumatischen Ereignisfaktoren** beschreiben Einflüsse, die während der traumatischen Situation auf das Individuum wirken. So ist die Schwere des Traumas besonders ausschlaggebend. Jedoch ist zu beachten, dass diese Faktoren einer individuellen Bewertung unterliegen (vgl. Maercker 2013, 37). Der Schweregrad traumatischer Erfahrungen lässt sich damit beschreiben, dass Ereignisse außerhalb des Erwartungsbereiches liegen. Dies würde bei nahezu jeder betroffenen Person eine Belastung auslösen

(vgl. Fischer & Riedesser 2020, 154). Hierbei ist anzumerken, dass die Erwartbarkeit einen subjektiven Anteil hat. Wenn Betroffene in ihrer Lage selbstwirksam Bewältigungsstrategien aufrufen können, ist die Wahrscheinlichkeit für posttraumatische Folgen geringer (vgl. Maercker 2013, 38). Im Rahmen der Metaanalyse von Trickey et. al. wurde untersucht, welche Risikofaktoren für eine posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen einen besonders starken Einfluss haben. Dabei hatten die peritraumatischen Faktoren der individuell gefühlten Angst in der Situation und die vom Subjekt wahrgenommene Lebensgefahr am stärksten Gewicht bei der Entwicklung einer Störung. Auch die Häufigkeit von traumatischen Situationen ist ein Einflussfaktor, wobei diese etwas geringer gewichtet wird (vgl. Trickey 2012, 134). Weitere Situationsfaktoren beschreiben Fischer und Riedesser nach Green (1993) und benennen folgende ausschlaggebende Punkte: Die akute Bedrohung für den Körper und das Leben, die Aussetzung absichtlicher Schädigung, gewaltsamer Verlust sowie die Beobachtung von Gewalt haben hohen Einfluss auf das Erleben der Situation. Zudem ist eine traumatische Situation noch ergreifender, wenn die Person Opfer einer nahestehenden Beziehungsperson wird, der ursprünglich ein großes Vertrauen zugeschrieben wurde (vgl. Fischer & Riedesser 2020, 155).

Es ergibt sich eine Kategorisierung einer traumatischen Situation, die Maercker nach Terr (1989) wie folgt beschreibt: Typ-I-Traumata zeichnen sich durch Plötzlichkeit, Überraschung und akuter Lebensgefahr aus. Die Typ-II-Traumata werden durch eine häufige, aufeinanderfolgende Anzahl verschiedener traumatischer Ereignisse und durch geringe Erwartbarkeit der Situation beschrieben. Zudem unterscheidet Maercker zusätzlich in zufällig verursachte und menschlich verursachte Traumata (vgl. Maercker 2013, 15). Eine Naturkatastrophe könnte demnach als zufällige Typ-I-Traumasituation kategorisiert werden. Ein von einem Elternteil mehrfach begangener sexueller Missbrauch hingegen als menschlich verursachte Typ-II-Traumasituation. Maercker zufolge ziehen menschlich verursachte Typ-II-Trauma stärkere psychische Beeinträchtigungen mit sich (vgl. ebd.15). So wurden beispielhaft in einer deutschen Untersuchung Patienten und Patientinnen ausgewählter Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schüler und Schülerinnen der Jahrgangsstufen 7-9 eines Gymnasiums befragt. Die Traumarate fiel bei beiden Gruppen

ähnlich hoch aus, jedoch gaben Patienten und Patientinnen mit Hilfebedarf im Durchschnitt eher multiple potenzielle traumatische Erfahrungen an. Ebenso gab diese Gruppe eher an, die Situation persönlich erlebt zu haben, während die Schüler und Schülerinnen eher Zeugen eines Ereignisses waren. Starke Gruppenunterschiede gab es bei der Angabe von interpersoneller Gewalt. Die Patientengruppe zeigte signifikant höhere Werte bei Abfrage physischer Gewalt wie sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung (vgl. Tagay et al. 2013, 73-76). Auch die eingangs erwähnte Studie in schweizerischen Jugendhilfeeinrichtung ergab, dass ein großer Teil der berichteten traumatischen Erfahrungen sich durch einen interpersonellen Charakter auszeichnen (vgl. Fischer et al. 2016, 207). Es lässt sich die Hypothese aufstellen, dass interpersonelle traumatische Erfahrungen eine weitläufigere Wirkung auf das psychische Wohlbefinden haben als einmalige und zufällig verursachte Traumata.

Einen großen Einfluss auf die Krankheitsentstehung innerhalb des traumatischen Prozesses wird den **Aufrechterhaltungsfaktoren** nach einer traumatischen Situation beigemessen. Ein vermeidender Bewältigungsstil und kognitive Veränderungen - wie die Übernahme von Schuld - wirken aufrechterhaltend in Bezug auf die Symptomatik. Betroffene versuchen so, nachträglich eine scheinbare Kontrolle und Handlungsmöglichkeit in die Situation zu bringen, indem sie sich selbst die vermeintliche Illusion schaffen, dass sie in ihrer Situation hätten handeln können und nicht hilflos waren. Das Eingestehen der Hilflosigkeit soll so vermieden werden. Dies könnte jedoch ein negatives Selbstbild fördern und so den Leidensdruck verstärken (vgl. Maercker 2013, 37f).

Gesundheitsfördernde Faktoren und Ressourcen tragen zu einer Gesundung bei oder verhindern die Chronifizierung der Symptomatik. Deren Aktivierung soll eine bessere Integration der traumatischen Erlebnisse in die eigene Biografie ermöglichen. Auch hierbei hat die soziale Unterstützung einen relevanten Anteil (vgl. ebd. 39). Die Metaanalyse von Trickey et. al. zeigt, dass eine fehlende soziale Unterstützung, sozialer Rückzug und kritische Familienverhältnisse Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen darstellen (vgl. Trickey 2012, 134). Der Umgang der Gesellschaft und den nahen Bezugspersonen sind hierbei maßgeblich: Das Leiden wird erkannt und es wird in Kommunikation getreten oder

es wird sich von der Person beziehungsweise der Thematik abgewandt (vgl. Fischer & Riedesser 2020, 70). „Die zwischenmenschliche Einbettung (vs. Isolation) der Traumatisierten, ihre Möglichkeiten über das Erlebte zu kommunizieren (sog. »Disclosure«) sowie die von der Umgebung erfahrene Anerkennung als Traumaopfer sind demnach ganz zentral“ (Maercker 2013, 39). Hierbei ist zu beachten, dass durch die fehlende Narrative – begründet in der fragmentarischen Speicherung des Geschehens - eine Erzählbarkeit und Kommunikation erschwert werden. Die Auseinandersetzung mit der traumatischen Situation kann so verhindert und diese nicht integriert werden.

Posttraumatische Prozesse und Resultate bezeichnen Folgen der Traumatisierung und können als psychische Störungen oder Reaktionen bezeichnet werden. Diese haben ebenfalls psychosoziale Konsequenzen und beeinflussen auch Gesundheit und Krankheit (vgl. ebd. 40). In verschiedenen Untersuchungen wird gezeigt, dass psychische Traumatisierungen und Konfrontationen mit belastenden Erlebnissen sich stark auf das Wohl- und Gesundheitsbefinden auswirken. In den Adverse Childhood Experiences (im Folgenden ACE) Studien wurde durch die Auswertung von 8056 Befragten aufgewiesen, dass in 52,1 % der Fälle abweichende Kindheitserfahrungen benannt wurden. Darunter fielen unter anderem potenziell traumatische Erfahrungen wie physischer, psychischer oder sexueller Missbrauch, Drogenkonsum und psychische Krankheit im näheren Umfeld, das Erleben von Gewalt gegenüber der Mutter oder Kriminalitätsausübung innerhalb des nahen Umfeldes. Es wurde ebenso nach gesundheitlichen Risikofaktoren und -verhalten mit möglicher Todesfolge (bspw. Rauchen, Suizidversuche, depressive Stimmungen, Drogenkonsum, sexuell übertragbare Krankheiten etc.) gefragt. Auch das Vorliegen von einer potenziell tödlich verlaufenden Krankheitserfahrung wurde ermittelt. Darunter fielen unter anderem Herzinfarkte, Krebserkrankungen, chronische Bronchitis, Diabetes oder Hepatitis. In der Studie wurde ein klarer Zusammenhang zwischen abweichenden Kindheitserfahrungen und gesundheitlichen Folgen dargelegt. Es wurde eine Dosis-Wirkung-Beziehung deutlich: Wenn multiple abweichende Kindheitserfahrungen angegeben wurden, stiegen auch gesundheitliche Risikofaktoren und riskante Verhaltensweisen sowie das Vorliegen von Krankheiten (vgl. Felitti et al. 1998, 245-250). Somit kann geschlussfolgert

werden, dass belastende Kindheitserfahrungen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben.

Die posttraumatische Belastungsstörung

In diesem Abschnitt soll grob das klinische Bild der Posttraumatischen Belastungsstörung (im Folgenden PTBS) als eines der psychiatrischen Störungsbilder nach Traumatisierungen skizziert werden. Im diagnostischen und statistischen Leitfaden psychischer Störungen in der vierten Auflage (im Folgenden DSM-IV) werden unter dem Diagnosekriterium A Ereigniskriterien beschrieben. Diese zeichnen sich durch zwei Bedingungen aus: eine Person mit PTBS hat ein oder mehrere Erlebnisse erfahren oder bezeugt, welche als lebensbedrohlich oder als Bedrohung der physischen Integrität empfunden wurden. Zudem muss sich die Reaktion durch Angst, Hilflosigkeit und Schrecken ausgezeichnet haben. In den Diagnosekriterien B, C und D werden die Hauptsymptomgruppen erläutert: Das Wiedererleben (B) mit einem „subjektiv erlebten Überflutungszustand durch diese inneren Bilder“ (Maercker 2013, 17) der traumatischen Situation. Darunter fallen Flashbacks als Resultat der fragmentarischen Speicherung der Erinnerung als Reaktion auf belastende Auslöser. Bei der Vermeidung und dem Numbing (C) versuchen Betroffene sich Gedanken und Reizen zu entziehen, die mit der traumatischen Situation zusammenhängen. Hier kann ebenso die Dissoziation als Symptom genannt werden. Betroffene vermeiden Situationen mit an die traumatische Erfahrung erinnernden Reizen und es kommt zu einem Gefühl der Entfremdung und einem allgemeinen sozialen Rückzug. Dies wird als Numbing bezeichnet. Die Überregung und Hyperarousal (D) als Symptomkriterien beschreiben einen stärkeren Erregungszustand und eine erhöhte Wachsamkeit gegenüber der Umgebung. Dadurch entstehen eine Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit. Auch Schlafstörungen können hierbei auftreten. Das Diagnosekriterium E beschreibt, dass die Symptome aus B, C und D länger als einen Monat andauern. Die Symptomatik zeigt zudem eine bedeutende Belastung im sozialen sowie beruflichen Umfeld und anderen Funktionsbereichen. Dies wird unter dem Diagnosekriterium F beschrieben (vgl. ebd. 17-20).

Maercker et al. führten 2005 eine Studie in Deutschland durch, die das Vorkommen und die Verbindungen der PTBS aufweisen. Es wurden 2426 Personen im Alter von 14-93

Jahren kontaktiert und nach potenziellen traumatischen Ereignissen befragt. Dabei berichteten 28% der Frauen und 20,9% der Männer über mindestens ein traumatisches Ereignis. Auch Kriterien der PTBS wurden hierbei untersucht. 2,3% zeigten Symptome des Vollbilds einer PTBS und 2,7% einer partiellen PTBS (vgl. Maercker et al. 2008, 582f). Es ist deutlich zu erkennen, dass nur ein Teil der Befragten, die von traumatischen Erlebnissen berichten auch Symptome der PTBS zeigen. Auch die zuvor erwähnte Bremer Jugendstudie weist ähnliche Ergebnisse auf: Obwohl 22,5% der Befragten über traumatische Erlebnisse berichten, erfüllen nur 1,6% die Kriterien des DSM IV für die PTBS (vgl. Essau et al. 1999). Ein posttraumatisches Resultat, das die geringere Rate von PTBS neben der individuellen Verarbeitung erklärt, kann die posttraumatische Reifung sein. Betroffene berichten im Sinne der posttraumatischen Reifung, dass sie durch das Erlebnis einen persönlichen Reifungsprozess durchlaufen haben. Dabei haben die Sinnfindung, die Bewältigung, das Wachstum und die Weisheit, die durch das Erleben der Situation aktiviert wurden, eine motivierende und stärkende Funktion (vgl. Maercker 2013, 39f).

In der S3-Leitlinie für PTBS wird postuliert, dass Traumafolgestörungen vermutlich zu selten diagnostiziert und nicht erkannt werden. Es werden folgende Hindernisse der Diagnostik genannt (vgl. Knaevelsrud et al. 2019, 17):

- Insbesondere nach interpersonellen Traumaerfahrungen ist die zwischenmenschliche Vertrauensfähigkeit beeinflusst und reduziert.
- Symptome werden aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen nicht im Zusammenhang mit zurückliegenden Traumatisierungen benannt.
- Betroffene zeigen den Anspruch, die Erfahrung aus eigener Kraft zu bewältigen. Sich als hilfsbedürftig zu definieren, bereitet Schwierigkeiten.
- Durch den fehlenden Zugang zu Erinnerungen wird nur ein Teil der Symptomatik dargestellt.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Besonders wenn traumatische Erfahrungen eine längere Zeit zurückliegen und die Symptomatik nicht dem klassischen Bild der PTBS entspricht, kann es zu einer Fehldiagnose

kommen (vgl. Knaevelsrud et al. 2019, 17). Als besonderes Beispiel soll die komplexe PTBS oder auch Entwicklungstrauma-Störung näher betrachtet werden. Gerade im Bereich der Diagnostik von Kindern und Jugendlichen erweist sich die Diagnose der PTBS als nicht ausreichend. Viele der Betroffenen erfüllen nicht das Vollbild der Störung, leiden jedoch offensichtlich an einer ähnlichen und starken Symptomatik. Die Kritik an der Diagnose der PTBS ist zudem, dass diese die Belastung durch multiple Traumaerfahrungen in einem besonderen und kritischen Entwicklungszeitraum (Kindheit und Jugend) nicht erfasst. Zudem werden oftmals Formen der interpersonellen Traumaerfahrungen wie Misshandlung, Vernachlässigung oder unangemessenes sexuelles Verhalten nicht als eine dem Kriterium A im DSM IV entsprechende Situation gedeutet. Van der Kolk fordert, dass die Klassifizierung von traumatischen Erfahrungen breiter definiert werden und die Folgen von interpersonellen Belastungen besondere Beachtung erhalten sollten (vgl. van der Kolk 2009, 580).

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist als anerkanntes Störungsbild in die 11. Fassung des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 11) eingegangen. Sie umfasst Symptomatiken, die „durch besonders schwere, langandauernde und sich wiederholende traumatische Erlebnisse (sog. Typ-II Traumata) hervorgerufen“ (Maercker et al. 2019, 38) werden. Zusätzlich zu den klassischen Symptomen einer PTBS entsteht eine gestörte Affektregulation und fehlende Impulskontrolle sowie eine andauernde bedrückte und depressive Verstimmung. Hoffnungslosigkeit und Zweifel bestimmen die Gedanken von Betroffenen, sodass es zu einer chronischen Suizidalität und schwerem selbstverletzendem Verhalten kommen kann. Besonders bei Vorliegen von langjährigen Missbrauchserfahrungen zeigen Betroffene Konflikte in der Selbstwahrnehmung. Dies führt zur Entstehung einer gefühlten Hilflosigkeit und einem geschwächten Antrieb. Auch Scham, Schuld und Ekel vor dem eigenen Körper können eine Belastung darstellen. Dadurch zeigen Betroffene eine mangelnde Selbstfürsorge- und Pflege, sowie destruktive Verhaltensweisen. Besonders die Beziehungsgestaltung scheint häufig beeinträchtigt. Betroffene ziehen sich zunehmend zurück und zeigen deutliches Misstrauen gegenüber anderen Personen. Beziehungen können nicht stabil gestaltet werden und so kann es zu Beziehungsabbrüchen kommen (vgl. ebd.)

Zusammenfassung bisheriger Erkenntnisse

Traumatische Situationen werden individuell erlebt und können zum Entstehen von pathologischen Entwicklungen führen. Durch die lückenhafte Einordnung des Geschehens ins Gedächtnis und den somit fehlenden Narrativen, wird Betroffenen die Kommunikation zur Umwelt erschwert. Gerade diese Kommunikation und die Möglichkeit, als betroffene Person anerkannt zu werden, sind jedoch für die Integration des Erlebens in die Autobiografie essenziell. Betroffenen fällt es schwer den narrativen Prozess zuzulassen, da die Erinnerungen nicht als zusammenhängende Geschichte zu fassen sind. Meist liegt eine Ambivalenz vor: Betroffene haben einerseits das Bedürfnis, sprechen zu wollen, andererseits führen die blockierten Erinnerungen jedoch dazu, dass dies nicht realisierbar erscheint und die Personen sich zurückziehen (vgl. Neuner et al. 2013, 328). Verschiedene Faktoren tragen zu einem Krankheitsgeschehen bei und wirken aufrechterhaltend. Maercker et al. fanden heraus, dass Vergewaltigungen, Kindesmissbrauch und lebensbedrohliche Erkrankungen als traumatische Situationen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PTBS gelten (vgl. Maercker et al. 2008, 584). Es scheint ein breites Band an Erfahrungen und Bedingungen für das Entstehen der Krankheitsbilder zu geben. Dabei bedarf es einer stets individuellen Betrachtung der Schutz- und Risikofaktoren. Auch die Einführung der komplexen PTBS als anerkanntes Störungsbild nach Konfrontation mit Typ-II-Trauma unterstreicht die Relevanz der Thematik und deren schwerwiegende Folgen. Dies stützt die Vermutung, dass interpersonelle Typ-II-Traumatisierungen einen größeren Einfluss auf die Entstehung einer Krankheit haben. Gerade die Komponente der Zwischenmenschlichkeit erscheint wichtig. In der erwähnten Studie von Maercker et al. werden die Folgen sexueller Gewalt als besonders pathogen benannt (vgl. ebd., 586).

1.2 Sexuelle Gewalt und Missbrauch

1.2.1 Sexueller Missbrauch – Definition und Prävalenz

Sexuelle Gewalt und Missbrauch wird durch den unabhängigen Beauftragten für die Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (im Folgenden: UBSKM) wie folgt definiert:

„Sexuelle Gewalt ist jede sexuelle Handlung, die an Kindern und Jugendlichen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Bei unter 14-Jährigen ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie sexuellen Handlungen nicht zustimmen können – sie sind immer als sexuelle Gewalt zu werten, selbst wenn ein Kind damit einverstanden wäre.“ (UBSKM 2020, 1)

Sexuelle Missbrauchshandlungen haben dabei verschiedene Erscheinungsformen und können in „hands-on“ und „hands-off“ Taten unterschieden werden. Wird aktiv am Körper des Kindes gehandelt – beispielsweise durch Küsse, Manipulation der Genitalien oder jede Art der Penetration – spricht man von hands-on Taten. Dahingegen zeichnen sich hands-off Taten dadurch aus, dass der Körper des Kindes nicht berührt wird, wie beispielsweise bei exhibitionistischen Handlungen oder der Masturbation vor Kindern. Das Zeigen von pornographischen Inhalten und die Aufforderung an das Kind sich selbst zu berühren, zählt ebenso zu den hands-off Taten. Die Bestimmung der Altersgrenze gestaltet sich oftmals schwierig (vgl. ebd.). Es werden neben der Altersgrenze der 14 Jahre auch die der 16 Jahre und die der 18 Jahre unterschiedlich anerkannt. Zudem ist die klare Definition von Missbrauchstaten erschwert, da besonders hands-off Taten nicht in gleicher Form wie hands-on Taten in Studien und Forschungen einfließen (vgl. Bange 2004, 31).

Die polizeiliche Kriminalstatistik (im Folgenden: PKS) erfasst das Hellfeld der begangenen Straftaten in Deutschland. Das Hellfeld zeichnet nur die Straftaten ab, die der Polizei bekannt geworden sind. Im Jahr 2019 verzeichnete die PKS weit mehr als 13.000 Fälle des sexuellen Kindesmissbrauchs (gem. §§ 176 sexueller Missbrauch von Kindern, 176a schwerer sexueller Missbrauch von Kindern, 176b sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge StGB) (vgl. UBSKM 2020, 1f). Bei etwa 10.650.000 Kindern bis 14 Jahren in Deutschland im Jahr 2019 (vgl. Statistisches Bundesamt 2021) würde dies bedeuten, dass etwa 0,12% der Kinder betroffen waren. Bei etwa 75% der Anzeigen sind die Opfer des weiblichen Geschlechts zugehörig, während die Handlungen in etwa 80-90% der Fälle von Männern und männlichen Jugendlichen begangen werden (vgl. UBSKM 2020, 2).

Dunkelfeldforschungen weisen darauf hin, dass eine weitaus höhere Anzahl an Kindern mit Erfahrungen des sexuellen Missbrauchs zu vermuten ist. So wird in früheren Studien aufgeführt, dass 4%- 8,2% der befragten Männer und 16,1% - 29% der befragten Frauen angaben, sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt zu haben (vgl. Bange 2004, 35). Eine im Jahr 2011 veröffentlichte Befragung in Deutschland beschreibt, dass 12,6% der Befragten über sexuellen Missbrauch berichten (vgl. Häuser et al. 2011, 289). Die Autoren verweisen zudem auf eine amerikanische Studie von Wetzels. Diese kommt zu dem Schluss, dass Betroffene von sexuellem Missbrauch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, auch andere Formen der körperlichen Misshandlung erlebt zu haben (vgl. ebd. 290). In den bisher betrachteten Studien wird deutlich, dass Frauen und Mädchen eher von sexuellem Missbrauch betroffen sind.

Die geringe Rate der PKS wird in der Literatur durch verschiedene Faktoren erklärt und untersucht. So haben Stiller und Hellmann in ihrer Studie über Folgen der Offenlegung von sexuellem Kindesmissbrauch angegeben, dass nur ein geringer Teil der Betroffenen bei der Polizei Anzeige erstattet (vgl. Stiller und Hellmann 2017, 251). Im Rahmen der durch das kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen durchgeführten Studie wurden 394 Teilnehmende mit Erfahrung des sexuellen Kindesmissbrauchs befragt. Rund ein Viertel der Betroffenen gab an, nicht über das Erlebte gesprochen zu haben (vgl. ebd. 256). Nur 33,3% der Befragten berichteten, dass ihnen nach dem Erzählen geglaubt wurde. 12,3% berichteten, dass ihnen nicht geglaubt wurde (vgl. ebd. 258). Es kann vermutet werden, dass die restlichen Betroffenen sich nicht sicher waren, ob ihnen geglaubt wurde oder nicht. Noch deutlicher wird ein vermutlicher Ursprung des großen Dunkelfelds bei der Betrachtung derjenigen, die sich an die Polizei gewandt haben: In lediglich 14% der Fälle wurde der Kontakt zur Polizei aufgenommen (vgl. ebd. 257)

Das Ausmaß von sexuellem Kindesmissbrauch scheint weitaus größer als es in der PKS dokumentiert wird. Besonders durch die fehlenden Meldungen von Straftaten entsteht eine hohe Dunkelziffer. Auch im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe ist das Thema relevant. In den Studien zu Traumatisierungen von Betroffenen in Einrichtungen der Kinder-

und Jugendhilfe (s. Kapitel 1.1) wurden Angaben zu sexuellem Kindesmissbrauch gemacht. In der Studie von Jaritz et al. geben 15% der Befragten an, sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebt zu haben. Jedoch muss hierbei beachtet werden, dass Mädchen in der Stichprobe deutlich unterrepräsentiert waren (vgl. Jaritz et al. 2008, 271). In der schweizerischen Studie von Fischer et al. gaben 17,6% sexuellen Kindesmissbrauch an (vgl. Fischer et al. 2016, 206).

Ursachen von Kindesmisshandlungen können in einem multifaktoriellen Modell betrachtet werden (vgl. Deegener 2008, 388). In einer amerikanischen Studie von Pérez-Fuentes et al. wurden als Risikofaktoren für das Entstehen von Missbrauch am häufigsten eine Drogenabhängigkeit eines Elternteils, häusliche Gewalt und das Aufwachsen mit nur einem Elternteil genannt. Zudem wurde ein geringer familiärer Rückhalt bei Betroffenen nachgewiesen (vgl. Pérez-Fuentes et al. 2013, 19). Wie zuvor erwähnt, gehört die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht ebenso zu den Risikofaktoren die die Wahrscheinlichkeit Opfer von sexuellem Missbrauch zu werden, bedingen.

1.2.2 Zum Einfluss sexueller Gewalt auf die Bindung und Entwicklung

1.2.2.1 Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden

Die Literatur beschreibt, dass frühe interpersonelle Traumaerfahrungen sich besonders auf die Entwicklung von psychischen Krankheiten auswirken. Der Einfluss ist dabei besonders hoch, wenn die Entstehung der traumatischen Situation von einer nahen Bezugsperson ausgeht (vgl. Schäfer 2006a, 12f). Sexueller Missbrauch gilt als die schwerwiegendste Form von abweichenden Kindheitserfahrungen und kann massive Folgen haben. Dabei treten verschiedene Symptomatiken und Verhaltensweisen auf, die das psychische Leid kennzeichnen. In dem vorangegangenen Kapitel wurde die komplexe posttraumatische Belastungsstörung als eine mögliche Diagnose nach mehrfachen interpersonellen Traumata – wie die des sexuellen Kindesmissbrauchs – vorgestellt. Es wird in der Literatur zudem darauf hingewiesen, dass bei besonders schwer traumatisierten Kindern die Diagnosekriterien oft nicht in Reinform ergründet werden können. Es treten eine Vielzahl von psychopathologischen Symptomen auf (vgl. Schmid et al. 2010b, 48).

So weisen Betroffene innerlichen Rückzug, Angstzustände, Aufmerksamkeitsprobleme wie auch Delinquenz und Drogenmissbrauch im Jugendalter auf (vgl. Staehler 2020, 93). Verschiedene Forschungen und Studien widmen sich der Untersuchung von Zusammenhängen psychischer Störungen und sexuellem Kindesmissbrauch. Eine im Jahr 2015 veröffentlichte Metaanalyse beschreibt deutliche Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder Adoleszenz und mit der Entwicklung von Angststörungen und Depressionen. Besonders stark war dieser Zusammenhang bei Vorliegen starker sexueller Gewalt mit Penetration (hands-on Tat) (vgl. Amado et al. 2015, 53). Auch in einer amerikanischen Studie wurden Verbindungen zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und der Entwicklung psychiatrischer Krankheiten deutlich: Betroffene von sexuellem Kindesmissbrauch haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, an psychiatrischen Störungsbildern zu erkranken, als Menschen ohne diese Erfahrung. Nikotinabhängigkeit, Major Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen und spezifische Phobien wurden am häufigsten nachgewiesen. Ebenso weisen Menschen mit Missbrauchserfahrungen in der Studie eine höhere Suizidversuchsrate auf (vgl. Pérez-Fuentes et al. 2013, 19). Immer wieder wird in Studien und weiterführender Literatur auf den starken Zusammenhang zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und einem späteren Substanzkonsum hingewiesen (vgl. Hailes et al. 2019, 836; vgl. Briere und Runtz 1987, 370). Besonders deutlich ist dieser Zusammenhang bei Frauen (vgl. Fegert und Spröber 2012, 588).

Bemerkenswert ist, dass eine Vielzahl von Kindern nach der Tat asymptomatisch wirken. Dies hat verschiedene Gründe. Zum einen hängt die Entwicklung mit Ausmaß und Schwere des Missbrauchs zusammen. „Als Regel kann gelten: Je früher der Missbrauch stattfand, je schwerer er war und je geringer die protektiven bzw. korrektiven Faktoren, desto gravierender und pervasiver ist die spätere Symptomatik“ (Fischer und Riedesser 2020, 347). Zudem wird davon ausgegangen, dass sogenannte „schlafende Effekte“ auf die Betroffenen wirken und Symptomatiken erst viel später auftreten. Dies kann durch Verdrängungsprozesse und mangelnden Bewertungsmöglichkeiten des sexuellen Missbrauchs aufgrund fehlender gedanklicher und moralischer Entwicklung unterstützt werden (vgl. Deegener 2008, 391f).

„Erst wenn die Kinder die Tragweite des Geschehenen allmählich verstehen, reagieren sie teilweise mit weitergehenden Symptomen. Insofern werden klassische Schwelensituationen und Entwicklungsaufgaben zu neuen Belastungsrisiken.“ (Fegert und Spröber 2012, 586)

Es kann die Hypothese aufgestellt werden, dass das Ausmaß und die Folgen sexueller Gewalt im Kindesalter sich erst nach einiger Zeit herausbilden und gerade in besonders vulnerablen Phasen der Entwicklung – wie der Adoleszenz – deutlich werden. Im Folgenden soll betrachtet werden, wie sexueller Missbrauch auf die Entwicklung von Individuen wirkt. Als ein wichtiger und protektiver Faktor bei der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten wird oftmals eine sichere Bindung zu nahen Bezugspersonen angegeben (vgl. Egle und Hardt 2005, 41). Unter Betrachtung der Bindungstheorie soll erklärt werden, welche Bedeutung sexueller Missbrauch für die weitere Entwicklung des Menschen hat.

1.2.2.2 Die Bedeutung der Bindung für die Entwicklung

Bindungstheoretische Annahmen postulieren, dass sich wesentliche soziale und emotionale Kompetenzen – wie die Regulation von Gefühlen und der Umgang mit Stress – im Rahmen von Bindungsbeziehungen entwickeln (vgl. Ziegenhain 2013, 30). Die Bindungsforschung ist untrennbar mit John Bowlby verbunden, welcher sich bis zu seinem Tod im Jahr 1990 mit jener Theorie auseinandersetzte (vgl. Schleiffer 2014, 29). Im Jahr 1958 fasste Bowlby die Grundthesen der Bindungstheorie zusammen. Die erste Annahme beschreibt, dass die Bindung ein wesentliches Merkmal der Eltern-Kind-Beziehung sei. Zweitens ist die Bindung von einer Abhängigkeit zu unterscheiden. Die biologische Fundierung macht die dritte Annahme aus. Als vierte Annahme benennt Bowlby, dass die Erfahrungen mit Bindungspersonen in der Kindheit psychische Repräsentationen des späteren Lebens beeinflussen. Dabei stehen bestimmte Repräsentationen in Zusammenhang mit psychopathologischen Auffälligkeiten, wie es Bowlby in seiner fünften Grundannahme beschreibt. Die Bindung wird als eine langanhaltende und gefühlsbetonte Beziehung zu Bindungspersonen definiert. Individuen erwarten von diesen Bindungspersonen Schutz und Unterstützung (vgl. ebd.).

Im Normalfall gelten die Eltern, welche die primären Bindungspersonen von Kindern darstellen, als verlässliche Basis. Von hier aus können Kinder „auf Entdeckung“ gehen. Sie

erlernen die Gewissheit, immer wieder zu den Eltern zurückkehren zu können und Sicherheit sowie Trost zu erhalten. Die Eltern bilden darüber hinaus eine sichere Basis, wenn sie die Bedürfnisse der Kinder wahrnehmen und darauf reagieren (vgl. Bowlby 2010, 9f). Das Bindungsverhalten definiert Bowlby als die Handlungsweisen, welche die Herstellung von Nähe zu einem Menschen in Momenten der Angst, Müdigkeit, Erkrankung sowie den Wunsch nach Zuwendung fokussieren. Wenn Kinder erfahren, dass sie sich auf eine Person in dieser Hinsicht verlassen können, tritt das Gefühl der Geborgenheit auf. „Die Gewissheit, in kritischen Situationen einen vertrauten Menschen um Hilfe bitten zu können, stellt zweifellos eine beruhigende Rückversicherung dar“ (ebd., 21). Dieses Verhalten wird als inneres Arbeitsmodell internalisiert (vgl. ebd., 105). Dabei werden die Informationen in der Situation im Hirn verarbeitet und als mentale Repräsentanzen und Muster verfestigt. Diese verinnerlichten Verhaltensmuster, welche aufgrund der Erfahrung mit den Bindungspersonen verstärkt werden, gelten in der Bindungstheorie als innere Arbeitsmodelle. Es werden Erwartungsstrukturen innerhalb dieser Modelle entwickelt und das Individuum kann annehmen, dass Bezugspersonen auf ein Bindungsverhalten reagieren. Mary Ainsworth stütze diese Theorie der inneren Arbeitsmodelle mit verschiedenen Studien. Aufgrund ihrer Beobachtungen konnten verschiedene Typen von Bindungsmustern bei Kindern erkannt und kategorisiert werden (vgl. Schleiffer 2014, 42). Das Bedürfnis nach Bindungssicherheit ist altersübergreifend und jeder Mensch hat das Potenzial, eine Bindungsperson eines Individuums zu werden (vgl. Brisch 2005, 139).

Individuen mit sicheren Bindungen haben im Verlauf ihrer Entwicklung die Erfahrung gemacht, dass man in schwierigen und bedrohlichen Situationen nach Sicherheit fragen und diese erhalten kann. Durch innere Arbeitsmodelle werden diese Erfahrungen verarbeitet und können in anderen Situationen angewandt werden. Zudem kann eine sichere Bindung als Schutzfaktor gelten. Die Individuen werden widerstandsfähiger bei psychischen Belastungen und die Empathie wird gefördert (vgl. ebd. 147).

1.2.2.3 Sexuelle Gewalt als traumatisierende Bindungserfahrungen

Im folgenden Teil der Arbeit soll am Beispiel des sexuellen Kindesmissbrauchs darauf eingegangen werden, wie interpersonelle Traumata auf die Bindung wirken. Darüber hinaus soll ein Erklärungsansatz für schwere psychische Folgen erörtert werden. Besonders für Kinder sind positive Bindungserfahrungen, also angemessene Reaktionen der Bindungspersonen auf Bedürfnisse, lebensnotwendig (vgl. Ruppert 2005, 138). In kritischen Situationen, in denen Kinder keine Sicherheit erfahren oder die Gefahr sogar von der eigentlich schutzgebenden Person ausgeht, entstehen Bindungstraumatisierungen. Sexueller Missbrauch gilt als klassische Situation einer Bindungstraumatisierung (vgl. ebd., 139).

Enge Bindungspersonen werden bei innerfamiliärem sexuellem Missbrauch zur Ursache der Gewalt und das Kind gerät in eine „Double-Bind-Situation“ (Fischer und Riedesser 2020, 349). Das eigentliche Bindungsverhalten – bei der nahen Bezugsperson in einem Moment des enormen Stresses nach Sicherheit und Trost zu suchen – kann in dieser Situation nicht angewandt werden. Die Bezugsperson verkörpert einerseits die Figur der Überlebenssicherung – durch beispielsweise biologische Abhängigkeit und die Versorgung des Kindes – und andererseits die Figur der starken und verletzenden Gewalt. Bindungsverhalten kann nicht adäquat ausgeführt werden und das Gefühl der Unsicherheit bei Bindungspersonen wird internalisiert. Kinder können nicht zwischen „sicheren“ und „unsicheren“ Orten unterscheiden (ebd. 349). Es wird ein starker Stress durchlebt, welcher in der Situation nicht wie erwartet gelöst werden kann. Vor den innerfamiliären Täter*innen zu fliehen oder dagegen anzukämpfen, ist für Kinder kaum möglich, da sie abhängig von ihnen sind (vgl. Brisch 2009, 150). Eine solche Erfahrung wird als „permanente unbewusste Erinnerung an die Unsicherheit von Fürsorge und Geborgenheit“ (Fischer und Möller 2020, 33) verarbeitet und in einem Gedächtnissystem verankert. Durch immer wieder stattfindende traumatische Erfahrungen werden Stresshormone verstärkt ausgeschüttet und beeinflussen die Entwicklung. Die emotionale Bewertung von Erfahrungen sind zunehmend negativ verstärkt. Besonders im zwischenmenschlichen Bereich werden Verhaltensauffälligkeiten von Betroffenen ersichtlich (vgl. Ziegenhain 2013, 30). Durch

mehrfach erlebte sexuelle Gewalt haben Kinder und Jugendliche das Gefühl des Kontrollverlustes (vgl. Schmid 2013, 43). Verhaltensweisen der Bindung, die eigentlich zu Schutz führen sollten, können nicht angewandt werden oder führen zurück zu der gewaltausführenden Person. Der Verlust der Selbstwirksamkeit in der zwischenmenschlichen Interaktion hat Einfluss auf späteres Verhalten. Durch die starke Auseinandersetzung mit diesem Dilemma und mit dem Überleben haben Betroffene kaum innerpsychische Kapazität, um sich mit weiterführenden persönlichen Lebenszielen zu befassen. Betroffene weisen zudem auch eine beeinträchtigte Emotionsreglung auf. Häufige Eskalationen können dabei das Resultat sein. Durch ihre Erfahrungen haben Betroffene Schwierigkeiten, ihre Gefühle und Emotionen in bestimmten Situationen einzuordnen. Diese Gefühle werden erst wahrgenommen, wenn auf keine anderen Bewältigungsmöglichkeiten als die der Eskalation zurückgegriffen werden kann. Dies kann in verschiedenen Verhaltensweisen deutlich werden, wie beispielsweise der Selbstverletzung oder einem früh beginnenden Drogenkonsum (vgl. ebd. 44f).

Auswirkungen auf die pädagogische Praxis und die Gesellschaft

Die Konfrontation mit solchen Verhaltensweisen und Folgestörungen von belastenden Kindheitserlebnissen hat in der stationären Kinder- und Jugendhilfe hohe Relevanz (vgl. ebd. 36). Dabei stellt die hohe Anzahl von vergangenen und kommenden Beziehungsabbrüchen für Kinder und Jugendliche in stationären Hilfemaßnahmen ein Konfliktfeld dar. Studien weisen darauf hin, dass Kinder- und Jugendliche mehrere Fremdplatzierungen – Unterbringungen in anderen Hilfemaßnahmen, die dann abgebrochen werden und nach einer neuen Unterbringung gesucht wird – durchlaufen. Dabei wird regelmäßig der Verlust neuer Beziehungspersonen erlebt. Dies belastet die ohnehin schon geschädigte Bindungsfähigkeit der Betroffenen zusätzlich (vgl. ebd. 39). Hinzu kommen Scham- und Schuldgefühle, die die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bedingen. Dies kann Auswirkungen darauf haben, wie Betroffene mit ihrem Leid umgehen und ob sie sich anderen Menschen gegenüber öffnen. Allgemein ist sexueller Missbrauch auch in der Gesellschaft ein tabuisiertes Thema, was den Betroffenen das Mitteilen darüber weiter erschweren könnte. So machen Betroffene teilweise die Erfahrung, dass die Gesellschaft stark zu Verleugnung und Verharmlosung neigt. Auch die mediale Berichterstattung, die häufig zu

pauschalen Verurteilungen greift oder die Glaubwürdigkeit Betroffener anzweifelt, verstärkt den Leidensdruck (vgl. Ruppert 2005, 147). Dies scheint vor dem Hintergrund der fragmentarischen Speicherung traumatischer Erlebnisse (s. Kapitel 1.1) ein zusätzlicher Faktor zu sein, der die Verarbeitung erschwert.

2. Sucht und Abhängigkeit im Jugendalter

Studienergebnisse weisen darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen Suchtstörungen und Substanzmissbrauch und dem Erleben von psychischer Traumatisierung zu geben scheint. Im folgenden Kapitel wird zunächst die Sucht als Krankheit beschrieben und die dazugehörigen Diagnosen und Prävalenzen näher betrachtet. Anschließend werden die psychosozialen Folgen von Sucht skizziert und die Wirkung auf das Individuum dargestellt. Im letzten Teil dieses Kapitels wird sich der Suchtentstehung gewidmet und dabei ein multifaktorielles Modell herangezogen. Es wird ein Fokus auf die Entstehung im Jugendalter gesetzt. Die Begriffe „Sucht“, „Abhängigkeit“ und „Substanzgebrauchsstörung“ werden dabei synonym verwendet.

2.1 Die Sucht als Krankheit

Das Wort „Sucht“ hat seinen Ursprung in dem Begriff „siechen“. Dieses beschreibt das Leiden an einer Krankheit. Als solche wurde Sucht im Jahr 1968 durch das Bundessozialgericht anerkannt, wodurch Betroffene Anspruch an sozialleistungsrechtlichen Maßnahmen erhalten (vgl. Laging 2018, 13). Diese Arbeit fokussiert sich auf substanzgebundene (bzw. stoffgebundene) Süchte, welche den Konsum psychoaktiver Stoffe umfassen. Substanzungebundene Abhängigkeiten - welche mit bestimmten Verhaltensweisen verbunden sind – werden nicht näher betrachtet. Dennoch sei angemerkt, dass Expert*innen darauf hinweisen, dass stoffungebundene Süchte durchaus mit substanzgebundenen Süchten verglichen werden können und die hinter der Sucht stehende Psycho-Dynamik einen wichtigen Teil zum Verständnis beiträgt (vgl. ebd. 15).

Die psychischen Wirkungen von Drogen sind vielfältig und können sich bei einem gleichzeitigen Konsum überschneiden und zusammenwirken. Durch die Wahl der Substanz können Rückschlüsse auf die psychische Verfassung gezogen werden. Diese haben jedoch auch ihre Grenzen. Jugendliche konsumieren, unter anderem aufgrund des typischen Probierverhaltens, meist mehrere Substanzen (vgl. Schepker et al. 2009, 232). Dieses Verhalten wird als Polytoxikomanie bezeichnet (vgl. Moggi und Dunati 2004, 5). Psychoaktive Substanzen können in drei Wirkungsgruppen eingeteilt werden (vgl. Laging 2018, 36):

Wirkungsspektrum	Beispielhafte Substanzen
erlebnis- und wahrnehmungsverändernd	Halluzinogene wie LSD, Meskalin, Engeltrompete, Cannabis
psychostimulierend und antreibend	Kokain, Ecstasy, Amphetamine wie Crystal Meth
zentral dämpfend und euphorisierend	Alkohol, Opioide wie Heroin

Das Kapitel „Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen“ des DSM-IV fasst die Diagnosekriterien zu substanzgebundenem Suchtverhalten in zwei Teilen zusammen. Der Substanzmissbrauch und die Substanzabhängigkeit werden im ersten Teil – „Störungen durch Substanzkonsum“ – dargestellt. Ein Substanzmissbrauch liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist (vgl. Moggi und Dunati 2004, 5):

- Betroffene kommen Verpflichtungen und sozialen Rollen nicht nach. Aufgaben werden nur bedingt oder gar nicht ausgeführt.
- Missbräuchlicher Gebrauch liegt dann vor, wenn der Konsum trotz möglicher körperlicher Gefährdung ausgeführt wird. Beispielsweise der Alkoholkonsum, wenn man noch mit dem Auto fahren muss.
- Probleme und Konflikte mit dem Strafrecht treten auf.
- Der Konsum wird trotz dadurch verursachter sozialer Probleme fortgesetzt.

Eine Substanzabhängigkeit liegt dagegen vor, wenn sich drei der folgenden Kriterien im selben 12-Monats Zeitraum manifestiert haben (vgl. ebd. 6):

- Die Toleranz gegenüber dem Stoff steigert sich zunehmend. Betroffene brauchen jedes Mal mehr Substanz, um die gewünschte Wirkung zu erreichen.
- Wenn nicht konsumiert wurde, treten körperliche Entzugserscheinungen auf.
- Betroffene erleiden einen Kontrollverlust.
- Abstinenzversuche – das Aussetzen des Konsums – bleiben erfolglos.
- Es wird ein hoher Zeitaufwand für die Beschaffung der Substanzen aufgebraucht.

- Soziale, berufliche und private Interaktionen und Aktivitäten werden wegen des Konsums reduziert oder abgesagt.
- Obwohl psychische und physische Probleme nach dem Konsum auftreten, wird dieser nicht abgesetzt.

Bei Substanzabhängigkeit ist meist eine intensive Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit in Form von ambulanter oder stationärer Therapie erforderlich (vgl. ebd.). Kinder und Jugendliche weisen oftmals bei riskantem Konsumverhalten nicht alle Kriterien auf. Dies ist mit dem Entwicklungsstand zu erklären. Durch die jugendtypische Polytoxikomanie treten seltenerer Kriterien der Toleranzentwicklung gegenüber einem Stoff und eine Entzugssymptomatik auf (vgl. Schepker et al. 2009, 231f).

Eine Komorbiditätsrate von Sucht mit anderen psychischen Störungen wird bei Jugendlichen mit 60% angegeben. Schepker et al. fassen die von Stolle et al. als Begleiterkrankungen von Sucht genannten Krankheiten zusammen. Darunter fallen unter anderem Störungen des Sozialverhaltens, depressive Störungen, soziale Phobien, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und schizophrene Psychosen (vgl. ebd. 233). Auffallend ist, dass Suchtstörungen genau wie posttraumatische Belastungsstörungen und psychische Auffälligkeiten nach sexuellem Missbrauch häufig mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern korrelieren.

Arnaud und Thomasius beschreiben mit Rückgriff auf den aktuellen Forschungsstand das Vorkommen von Substanzgebrauchsstörungen in Deutschland. Für das Jahr 2012 gibt das epidemiologische Suchtsurvey Prävalenzen von Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsdiagnosen für die Allgemeinbevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren an. Die Diagnosen richten sich dabei nach den DSM-IV Kriterien. Die erste Prozentzahl gibt die Prävalenz für eine Diagnose des Substanzmissbrauchs an, während die Prozentzahl innerhalb der Klammer die Prävalenz für Substanzabhängigkeit anzeigt. Die Prävalenzen von diagnostizierten Störungen im Zusammenhang mit Alkohol liegen bei 3,1% (3,4%). Bei illegalen Drogen – Cannabis, Amphetamine und Kokain – liegen die Prävalenzraten bei 0,7% (0,8%). Aktuelle Daten für die Häufigkeiten bei Kindern und Jugendlichen liegen derzeit

nicht vor. Eine ältere Studie von Perkonig et al aus dem Jahr 1997 gibt die Prävalenzraten für 14- bis 24-Jährige aus Süddeutschland an. Störungen in Zusammenhang mit Alkohol erreichten 10% (5%) während die Prävalenzen für Störungen im Zusammenhang zu illegalen Drogen – Cannabis, Ecstasy/Amphetamine, Kokain – bei 4,4% (1,9%) lagen (vgl. Arnaud und Thomasius 2019, 35). Es zeigen sich zudem geschlechtsspezifische Unterschiede. Dabei fallen die Prävalenzen für männliche Jugendliche insgesamt höher aus als bei den weiblichen Jugendlichen. (vgl. ebd. 29).

Aus den Zahlen wird ebenfalls ersichtlich, dass Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen verstärkt im Jugendalter gestellt werden. Die Prävalenzen sind höher als die der erwachsenen Gruppe. Die Autoren verweisen zudem auf eine Studie von Stolle et al., die angibt, dass Substanzgebrauchsstörungen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter gehören. Obwohl sich in Studien, welche die Gesamtbevölkerung repräsentativ darstellen, kein steigender Trend des allgemeinen Konsums erkennen lässt, ist Plener et al. zu Folge seit 2002 ein Anstieg der Diagnosehäufigkeit von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen festzustellen (vgl. ebd. 36f). Vor diesem Hintergrund erscheint es als wichtig, Substanzgebrauch im Jugendalter besonders zu beobachten.

2.2 Auswirkungen von Substanzgebrauchsstörungen

Die Autoren einer amerikanischen Studie zu Risikofaktoren für Drogenkonsum fassen die möglichen Folgen und Auswirkungen eines Substanzgebrauchs zusammen. Allgemein betrachtet ist Drogenkonsum mitunter ein gesellschaftliches Problem und mit 0,2% der Todesursachen weltweit verbreitet. Ferner geht Substanzmissbrauch mit riskanten Sexualverhalten, Arbeitslosigkeit und Gewalt einher. Zudem weisen Betroffene hohe Raten an psychischen Krankheiten und suizidalem Verhalten auf (vgl. Harrington et al. 2011, 687). Durch die hohen Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Krankheiten kann vermutet werden, dass diese ebenso maßgeblichen Einfluss auf die Lebensgestaltung Betroffener haben.

Eine Substanzgebrauchsstörung hat wechselseitigen Einfluss auf die sozial-ökonomische Lage der Betroffenen. So sind Zusammenhänge zwischen Bildung, Armut und Arbeitslosigkeit und Sucht erkennbar. Das Bildungsniveau habe demnach Einfluss auf das Gesundheitsbewusstsein und dem Nutzen des Hilfesystems. Armut kann durch einen Konsum ausgelöst werden, da Betroffene durch ihren Konsum arbeitslos werden könnten und die Sucht finanzielle Konflikte begünstigt. Ferner kann auch der Beruf durch die Stigmatisierung von Suchtkranken maßgeblich beeinflusst werden, wodurch Kündigungen drohen, oder keine neuen Stellen gefunden werden können (vgl. Laging 2018, 70f).

Die gesellschaftliche Perspektive auf Sucht ist durch starke Diskriminierung und Stigmatisierung beeinflusst. Laging verweist auf die 2005 veröffentlichte Übersichtsarbeit von Room. In dieser wird herausgestellt, dass Betroffene von Substanzabhängigkeit die stärkste soziale Missbilligung und Stigmatisierung im privaten und öffentlichen Leben erfahren. Ihnen werden eine Gewaltbereitschaft und eine Vermeidung von Verantwortung zugeschrieben (vgl. ebd. 17). Zudem sind gesundheitliche Belastungen eine mögliche Folge von Substanzmittelgebrauch. So weisen Konsumierende unter anderem Symptome wie Erkältungskrankheiten, Herz-Kreislauf-Probleme- Lungenkrankheiten, Abszesse, HIV und Hepatitisinfektionen auf (vgl. ebd. 79). Das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, ist bei Konsumierenden erhöht. Darüber gibt es Arbeitsbereiche, die typisch für die Beschäftigung Betroffener sind: Das Gaststättengewerbe oder der Sexarbeit. Gerade in diesen Bereichen ist auch das Risiko, mit Gewalt konfrontiert zu werden, verstärkt (vgl. Vogt 2016, 105f) und kann mit der Erkrankung an Virusinfektionen einhergehen.

2.3 Zur Entstehung eines Suchtverhaltens in der Adoleszenz

Auch bei der Entstehung von Substanzgebrauchsstörungen wird von multifaktoriellen Ursachen ausgegangen. Dabei wirken verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren zusammen und haben Einfluss auf die Erkrankung. Biologische Vulnerabilitätsfaktoren – die eine Krankheitsentstehung begünstigen – wirken wechselseitig mit Risikofaktoren der Umgebung zusammen. Diese Faktoren haben biologische, psychologische und soziale Komponenten. Darüber hinaus wird bei der Suchtentstehung die substanzspezifische Wirkung betrachtet. Diese kann auch eine individuelle Ebene haben, wenn Betroffene von der

Droge eine bestimmte Wirkung erwarten (vgl. Arnaud und Thomasius 2019, 64f). Eine Substanzgebrauchsstörung kann „das Resultat völlig unterschiedlicher Risikokonstellationen und Entwicklungsverläufe sein“ (ebd. 66).

Bei Substanzgebrauchsstörungen wird davon ausgegangen, dass diese sich besonders in dem Lebensabschnitt der Adoleszenz manifestieren und Einfluss auf das spätere Leben haben (vgl. Schepker et al. 2012, 415). Im Folgenden soll skizziert werden, wie eine Suchtentwicklung in der Adoleszenz multifaktoriell begünstigt wird.

Die Jugendphase ist geprägt von der Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben und Prozesse. Entwicklungsaufgaben fordern eine „intensive Auseinandersetzung mit den angeborenen körperlichen und psychischen Merkmalen auf der einen und den Anforderungen der sozialen und physischen Umwelt auf der anderen Seite“ (Hurrelmann 2016, 24). Es werden für das Jugendalter typische physische, psychische sowie gesellschaftliche Erwartungen genannt. Die Entwicklungsaufgaben haben Bezug auf Normen und Rollenvorschriften und werden durch die verschiedenen Sozialisationsinstanzen – wie Familie, Peergroup, Schule – vermittelt (vgl. ebd.).

Es stellt sich die Frage, wie Jugendliche Entwicklungsaufgaben begegnen und diese bearbeitet werden. Dies soll im Kontext des Modells der produktiven Realitätsverarbeitung näher erklärt werden. Menschen stehen stets im Spannungsfeld einer äußeren Realität – also äußeren Einflüssen und Anforderungen der Umgebung – und einer inneren Realität – den angeborenen physischen und psychischen Merkmalen. Diese Realitäten werden in Zusammenhang gebracht und innerlich verarbeitet. Die Realitätsverarbeitung ist ein andauernder Prozess und trägt dazu bei, Entwicklungsaufgaben durch personale und soziale Ressourcen zu lösen und eine Persönlichkeit zu entwickeln. Können Entwicklungsaufgaben nicht adäquat durch die produktive Realitätsverarbeitung gelöst werden, kann dies Einfluss auf die Bildung der Persönlichkeit haben (vgl. ebd., 94-97).

Drogenkonsum kann als Verhaltensweise eingeordnet werden, die bei der Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben helfen kann und eigene Motive beinhaltet. Langing fasst zusammen, welche Motive hinter Drogenkonsum in der Adoleszenz liegen können.

Drogenkonsum kann soziale Kontexte erleichtern und neue Zugänge zu Peerkontakten schaffen. Jugendliche erhalten das Gefühl, sich durch den Drogenkonsum gegen die Eltern aufzulehnen und so eine Erwachsenenrolle einnehmen zu können. Durch den Konsum werden auch Zugehörigkeiten zu Gruppen gefestigt und gleichzeitig ein Herausheben aus der Masse ermöglicht. Als weiterer Punkt wird benannt, dass der Substanzgebrauch ebenso als Entspannung angesehen wird und dieser ermöglicht, vor inneren Konflikten zu fliehen (vgl. Laging 2018, 28-30). Letzteres wird besonders im Zusammenhang mit einer früheren Erfahrung von Traumatisierung relevant und ist Hauptgegenstand dieser Arbeit.

Jugendliche können auch zeitweise einen riskanten Konsum aufweisen, welcher durch den Übergang in das Erwachsenenalter oftmals abklingt und eingestellt wird. Jedoch gelingt dieser Übergang nicht allen Jugendlichen und es ist zu beobachten, dass besonders das Scheitern an Entwicklungsaufgaben Einfluss auf die Manifestation von riskantem Konsum und der Entstehung von Missbrauch und Abhängigkeiten hat (vgl. ebd. 30).

3. Der Konsum als Bewältigungsstrategie

Die äußere und innere Realität kann durch die Erfahrung psychischer Traumatisierungen beeinflusst werden und so Auswirkungen auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben haben. Im folgenden Kapitel wird zunächst das epidemiologische Bild des Zusammenhangs von psychischer Traumatisierung und Sucht aufgezeigt. Besonders liegt dabei der Fokus auf abweichenden Kindheitserfahrungen wie die des sexuellen Missbrauchs. Die Auswirkungen psychischer Traumatisierungen nach sexuellem Missbrauch werden anschließend im Kontext der Lebensbewältigung betrachtet. Zudem wird erläutert, welche Funktionen massiver und riskanter Drogenkonsum in diesem Rahmen haben könnten. Sexueller Missbrauch kann Auswirkungen auf die Bindung haben und wird mit Drogenkonsum verbunden. Dieser Zusammenhang wird ebenso näher betrachtet und vorgestellt.

3.1 Statistischer Zusammenhang von Trauma und Sucht

In dieser Arbeit wurden bereits einige Studien und Befragungen genannt, welche auf den Zusammenhang von Suchterkrankungen und Traumatisierungen in der Kindheit hinweisen (vgl. Hailes et al. 2019, 836; vgl. Briere und Runtz 1987, 370). Nun soll die statistische Lage vom Zusammenhang frühkindlicher Traumatisierungen und einer späteren Substanzgebrauchsstörung näher betrachtet und anhand ausgewählter Arbeiten vertieft vorgestellt werden.

Eine im Jahr 2020 veröffentlichte Studie untersuchte das Vorkommen von frühen traumatischen Erlebnissen und einer PTBS Diagnose bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren, welche sich in ambulanter Behandlung ihrer Substanzgebrauchsstörung befanden. Der Großteil der Befragten Personen war wegen Substanzgebrauchsstörungen in Verbindung mit Alkohol (39%), Cannabis (80%) und Stimulanzien wie Amphetaminen oder MDMA (44%) in Behandlung. Von allen Befragten gaben 69% an, mindestens einmal ein traumatisches Ereignis durchlebt zu haben. Als häufigste Art der traumatischen Situation wurden dabei außerhäusliches Gewalterleben und sexueller Missbrauch genannt (vgl. Basedow et al. 2020, 2f).

2006 untersuchten Schnieders et al. das Vorkommen von Missbrauch bei Suchtpatienten ausgewählter deutscher Kliniken. Schon zu Beginn des Artikels verweisen die Autoren auf die bisherigen Erkenntnisse der aktuellen Studienlage, dass sexueller Missbrauch mit einem vierfachen Risiko für psychische Erkrankungen und einem dreifachen Risiko für die Entwicklung von Sucht einhergeht (vgl. Schnieders et al. 2006, 512). In der Studie wurden 83 Patienten und Patientinnen mit Substanzabhängigkeiten in Zusammenhang mit illegalen Drogen befragt. 82,9% der Teilnehmer*innen gaben an, Missbrauch jeglicher Art erfahren zu haben. Von allen Befragten gaben 32,5% an, sexuellen Missbrauch erlebt zu haben. Bei allen Missbrauchsarten waren Frauen stärker betroffen als Männer (vgl. ebd. 513). Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der Schweregrad des Missbrauchs mit den Kennwerten für psychische Probleme korreliert. Es wurde eine deutliche Abhängigkeit ersichtlich: Bei schwerem Missbrauch waren auch die Kennwerte psychischer Probleme erhöht. Jedoch ist hierbei anzumerken, dass der Schweregrad subjektiv von den Betroffenen angegeben wurde (vgl. ebd. 515).

Kuhn weist in seiner Übersichtsarbeit darauf hin, dass sexueller Missbrauch oftmals in Zusammenhang mit anderen belastenden Kindheitsereignissen entsteht (vgl. Kuhn 2004, 113). Diese können sich allesamt auf eine spätere Substanzgebrauchsstörung auswirken. So wurde in den ACE Studies (s. Kapitel 1.1) eine deutliche Dosis-Wirkung-Beziehung von abweichenden Kindheitserfahrungen und späterer psychischer und physischer Symptomatik nachgewiesen. Die Prävalenzen und Risiken für unter anderem depressive Stimmungen, Suizidversuche, Alkoholismus und Drogenkonsum waren bei Angabe mehrerer Kategorien von abweichenden Kindheitserfahrungen erhöht und korrelierten mit diesen (vgl. Felitti et al. 1998, 249f). Es lässt sich vermuten, dass sexueller Missbrauch nicht allein kausal für die Entstehung von Suchterkrankungen verantwortlich ist, sondern auch eine Vielzahl von abweichenden Kindheitserfahrungen auf die Entstehung von Sucht wirken kann.

Krausz und Briken veröffentlichten 2002 eine Studie, in der das Vorliegen von sexuellen Missbrauchserfahrungen bei opiatabhängigen Frauen aus verschiedenen Bereichen des Drogenhilfesystems in Hamburg untersucht wurde. 31 der 75 Frauen gaben Erfahrungen

des sexuellen Missbrauchs an. Diese Frauen berichteten häufiger als die der Kontrollgruppe davon, auch andere Traumatisierungen physischer und emotionaler Art erlebt zu haben. So hatten die Mütter der Betroffenen signifikant häufiger Drogenprobleme und Väter der Betroffenen zeigten häufiger einen problematischen Alkoholkonsum. Auch suizidale Tendenzen waren häufiger bei Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen zu erkennen. Diese gaben signifikant häufiger an, gewollte Überdosierungen vollzogen zu haben. Bei weiteren psychischen Belastungen wurden ebenso Unterschiede und Tendenzen bemerkbar: Sexuell missbrauchte Frauen wiesen eine deutlich erhöhte Assoziation mit weiteren psychischen Problemen auf. Es wurden mitunter höhere Werte bei Angst- und Spannungszuständen, eigener Gewalttätigkeit, Suizidgedanken und -versuchen ermittelt (vgl. Krausz und Briken 2002, 180-182).

Zum Zusammenhang von Substanzgebrauchsstörungen und physischem und sexuellem Missbrauch bei Jugendlichen wurde 2001 eine Studie veröffentlicht. Es wurden 287 Teilnehmende – 204 männlich und 88 weiblich – zwischen 14 und 24 Jahren befragt, welche in Behandlung der Substanzgebrauchsstörungen waren. Die Untersuchung ergab, dass die Jugendlichen mit Substanzgebrauchsstörungen beinahe doppelt so hohe Prävalenzen von physischem und sexuellem Missbrauch als die Allgemeinbevölkerung aufwiesen. 10,4% der männlichen Teilnehmer und 50% der weiblichen Teilnehmerinnen gaben an, sexuellen Missbrauch erlebt zu haben (vgl. Ballon et al. 2001, 618f).

Forschungen untersuchen verstärkt seit den 80er Jahren die Beziehung zwischen sexuellem Missbrauch und einer späteren Suchterkrankung (vgl. Krausz und Briken 2002, 179, vgl. Schäfer 2006a, 17-24). Aus den genannten Studien wird ersichtlich, dass eine Korrelation zwischen einer Substanzgebrauchsstörung und sexuellem Missbrauch besteht. Jedoch wird in den Studien angemerkt und untersucht, wie andere abweichende Kindheits-erlebnisse mit einer Krankheitsentstehung zusammenwirken können. Ferner wird auch erwähnt, dass die Studien nur eine eingeschränkte Aussagekraft haben.

Es kann aufgrund bisheriger Erkenntnisse dieser Arbeit die Hypothese aufgestellt werden, dass bei der Zusammenstellung der Informationen verschiedene Faktoren wirken: Die

fragmentarische Speicherung eines traumatischen Erlebens kann bedingen, dass Betroffene sich nicht vollständig an das Erfahrene erinnern und bei subjektiven Abfragen Ereignisse nicht im ganzen Maße angeben. Besonders der sexuelle Missbrauch als eine der am stärksten wirkenden Missbrauchsart hat besonderen Einfluss auf die Psyche der Betroffenen. Auch die unterschiedlichen Definitionen sexuellen Missbrauchs in den jeweiligen Studien müssen bei der Betrachtung der Ergebnisse miteinbezogen werden. So gibt es in einigen Studien Unterschiede bei der Gewichtung von hands-on und hands-off Taten. Ferner werden subjektive Beschreibungen und Definitionen der Betroffenen genutzt.

Nichtsdestotrotz sind erhöhte Prävalenzen beim Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und einer Substanzgebrauchsstörungen ersichtlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Erfahrungen einen Einfluss haben. Dieser Zusammenhang wird im Folgenden näher betrachtet und die Substanzgebrauchsstörungen als ein Bewältigungsmechanismus für abweichende Kindheitserlebnisse – wie die des sexuellen Missbrauchs – dargestellt.

3.2 Konsum und Trauma im Rahmen der Lebensbewältigung

Es lässt sich vermuten, dass der riskante Konsum psychoaktiver Stoffe bei der Bewältigung verschiedener Entwicklungsaufgaben unterstützend wirken und eingesetzt werden kann, wenn andere Muster des Bewältigungsverhaltens nicht zur Verfügung stehen. Psychische Traumatisierungen aufgrund von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit wirken sich stark auf innerpsychische Vorgänge aus und können Einfluss auf die Entwicklung haben (s. Kapitel 1.2.2.3). Besonders bei fehlenden Ressourcen und der Häufung von Risikofaktoren manifestiert sich die Symptomatik. Im Rahmen der zuvor erwähnten produktiven Realitätsverarbeitung ist die innere Realität von Betroffenen durch einen sexuellen Missbrauch stark beeinflusst. Dies wirkt ebenso auf das Spannungsfeld zur äußeren Realität. Kommunikation kann so erschwert werden. Drogenkonsum kann als Bewältigung kritischer Lebenslagen und als Symptom mit einer Traumatisierung einhergehen. Dies soll durch das Modell der Lebensbewältigung nach L. Böhnisch näher beschrieben werden.

Das Modell soll Theorie und Praxis miteinander verbinden und sozialarbeiterisches Handeln und die Haltung gestalten. Die Lebensbewältigung beschreibt Böhnisch als „das Streben nach psychosozialer Handlungsfähigkeit in kritischen Lebenskonstellationen“ (Böhnisch 2019, 20) eines Individuums. Innerhalb des Modells werden bestimmten Verhaltensweisen Funktionen zugeschrieben, die für die Bewältigung nötig sind und so unabdingbar für Individuen werden. Gelingende Bewältigung zeichnet sich dadurch aus, dass Hilflosigkeit und Ohnmacht thematisiert werden und Betroffene darüber sprechen können (vgl. ebd. 11). Hier lassen sich ähnliche Grundzüge zur Bewältigung von traumatischen Situationen erkennen: Werden traumatische Situationen in den Lebenslauf integriert und das Individuum durch Ressourcen unterstützt, kann das Trauma bewältigt werden. Diese Integration hängt mit der Möglichkeit zusammen, Narrative zu finden und Erfahrungen ohne Schuld und Scham mit anderen teilen zu können. Doch gerade bei starken, interpersonalen Traumata, wie die der sexuellen Gewalt, wird eine Kommunikation erschwert: Verschiedene Faktoren wirken so, dass das Ereignis fragmentarisch im Gedächtnis gespeichert wird. Die Schwere eines Übergriffes versetzt Kinder in einen Zustand, der einer Zange (s. Kapitel 1.1) gleicht: Bewältigungsmechanismen wie kämpfen oder fliehen stehen nicht zur Verfügung und es kommt zu einer Starre. Zudem sind nahe Bezugspersonen der Ausgangspunkt der Gefahr und können nicht als Ansprechperson fungieren. Ein narrativer Prozess wird erschwert und das Kind bleibt mit seinem psychischen Leiden allein. Oftmals manifestieren sich Verhaltensweisen dann erst im Jugendalter und in einer Zeit, in der die Personen das Ausmaß der traumatischen Situation fassen und einordnen können. So verstärken sich psychische Symptome.

Böhnisch beschreibt das Modell anhand von drei Dimensionen, die bei der Lebensbewältigung eine maßgebliche Rolle spielen. Sind Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit vorhanden, bleibt Handlungsfähigkeit bestehen. Das Thematisieren innerer Hilflosigkeit in Konfliktsituationen fällt dann leichter (vgl. ebd.). Diese drei Dimensionen machen die psychosoziale Handlungsfähigkeit aus und stehen in einem Spannungsfeld zueinander. In kritischen Lebenssituationen – Situationen, in denen die Möglichkeiten der Bewältigung die eigenen Ressourcen übersteigen – können die einzelnen Komponenten

stark beeinflusst werden, wodurch ein Ungleichgewicht entstehen kann. Individuen versuchen dieses Ungleichgewicht aufzulösen, indem auf antisoziale oder selbstdestruktive Verhaltensweisen zurückgegriffen wird. Böhnisch geht davon aus, dass hinter jedem Verhalten eine „Botschaft“ steckt. Diese Botschaften sagen aus, dass die Individuen nur mit eben diesen Verhaltensweisen psychosoziale Handlungsfähigkeit erreichen können und diese Handlungen stets unbewusste Vorgänge der Abspaltung sind (vgl. ebd. 20f). Die Lebensbewältigung kann durch eine Ablaufdynamik näher beschrieben werden: Entsteht innere Hilflosigkeit durch den Verlust von Selbstwert, sozialer Anerkennung oder Selbstwirksamkeit und fehlender Thematisierung der Situation, wird diese innere Hilflosigkeit durch Abspaltungsverhalten kompensiert (vgl. ebd. 22). Es entsteht ein innerer Druck, der von den Menschen individuell, unbewusst und automatisch bearbeitet wird. Dabei unterscheidet Böhnisch die „äußere Abspaltung“ von der „inneren Abspaltung“. Die Erstere beschreibt die Lösung und Umlenkung des Drucks durch Verhaltensweisen nach außen. Das kann zum Beispiel durch die Demütigung anderer oder durch Gewalttätigkeit ausgeführt werden. Die innere Abspaltung hingegen wird dann vollzogen, wenn die innere Hilflosigkeit durch Selbsthass beeinflusst und nach innen kompensiert wird. Es kommt zu autoaggressiven Verhaltensweisen, die unter anderem selbstschädigend und aufmerksamkeitssuchend erscheinen. Beispielhaft benennt Böhnisch hier Selbstverletzungen, Ernährungsstörungen, Medikamentenmissbrauch und Depressivität. Es wird darauf hingewiesen, dass Männer eher zu äußeren und Frauen eher zu inneren Abspaltungen tendieren (vgl. ebd. 21-24).

An dieser Stelle sollen die bisherigen theoretischen Darstellungen in Zusammenhang gesetzt und anhand des Beispiels der psychischen Traumatisierung nach sexueller Gewalt und einem Suchtentstehen im Jugendalter erläutert werden. Bei dem Erleben von sexueller Gewalt durch eine nahestehende Person werden traumatische Prozesse ausgelöst. Wenn Ressourcen fehlen und Risikofaktoren überwiegen, können sich Symptome manifestieren. Das psychische Trauma wirkt sich stark auf die innere Realität des Individuums aus und kann auch die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen. Die äußere Realität wird ebenso durch das Erleben des Missbrauchs modelliert: Anforderungen und Erwartungen

naher Bezugspersonen scheinen ambivalent und Gefahren können nur erschwert abgeschätzt werden. Auch die Reaktionen der Gesellschaft auf solche Taten scheint unstet. Bei zunehmenden Anforderungen und Entwicklungsaufgaben im Jugendalter wird die Bewältigung durch die Einwirkung beider Realitäten erschwert. Kinder und Jugendliche zeigen Symptomatiken, die sie nicht in den Kontext des Geschehenen setzen können, da sie nur erschwert Zugang zur Erinnerung und Narration haben. Die Diagnostik wird durch verschiedene Komorbiditäten verhindert und Hilfsangebote werden weniger genutzt. Innerhalb dieser Dynamik sind auch Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit stark beeinflusst. Betroffene können gar auf jeder dieser Ebene Mangel spüren und in eine verstrickte Lage der Hilflosigkeit geraten. Die daraus entstehende Symptomatik steht in Wechselwirkung mit der Hilflosigkeit und wirkt so verstärkend. Der Selbstwert ist durch das Erfahren des interpersonellen Traumas geschwächt. Das Selbst wird in Frage gestellt und durch die Reaktionen der primären Bindungspersonen beeinflusst. Die soziale Anerkennung kann bei sexuellem Missbrauch durch gegebene Risikofaktoren oft nur bedingt erfolgen und so beschränkt werden. Eine Selbstwirksamkeit kann innerhalb der traumatischen Situation durch die traumatische Zunge und im Nachhinein durch die beschränkte Narration beeinflusst werden. Es entsteht eine innere Hilflosigkeit, da die eigene Situation nicht thematisiert werden kann. Zudem kann bei mehrmaligem sexuellem Missbrauch davon ausgegangen werden, dass Individuen diese Situationen häufiger erleben und mit innerer Hilflosigkeit konfrontiert werden. Es kann vermutet werden, dass Suchtentwicklung ein Ausdruck und eine Form der inneren Abspaltung dieser Hilflosigkeit ist. Betroffene von sexuellem Missbrauch sind durch Schuld- und Schamgefühle dem Risiko ausgesetzt, Selbsthass zu entwickeln, welcher durch die Reaktionen naher Bindungspersonen mitbestimmt werden kann. Die Suche nach Aufmerksamkeit und Möglichkeiten, dem inneren Erleben Ausdruck zu verleihen, ist hier essenziell: Bei einer Substanzgebrauchsstörung rücken Betroffene mit ihrer Symptomatik in die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung und der Gesellschaft. Dem Drogenkonsum werden dabei Funktionen zugeschrieben, die die innere Hilflosigkeit kompensieren und bei dem Bewältigen der Anforderungen unterstützen können. Besonders Jugendliche, welche von sexuellem Missbrauch betroffen sind, sind neben dem Bewältigen des Leidens und Verarbeitens des Traumas innerhalb der inneren Realität mit den wachsenden Anforderungen der äußeren

Realität konfrontiert. Entwicklungsaufgaben sollen erfüllt und die Jugendlichen zur erwachsenen und verantwortungsbewussten Person werden. Kommt es dazu, dass der Drogenkonsum als eine Bewältigungsstrategie genutzt wird, hat dies ebenso Auswirkung auf die drei Dimensionen der psychosozialen Handlungsfähigkeit: Durch die starke Stigmatisierung und Missbilligung der Gesellschaft gegenüber Drogenkonsumenten können Selbstwert und soziale Anerkennung beeinträchtigt und sind äußeren Reaktionen ausgesetzt werden. Auch die Selbstwirksamkeit kann beschränkt werden, da Drogenkonsumenten die Übernahme von Verantwortung oftmals nicht zugetraut wird. Der Zugang zum Bildungs- und Arbeitsmarkt kann erschwert und somit die selbstständige Lebensgestaltung eingeschränkt werden.

Betroffene geben an, den Substanzkonsum als eine Copingstrategie zu nutzen. Coping ist als Fachbegriff des Wortes Bewältigung zu verstehen (vgl. Flammer 2009, 99). In der Studie von Ballon et al. (s. Kapitel 3.1) gaben 37,9% der männlichen und 64,7% der weiblichen Teilnehmenden an, Substanzen im Sinne des Coping zu konsumieren (vgl. Ballon et al. 2001, 619).

„Diese frühen Erfahrungen scheinen insgesamt die Vulnerabilität für Substanzkonsum und psychiatrische Erkrankungen zu erhöhen. Der Gebrauch von Alkohol und illegalen Drogen kann als ein Versuch angesehen werden, Ängste und Depression zu reduzieren und allgemein ein niedriges Selbstwertgefühl zu stärken, Gedanken und Gefühle bez. des Missbrauchs zu blockieren oder überhaupt Empfinden zuzulassen und spürbar und erlebbar zu machen. Insofern hat der Gebrauch der illegalen Substanzen eine wichtige Funktion, auch wenn er langfristig als misslungene Copingstrategie anzusehen ist [...]“ (Kuhn 2004, 115).

Riskanter Konsum kann als Ausweichen von verschiedenen Problemanforderungen und als Bewältigung von psychischen Problematiken gedeutet werden (vgl. Schepker et al. 2009, 233). Sexueller Missbrauch wirkt zudem stark auf die Entwicklung.

Als Bewältigungsmechanismus scheint bei diesen theoretischen Überlegungen der Substanzkonsum unabdingbar für Betroffene. Dieser kann Funktionen übernehmen, welche subjektiv und individuell sinnvoll und überlebenswichtig sind. Psychosoziale Handlungsfähigkeit kann so konstruiert werden. Die möglichen Funktionen des Substanzkonsum werden nun im Folgenden näher erläutert. Es soll aufgezeigt werden, welche Botschaften

die Individuen durch den Konsum im Sinne der Vermeidung und Reduzierung psychischen Leidens verdeutlichen könnten.

3.3 Funktionen der Sucht im Rahmen des psychischen Leidens

Dem Drogenkonsum im Rahmen einer Substanzgebrauchsstörung nach Erleben von sexueller Gewalt können verschiedene Funktionen für eine Bewältigung und Sicherung der psychosozialen Handlungsfähigkeit zugeschrieben werden. Im Folgenden sollen dabei die folgenden drei Hypothesen vorgestellt werden:

- Der Drogenkonsum dient im Sinne der Selbstmedikationshypothese der Linderung der psychischen Symptomatik nach dem Erleben von interpersonalen Traumata.
- Bei dem Konsum von Substanzen erreichen Betroffene von sexuellem Missbrauch eine chemische Dissoziation. Sie können sich so innerpsychisch von dem Erleben distanzieren und Situationen erleichtert bewältigen.
- Bei sexuellem Missbrauch geraten Betroffene in eine Double-Bind Situation und innere Arbeitsmodelle werden durch gestörtes Bindungsverhalten zu primären Bezugspersonen beeinflusst. Drogenkonsumenten mit Erfahrung sexuellen Missbrauchs nutzen die Substanz als Ersatz einer Bindungsfigur.

Die genannten Hypothesen bieten Möglichkeiten der Betrachtung von Substanzgebrauchsstörungen als Bewältigungsverhalten nach Erleben sexueller Gewalt. Kausale Zusammenhänge sollen dabei nicht postuliert werden. Vielmehr sind es theoretische Überlegungen, welche die Sucht aus einem Blickwinkel der Lebensbewältigung erörtern sollen. Da die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit und Krankheit durch verschiedene Schutz- oder Risikofaktoren beeinflusst wird, bieten die folgenden Ausführungen eine Ergänzung der Betrachtung und Verstehen von Suchtkrankheiten.

3.3.1 Selbstmedikationshypothese

Die Selbstmedikationshypothese nach dem Professor für Psychiatrie Edward J. Khantzian stellt eine Theorie dar, welche durch klinische Evaluation an Patienten entstanden ist. Khantzian möchte mit dieser Hypothese der Frage auf den Grund gehen, welche Funktion

die Droge für Konsumenten haben könnte und wie Suchtentstehung bedingt wird (vgl. Khantzian 2017). Es wird betont, dass diese Hypothese nicht allein die Entstehung von riskantem Konsumgebrauch erklären kann und keinen Ersatz für soziokulturelle oder biogenetische Theorien bietet. Ferner soll die Selbstmedikationshypothese die emotionalen und psychologischen Dimensionen von Substanzgebrauchsstörungen aufgreifen und so eine ganzheitliche Sicht auf Suchtentstehung ermöglichen. Die Theorie wurde innerhalb der Forschung anerkannt und mehrfach geprüft (vgl. Khantzian 1997, 232).

Die Selbstmedikationshypothese besteht aus zwei Aspekten. Zum einen wird davon ausgegangen, dass der Konsum von Substanzen eingesetzt wird, um psychisches Leiden zu lindern. Zum anderen ist die Wahl der Droge individuell beeinflusst und durch bestimmte Faktoren gezeichnet. Die hauptsächliche Wirkungsweise der Droge, die persönliche Organisation und der Charakter des Individuums sowie das innere psychische Leiden wirken bei der Entscheidung für einen Konsumstoff miteinander (vgl. ebd.). Ferner spielen auch die Kosten und Möglichkeit des Zugangs zu Drogen eine Rolle bei dem Konsum bestimmter Stoffe (vgl. ebd. 233).

Khantzian sieht in Substanzgebrauchsstörungen Hinweise darauf, dass Betroffene an Regulationsstörungen der eigenen Gefühle leiden und diese durch den Konsum selbstwirksam behandeln wollen. Starkes psychisches Leiden – wie eine Überflutung von Gefühlen und Erinnerungen, Überregtheit oder Numbing, dem entziehen von Reizen – soll durch den Drogenkonsum gedämpft werden und so Momente der Selbstkontrolle für die Betroffenen entstehen. Besonders scheint eine PTBS mit dem Drogenkonsum zu interagieren. Khantzian geht davon aus, dass Betroffene mit dem Substanzkonsum auf die traumatischen Symptome reagieren und so im Sinne einer Selbstmedikation handeln. Es wird davon ausgegangen, dass Gefühle und Erfahrungen so verarbeitet werden, an die die Betroffenen sich nur erschwert erinnern können und ansonsten keine Narration genutzt werden kann (vgl. ebd. 234-240). Süchtige machen die Erfahrung, dass Drogen kurzfristig zur Bewältigung innerer Problemlagen führen und sich die psychotropen Effekte der Substanzen auf psychische Konflikte auswirken. Die Wahl der Droge wird dabei durch das subjektive Erlebnis geprägt (vgl. Khantzian 1985, 1259-1263). So wurden beispielsweise

Opiaten beruhigende und normalisierende Effekte zugeschrieben, die auch Wut und Gewaltaffekte dämpfen können. Alkohol kann ein positives Selbstbild fördern und gegen Gefühle der Isolation und inneren Leere wirken. Stimulanzen wie Kokain haben eine energisierende Wirkung und können gleichzeitig auch mit beruhigenden Wirkungsweisen einhergehen. Viele Konsumstoffe haben auch negative Auswirkungen, welche wiederum durch den Konsum anderer Drogen „behandelt“ werden können. Khantzian geht davon aus, dass Betroffene einer Substanzgebrauchsstörung bei Konsum mehrerer Drogen oder einer steigenden Menge des Stoffes versuchen, das ursprüngliche und erste Gefühl des Konsums wieder zu erfahren. Da sich jedoch bei vielen Stoffen eine Toleranzentwicklung zeigt und so immer mehr konsumiert werden muss, um dasselbe Konsumerleben zu spüren, können Süchte so bedingt werden (vgl. Khantzian 1997, 232f).

Fischer und Riedesser weisen auf den „Sucht-Verlaufstyp“ (Fischer und Riedesser 2020, 131) nach Post et al. hin, welcher ebenso die Einnahme von Drogen im Sinne der Selbstmedikation beschreibt. Der Sucht-Verlaufstyp nach psychischen Traumatisierungen ist dadurch gekennzeichnet, dass die Einnahme von Drogen zur Wiedererlangung von Kontrolle dienen soll. Die Substanzeinnahme und Wirkung der Droge kann Betroffene vermeintlich und subjektiv gesehen vor traumatischer Angst und Erinnerungsbildern schützen und die Symptomatik nach Traumaerleben dämpfen. Der Konsum erleichtert die Kontaktaufnahme zur Umgebung. So entsteht auch eine Handlungsfähigkeit (vgl. ebd).

Verschiedene Studien und Befunde weisen darauf hin, dass psychotrope Substanzen als Selbstmedikation genutzt werden und bestimmte symptomlindernde Funktionen innehaben (vgl. Langland und van den Brink 2006, 99). Bei Umfragen und Studien aus der Praxis kommen ähnliche Schlussfolgerungen zu Stande. Arnaud und Thomasius weisen auf die im Jahr 2006 veröffentlichte Befragung von Kuntsche et al. hin. In dieser gaben 41,4% der Befragten 15-16-jähriger Schüler an, Alkohol zum Vergessen der eigenen Probleme zu konsumieren. Die allgemeine Literatur gibt an, dass etwa ein Drittel der Jugendlichen zum Rauschtrinken greifen würde, um unangenehme Emotionen oder Spannungen zu vermeiden (vgl. Arnaud und Thomasius 2019, 45).

Eine im Jahr 2000 veröffentlichte deutsche Studie untersuchte die Prävalenz traumatischer Erfahrungen und PTBS bei substanzabhängigen Personen aus Einrichtungen der Suchthilfe. Dabei sollten die behandelnden Suchttherapeuten*innen Angaben und Einschätzungen zu den Betroffenen machen. Bei 41,8 % wurden traumatische Erfahrungen aufgeklärt und bei 5,7% vermutet. Bei 88% dieser Personen mit Erfahrung oder der Vermutung traumatischer Erlebnisse beobachteten die Therapeuten und Therapeutinnen den Konsum der Drogen im Sinne der Selbstmedikation: Drogenkonsum wurde zur Abschwächung der traumabezogenen Symptomatik genutzt. Hauptsächlich wurde der Konsum zur Entspannung und Schlafförderung, Verminderung der Angst und Erinnerung und zur Unterdrückung von aggressiven Tendenzen beobachtet (vgl. Teegen und Zumbeck 2000, 46f).

Besonders langandauernde sexuelle Gewalt kann massiven Einfluss auf die psychosoziale Handlungsfähigkeit des Individuums haben. Die Symptomatik nach psychischer Traumatisierung kann sich bei Jugendlichen in Bezug zur Konfrontation mit den Entwicklungsaufgaben und der Lebensbewältigung auswirken. Jugendliche stehen neben der Traumatisierung unter gewissen Anforderungen der Umwelt und haben stets die Aufgabe, die innere und äußere Realität in Einklang und Kommunikation zu setzen. Im Rahmen der Lebensbewältigung kann psychosoziale Handlungsfähigkeit durch die Symptomatik und Folgen nach sexuellem Missbrauch beschränkt und Wege der Abspaltung der inneren Hilflosigkeit gewählt werden. Um die Symptomatik zu dämpfen und positive Gefühle zu erhalten, können Drogen im Sinne der Selbstmedikation angewandt werden. Gleichzeitig kann so eine vermeintliche Selbstwirksamkeit steigen. Für den Moment erhalten die Individuen Linderung der Symptomatik. Durch die Erleichterung der Kontaktaufnahme können auch soziale Kontakte aufrecht gehalten werden. Ferner jedoch stehen Drogenkonsumenten stets unter starken Einflüssen der Umgebung, sodass eine Verstärkung der Symptomatik erfolgen kann: Durch Stigmatisierung und Abgrenzung der Gesellschaft wird das Spannungsverhältnis der psychosozialen Handlungsfähigkeit weiter belastet und Hilflosigkeit entsteht. Um diese wieder aufzulösen, kann weiter konsumiert werden und es entsteht ein Handlungskreis. Ferner kann die Droge als Selbstmedikation auch einen besonderen Stellenwert erhalten, da die Angst vor der traumatischen Symptomatik stark

auf die Betroffenen wirkt und diese beeinflussen kann. Die Droge nimmt so eine wichtige Funktion bei der Lebensbewältigung ein und die Betroffenen erfahren Linderung der Symptomatik und erreichen eine subjektiv wahrgenommene psychosoziale Handlungsfähigkeit. Die Selbstmedikation soll dazu dienen, psychobiologische Veränderungen durch die fehlende Integration der traumatischen Erfahrung auszugleichen. Als pathologische Bewältigungsstrategie bleibt sie jedoch für die Betroffenen essenziell und kann nicht einfach aufgegeben werden (vgl. Teegen und Zumbeck 2000, 48).

Dennoch sei hier angemerkt, dass die Selbstmedikationshypothese nicht die kausalen Zusammenhänge von Suchtentstehung und anderen Faktoren aufzeigt und so nicht als alleinstehende Erklärung genutzt werden kann (vgl. Langeland und van den Brink 2006, 96). Die Entstehung von Krankheit und der Zusammenhang zu anderen Komorbiditäten werden durch verschiedene Risikofaktoren und Ressourcen bedingt. In dieser Arbeit wird dem Konsum im Sinne der Selbstmedikation eine mögliche Botschaft und individuelle Funktion zugeschrieben.

3.3.2 Chemische Dissoziation

Während einer traumatischen Erfahrung kann es zu dissoziativen Zuständen kommen (s. Kapitel 1.1). Das psychische Überleben wird durch die Verdrängung der Situation und dem Gefühlserleben durch diese automatische Reaktion gesichert. Die Dissoziationsneigung – eine posttraumatisch anhaltende dissoziative Symptomatik mit Aufmerksamkeitsstörungen, Amnesien und Depersonalisationserleben, welche als Reaktion auf Flashbacks und im Vermeidungsverhalten deutlich wird – wurde bei 50 % der Betroffenen von wiederholten Traumaerfahrungen beobachtet. Dabei zeigten körperlich und sexuell missbrauchte Personen eine erhöhte Dissoziationsneigung (vgl. Schmid 2013, 44). Bei traumatischem Erleben oder Wiedererleben durch einen Flashback wird das Gehirn in einen Zustand der maximalen Überregung gesetzt und erreicht durch das Umschalten in einen dissoziativen Zustand eine innere Betäubung (Fischer und Möller 2020, 35). Es kann vermutet werden, dass ein dissoziativer Zustand somit ebenso Funktionen hat, die der Lebensbewältigung und Erhaltung der psychosozialen Handlungsfähigkeit dienen. Durch

die Dissoziationen entfernen sich Betroffene psychisch von der Gefahr und erfahren inneren Schutz. So kann dies auch Einfluss auf Selbstwert haben: Die Dissoziation verhindert das (Wieder-)Erleben einer Situation, die mit Schuld und Scham verbunden ist. Durch die Dissoziation kann so diese Ebene geschützt werden.

Briere und Runtz stellen die Hypothese auf, dass die Dissoziation eine Coping-Strategie ist. Sie ermöglicht Betroffenen die mentale Flucht aus dem eigenen Körper und bietet ein Abschirmen der Reize. Es wird davon ausgegangen, dass diese Strategie auch im späteren Leben angewandt und auf diesen Mechanismus automatisch zurückgegriffen wird (vgl. Briere und Runtz 1987, 372). Sie beschreiben auch den Zusammenhang zur Sucht: Alkohol- und Drogensucht kann als eine Form chemisch induzierter Dissoziation betrachtet werden, welche eine Reaktion auf Erinnerungen, Affekte und Situationen ist (vgl. ebd. 374).

Es wird vermutet, dass ein Teil der früh traumatisierten Personen eine eingeschränkte Fähigkeit haben, eine psychische Dissoziation in traumatisierenden oder an das Trauma erinnernden Situationen zu nutzen. Dies soll durch den Rückgriff auf Drogen aufgehebelt werden: Durch den betäubenden Konsum von Substanzen werden dissoziative Zustände herbeigeführt. Zudem wurde beobachtet, dass Betroffene von Traumatisierungen und einer Substanzgebrauchsstörung im Zusammenhang mit Alkohol eine geringere Rate psychologischer Dissoziation vorweisen. Durch die Schwierigkeit psychologisch nicht dissoziieren zu können, wird auf die chemische Dissoziation zurückgegriffen (vgl. Langeland und van den Brink 2006, 98, vgl. Langeland et al. 2002, 197-200). Es lassen sich Zusammenhänge zwischen der Dissoziation und dem Rückgriff auf psychoaktive Substanzen vermuten.

Die Forschung zu Dissoziation und Trauma in Bezug auf Substanzgebrauchsstörungen ist jedoch nicht konsistent. Widersprüchliche Befunde – hohe Signifikanz in den einen und keine Signifikanz in den anderen Studien zum Zusammenhang Dissoziation, Trauma und Sucht – sind in der Literatur zu finden (vgl. Langeland et al. 2002, 195). In dieser Arbeit wird die chemische Dissoziation als eine Funktion zur Erhaltung der psychosozialen

Handlungsfähigkeit betrachtet. Dazu werden Überlegungen skizziert. Dabei wird der chemischen Dissoziation kein alleiniger Zusammenhang mit Sucht und Traumatisierung zugeschrieben.

Die chemische Dissoziation erscheint in ihrem Nutzen effektiv: Durch den Konsum wird eine innere Betäubung erreicht und die Betroffenen schützen sich so vor den Reizen der Traumatisierung. Ein ambivalentes Bild der Selbstwirksamkeit ergibt sich: Durch den Drogenkonsum können Betroffene aktiv einen dissoziativen Zustand aktiv herbeiführen und so Selbsthilfe leisten. Durch die schnelle Wirkung von Drogen kann sich Momenten der Angst und Hilflosigkeit entzogen werden. Gleichzeitig können Betroffene ein Gefühl des Versagens verspüren: Ohne Rückgriff auf die Droge ist das psychische Leiden nicht aushaltbar und die Droge wird so zu einem essenziellen Alltagsbegleiter. Die chemische Dissoziation kann mitunter eine Funktion von Drogenkonsum sein, welche die Selbstmedikationshypothese erweitert: Den Defiziten der Selbstregulation und Abschirmungen von Reizen wird so begegnet und Betroffene erhalten die Möglichkeit, ihr psychisches Erleben zu steuern und einzugreifen.

3.3.3 Die Droge als Bindungsfigur

Der Zusammenhang zwischen Bindung und einer Suchtentstehung ist in der Theorie deutlich, während der empirische Nachweis noch unzulänglich ist. Studien nutzen oftmals unklare Definitionen der Bindung oder weisen einen Mangel in der Erfassung der Suchtsymptomatik auf (vgl. Schindler 2013, 16). In einem Artikel betrachtet Schindler mehrere Studien und fasst Forschungsergebnisse im Bezug zum Zusammenhang der Bindungstheorie und Substanzgebrauchsstörungen zusammen. Besonders die unsichere Bindung wird dabei näher beleuchtet. Schindler beschreibt, dass alle Studien von einem Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Sucht berichten und sichere Bindung häufiger bei den gesunden Kontrollgruppen gefunden wurde. Eine von ihm betrachtete Metaanalyse weist zudem darauf hin, dass sichere Bindung ein Schutzfaktor gegenüber Substanzgebrauchsstörungen ist. (vgl. Schindler 2019, 6-8)

Die Bindung trägt zum Überlebensgefühl der Individuen bei. Bei sicherem Bindungserleben werden Neuropeptide ausgeschüttet, die das Abspeichern positiver Gefühle und Bindungserlebnisse unterstützen können. In Angst- und Gefahrensituationen können Individuen auf diese Gefühle zurückgreifen und durch die Bildung darauf basierter innerer Arbeitsmodelle mit Stress und Angst umgehen. Ohne eine sichere Bindung zeigen Personen eine fehlende Abspeicherung positiver Erinnerung und können sich schwerer in Angst- und Stresssituationen beruhigen. Erwachsene mit negativen Bindungserfahrungen in der Kindheit können bindungsfördernde Beziehungsangebote nur erschwert annehmen (vgl. Lüdecke et al. 2010, 5). Betrachtet man nun sexuellen Missbrauch in der Familie oder im Nahraum des Kindes als ein Ereignis, welches die Bindungssicherheit beeinflusst, kann das beschriebene Bild deutlicher dargestellt werden: Kinder erleben mit dem sexuellen Missbrauch eine Double-Bind-Situation und erlernen im inneren Arbeitsmodell, dass die vermeintliche sichere Bezugsperson eine Gefahr darstellt. Es kann nicht mehr unterschieden werden, welche Beziehungen sicher oder unsicher sind. Ein Entfernen aus der Situation ist oftmals nicht möglich, da die Bezugsperson ebenso für die Erziehung und Versorgung verantwortlich ist. Vertrauen wird erschwert und das innere Arbeitsmodell kann kaum auf positive Erinnerungsfragmente zurückgreifen oder ist durch die Erfahrung des Missbrauchs getrübt. Die Bindungsfunktionen – die positive Rückmeldung und Zusage von Schutz und Trost in Gefahrensituationen – sind Betroffenen kaum bekannt und können nicht aufgerufen werden. Die Betroffenen kennen keine sichere Basis, die sie stützt.

In der Literatur wird skizziert, dass diese fehlenden Bindungsstrategien durch eine „chemische Bindungsfigur“ (Schindler 2013, 26) kompensiert werden können und die Droge als Ersatz einer sicheren Basis fungiert. Fischer und Möller beschreiben nach Winnicott, dass die Droge zu einem Übergangsobjekt wird. Diese löst in sozialen Kontexten gute Gefühle aus, die ansonsten den Konsumenten aufgrund von negativ beeinflussten inneren Arbeitsmodellen nicht zugänglich wären (vgl. Fischer und Möller 2020, 30). Besonders in Stresssituationen werden das Bindungsverhalten und die Suche nach einer sicheren Basis erkennbar. Betroffene mit der Erfahrung von sexuellem Missbrauch wurden in gefährlichen Situationen nicht durch die Bindungspersonen ko-reguliert. Die Fähigkeit zur

Selbstregulation kann daher im späteren Leben nicht adäquat ausgeführt werden, da sie dem inneren Arbeitsmodell kaum bekannt ist. In Situationen, in denen starke Reize auf Betroffene wirken und Stress entsteht, wird in der Theorie zum Suchtmittel gegriffen (vgl. Brisch 2013, 279f). Ferner kann wie in der Selbstmedikationshypothese davon ausgegangen werden, dass bestimmte Suchtmittel aufgrund von persönlichen Defiziten eher gewählt werden. Besonders deutlich ist der Zusammenhang des Konsums von Heroin oder anderen Opioiden und einer unsicheren Bindung.

Körpereigene Opiate (Endorphine) haben aber auch einen besonderen Bezug zum Bindungssystem. Das Erleben der »sicheren Basis« ist an eine Endorphinausschüttung gekoppelt und hat einen ähnlichen emotionalen Effekt wie der Konsum exogener Opiate (Schindler 2013, 21).

Schindler beschreibt, dass eine unsichere Bindung mit einer mangelnden Verfügbarkeit von Endorphinen einhergehen kann und Opiate zum Bindungsersatz werden. So werden die Endorphinausschüttung und gute Gefühle selbstwirksam gesteuert (vgl. ebd.).

In einer Studie weisen Schindler et al. auf, dass es nicht möglich sei, ein substanzspezifisches Modell zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Substanzstörungen aufzuweisen. Konsumenten von Cannabis zeigten demnach kaum Zusammenhang zu einer unsicheren Bindung, während Ecstasykonsumenten fast durchgängig unsichere Bindungsmuster und eine erhöhte psychische Symptombelastung aufweisen. Bei der Betrachtung sollte der Fokus auf die Wirkungsweise und das subjektive Erleben der Personen gelegt werden (vgl. Schindler et al. 2012, 50).

Substanzstoffe können als Bindungsersatz funktionieren und von Betroffenen in Situationen konsumiert werden, in denen das Bindungsverhalten aktiviert wird. Solche Stresssituationen werden durch das Gefühl der sicheren Basis, welche durch den Drogenkonsum bestimmter Stoffe aufkommen kann, bewältigt und eine Selbstregulation findet statt. Ferner sind alltägliche soziale Kontexte für Betroffene so leichter auszuhalten, da bestimmte Drogen den Wunsch nach Nähe und Kommunikation stärken. Opfer von sexuellem Missbrauch sind in ihrem Vertrauen beeinflusst und ziehen sich oftmals zurück. Drogen können hier bei einer sozialen Isolation eine Ersatzfunktion sozialer Rückmeldung geben. Einsamkeit wird dabei betäubt und das Gefühl menschlicher Zuneigung simuliert.

Dadurch entsteht das Gefühl der Bindung an eine Droge, welche ebenso intensiv wie eine Bindung an einen Menschen sein kann (vgl. Schmidt 2000, 35).

Es kann vermutet werden, dass so ein Gleichgewicht zwischen innerer und äußerer Realität hergestellt wird: Kinder und Jugendliche sehen sich im Laufe des Lebens zunehmend in Kontakt zu anderen Menschen und gewissen Anforderungen. Beziehungen können ausprobiert werden oder neu entstehen. Die innere Realität ist durch das Erleben von sexuellem Missbrauch beeinflusst und Nähe sowie Vertrauen kann nur bedingt aufgebaut werden. Durch einen Drogenkonsum können die Gefühle von Isolation kompensiert werden und es kann eine Offenheit für Kontakte entstehen. Die Droge fungiert als Bindungsersatz und eröffnet die Möglichkeit psychosozial zu handeln. Der Selbstwert und die soziale Anerkennung in einer Gruppe kann durch positive Rückmeldung der Umgebung als Reaktion auf die Kontaktaufnahme des Individuums gestärkt werden. Durch den Drogenkonsum wird der inneren Hilflosigkeit und Isolationsgefühlen entgegengewirkt. Jedoch ist ersichtlich, dass Drogenkonsum in der Gesellschaft starken Stigmatisierungen ausgesetzt ist. Soziale Kontakte können sich so von der Person abwenden und eine Isolation verstärkt werden. Als Kompensation kann dann auf Drogen zurückgegriffen werden, wodurch ein Kreislauf entsteht und die innere Hilflosigkeit stets in einem Spannungsfeld steht.

4. Bedeutung für die sozialpädagogische Praxis

Die bisherigen theoretischen Überlegungen weisen auf einen Zusammenhang von Sucht und Traumatisierung im Rahmen einer Lebensbewältigung hin. Der Drogenkonsum hat demnach eine bestimmte und subjektive Funktion für die Betroffenen. Dies soll mit Blick auf die sozialpädagogische Praxis mit Handlungsmöglichkeiten der sozialen Arbeit und den Hilfesystemen verbunden werden.

Die traditionelle Suchthilfe – bestehend aus den Trias des Suchthilfesystems: Fachberatungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen (vgl. Wienberg 2001, 19) – ist meist durch hochschwellige „Komm-Strukturen“ (Schäfer 2006b, 257) gekennzeichnet. Von Betroffenen wird ein hohes Maß an Eigenmotivation erwartet und die Anforderung rascher Abstinenz entsteht. Zudem wird häufig davon ausgegangen, dass die Behandlung weiterer Störungsbilder erst nach dem Entzug in Angriff genommen werden kann. Bei Betroffenen, die einen Zusammenhang ihrer Suchtsymptomatik mit einer Traumatisierung aufweisen, ist eine Erreichung der Abstinenz innerhalb des Hilfesystems oftmals unwahrscheinlich oder es kommt zu Rückfällen und Abbrüchen von Behandlungen (vgl. ebd.).

Therapeutische Maßnahmen

Bei einer PTBS Symptomatik wird vorerst eine traumafokussierte Herangehensweise empfohlen. Dabei wird der Schwerpunkt der Behandlung auf die Auseinandersetzung mit der Traumatisierung und Verarbeitung der Erinnerung gesetzt (vgl. Ehring et al. 2019, 22-26). Jedoch sind Traumafolgestörungen im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung gesondert zu betrachten und es wird empfohlen, traumafokussierte Behandlungsweisen erst dann anzuwenden, wenn Betroffene ohne Rückgriff auf Drogen Belastungen aushalten können. Integrative Verfahren, bei denen verschiedene Erkrankungen gleichzeitig durch dieselbe Person behandelt werden, zeigten bei der Komorbidität von PTBS und Sucht bessere Behandlungsergebnisse (vgl. Schäfer et al. 2019, 43-45).

Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“ wurde in empirischen Untersuchungen als wirksam eingeschätzt (vgl. Najavits 2009, 33-35) und soll nun exemplarisch als integrative

Behandlung vorgestellt werden. Als eines der ersten evaluierten Therapieprogramme bietet „Sicherheit finden“ die gleichzeitige Behandlung von PTBS und Sucht. In 25 Therapiesitzungen wird der Fokus daraufgelegt, dass eine sichere Bewältigungsstrategie als Alternative zum Drogengebrauch gefunden und vermittelt wird. Dabei ist „Sicherheit“ eines der übergeordneten Ziele des Programms. Sicherheit bedeutet im Rahmen der Behandlung, dass Substanzkonsum eingestellt wird und unsichere zwischenmenschliche Kontakte sowie Gesundheitsrisiken reduziert werden. Die Betroffenen sollen lernen, Kontrolle über die PTBS-Symptomatik zu erhalten und sich sichere Bewältigungsstrategien anzueignen. Psychoedukativ wird innerhalb des integrativen Behandlungsmodells eine Auseinandersetzung mit der Suchtsymptomatik vor dem Hintergrund der PTBS ermöglicht. Es sollen Zusammenhänge zwischen beiden Erkrankungen aufgedeckt werden. So werden auch die Folgen eines Entzuges und der Abstinenz thematisiert und die Betroffenen darauf vorbereitet, dass sich dadurch PTBS Symptomatiken verstärken können. „Sicherheit finden“ kann als ambulantes wie auch stationäres Therapieprogramm angeboten und in Einzel- oder Gruppensettings durchgeführt werden (ebd. 20-25).

Diese Herangehensweise spiegelt die Haltung wider, dass Betroffene den Substanzkonsum als wichtige Bewältigungsstrategie für die Folgen von Traumatisierung nutzen. Es wird deutlich, dass das Verstehen der Zusammenhänge für die Behandlung essenziell ist und bisherige Hilfesysteme dem nicht vollends gerecht werden. Eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren der Helfelandschaft findet bislang nur bedingt statt (vgl. Schäfer 2006b, 266) und Betroffene stehen hochschwelligem Anforderungen gegenüber.

Als Möglichkeit zur Selbstmedikation, zur Herbeiführung einer chemischen Dissoziation und als Ersatz von Bindungsfiguren wirkt der Drogenkonsum als eine unabdingbare Verhaltensweise, welche den Betroffenen psychosoziale Handlungsfähigkeit ermöglicht. In dem Behandlungsprogramm „Sicherheit finden“ wird dies anerkannt und mit Betroffenen gemeinsam Zusammenhänge bearbeitet. Ferner können auch ähnliche Überlegungen für den sozialpädagogischen Bereich gelten und sollen im Folgenden im Rahmen der stationären Jugendhilfe exemplarisch angewandt werden.

Kooperation der Hilfesysteme

In der Jugendhilfe nehmen eine Vielzahl junger Menschen mit Traumaerfahrung die Leistungen in Anspruch und auch Konsumverhalten entwickelt sich zunehmend im Jugendalter. Die Soziale Arbeit kann demnach junge Menschen als Adressaten haben, welche durch Traumatisierung zu Drogenkonsum greifen könnten und Substanzgebrauchsstörungen entwickeln. Es ist zu beachten, dass nach massiven traumatischen Erlebnissen die Möglichkeit zum Erzählen beeinflusst ist und bei der sexuellen Gewalt die Betroffenen das Leiden nicht immer offenlegen können oder ihnen nicht geglaubt wird (s. Kapitel 1.2.1). Besonders nach mehrfachen interpersonalen Traumata zeigen Kinder und Jugendliche eine Vielzahl verschiedener Symptomatiken, die nicht immer einem traumatischen Erleben zugeordnet werden können oder erst nach langer Zeit auftreten und so keine Verbindung offensichtlich scheint. In der stationären Jugendhilfe ergibt sich das Problem, dass Jugendliche meist erst nach einer längeren Zeit im ambulanten Hilfesystem in eine Wohngruppe aufgenommen werden und so bereits Erfahrung mit Beziehungsabbrüchen gemacht haben. Das Vertrauen in Hilfesysteme und neue Bezugspersonen wird erschwert. Durch die komplexe Symptomatik und schwerwiegende Verhaltensweisen ohne die Möglichkeit der Narration sehen sich auch Mitarbeitende in der Praxis oftmals im Zwiespalt. Verhalten und Symptome können das sozialpädagogische Team belasten und es entsteht die Herangehensweise, sich von dem Fall zu distanzieren und psychiatrisch behandeln zu lassen. (vgl. Schmid 2013, 40-42). Aus der Sichtweise eines biopsychosozial bedingten Modell der Entstehung von Krankheit ergibt dies durchaus Sinn und es kann förderlich wirken, Hilfemaßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen zu installieren. Jedoch wird in der Praxis beobachtet, dass dadurch ein „Rückzug der pädagogischen Aktivitäten“ (ebd. 42) entstehen kann. Eine enge Kooperation zwischen den Hilfesystemen ist jedoch unabdingbar und sollte stets aufrechterhalten werden. Schon zu Beginn einer Maßnahme der Jugendhilfe sollten niederschwellige Kooperationsmöglichkeiten mit Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen, um in Notsituationen vorbereitet reagieren zu können. Durch Kooperationsvereinbarungen soll eine gemeinsame Falldefinition gestellt werden, wodurch eine eng aufeinander abgestimmte Intervention stattfinden kann. Es ist von Nöten, dass Fachkräfte geschult und für die jeweiligen Themen sensibilisiert werden (vgl. Schmid 2010, 116f). Der inneren Realität der Jugendlichen

in Maßnahmen der Jugendhilfe kann so fachkundig und vorbereitet begegnet werden, sodass die äußere Realität in Einklang gebracht werden kann und Entwicklungskontexte adäquat gestaltet werden. Zudem können so Krisensituation erkannt und ihnen im gewohnten Lebensumfeld begegnet werden.

Sozialpädagogische Praxis

Betroffene sollten in der Einrichtung Sicherheit erfahren und so das Gefühl der Schutzlosigkeit nicht erneut erleben. Dies kann unter anderem durch Verbindlichkeiten, klare Zeitstrukturen und einer Durchschaubarkeit der Hilfe erreicht werden. Zudem sollte Stress reduziert und gar vermieden werden, um traumatische Erinnerungen nicht auszulösen. Dies bedeutet, dass Betroffene nicht zu früh mit dem traumatischen Erlebnis konfrontiert werden sollten und die Anforderungen an sie gering zu halten sind. Erst die Entwicklung von sicheren Bindungen ist die Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit dem innerpsychischen Leiden (vgl. Scherwath und Friedrich 2016, 73-77). Helfende Institutionen sollten als sichere Orte gestaltet werden, in denen die Betroffenen eine „korrigierende Bindungserfahrung“ (Fischer und Möller 2020, 175) durchleben können und so ein Beziehungsaufbau entstehen kann. Dies erscheint dann besonders sinnvoll, wenn Betroffene den Drogenkonsum als Bindungsersatz nutzen. Durch die Erfahrung der Double-Bind-Situation während des Erlebens von sexueller Gewalt sind die inneren Arbeitsmodelle von Betroffenen beeinflusst. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass Vertrauenspersonen auch gefährlich sein können und Vertrauen ausgenutzt wird. Dies wird auch auf spätere Bindungssituationen angewandt. Korrigierende Bindungserfahrungen im Kontext der Sozialen Arbeit zeichnen sich durch die Durchbrechung dieser Erwartungshaltung – Bezugspersonen seien nicht vertrauenswürdig und gewähren keine Sicherheit – aus und bieten den Betroffenen neue Möglichkeiten der Bindungserfahrung an. Mitarbeitende in der stationären Jugendhilfe sollen durch feinfühliges Verhalten Beziehungsangebote schaffen, in denen sich die Betroffenen sicher fühlen können. Dies erfordert eine stete Auseinandersetzung der sozialpädagogischen Haltung und dem Verhalten der Adressaten und Adressatinnen. Oftmals kann es auch zu Beginn zu Rückschlägen kommen, da Jugendliche mit beeinflusster Bindung Beziehungsangebote nicht annehmen können und diese zer-

schlagen. Dies wirkt sich in manchen Fällen so aus, dass Sozialarbeitende sich zurückziehen und keine erneuten Bindungsangebote entstehen. Die inneren Arbeitsmodelle der betroffenen Jugendlichen werden bestätigt: Eine sichere Bezugsperson gibt es nicht und aus sich selbst heraus sind die Betroffenen nicht in der Lage, neue sichere Bindungen einzugehen (vgl. Schleiffer und Gahleitner 2010, 207). So ergibt sich für die Jugendlichen keine adäquate Alternative der Bindungsfigur und die Droge besteht weiterhin als funktionierende Bewältigung.

Die Haltung in der sozialen Arbeit

Betroffene sexueller Gewalt sind durch ihre Erfahrungen mit tiefgründigen Verunsicherungen konfrontiert. Hinter dem Drogenkonsum kann eine Botschaft vermutet werden, die durch die innere Hilflosigkeit aufgrund des Ungleichgewichts der psychosozialen Handlungsfähigkeit entsteht. Um mit dieser Verhaltensdynamik umzugehen, ist eine stete Auseinandersetzung der eigenen Haltung im Rahmen einer Selbstreflexion und des Teams erforderlich. Oftmals gerät durch die Fokussierung auf Hilfepläne und dem Abbau von störendem Verhalten die psychische Notsituation der Betroffenen aus dem Blick. Dabei wird das Scheitern einer Hilfsmaßnahme den Klienten und Klientinnen angelastet. Jedoch ist dies besonders gravierend, wenn davon ausgegangen wird, dass eben die bestimmten Verhaltensweisen subjektiv überlebenswichtige Funktionen für die Betroffenen innehaben. Für die sozialpädagogische Praxis ist ein verstehensorientierter Zugang in diesem Kontext sinnvoll und erforderlich. Dieser wird im Folgenden durch „das Konzept des guten Grundes“ (vgl. Scherwath und Friedrich 2016, 67) dargestellt. Das Konzept basiert auf der Grundannahme, dass jedes Verhalten aus dem inneren System heraus Sinn ergibt und aufgrund innerer Bedürfnisse gehandelt wird. Auffälligkeiten im Verhalten spiegeln eben diese Bedürfnisse wider und es wird selbstwirksam versucht, die inneren Defizite auszugleichen. Eine weitere Grundannahme beschreibt, dass jedes Verhalten eine positive Absicht verfolgt und diesem keine feindselige Motivation zuzuschreiben sind. Dies verlangt von sozialpädagogischen Fachkräften einen Perspektivwechsel und lenkt von dem negativen Effekt des Verhaltens der Klienten und Klientinnen ab. Die dahinterliegende Absicht soll erkannt und in den Kontext der Symptomatik der Betroffenen gesetzt werden. Wenn

diese Absichten nicht akzeptiert werden, ist eine Blockierung des Veränderungsprozesses durch die Klienten und Klientinnen möglich. Verhaltensänderungen können erst dann angenommen werden, wenn die zugrundeliegenden Absichten der Betroffenen von Mitarbeitenden gesehen und akzeptiert werden. Erst durch das Verstehen und Entschlüsseln der inneren Motive können verlässliche Alternativen gemeinsam erarbeitet werden. Besonders im traumatischen Kontext ist dieser Zugang unerlässlich: traumabasierte Symptomatiken sind Ausdruck inneren psychischen Leidens und mit dem Versuch der Wiedererlangung von Kontrolle verbunden (vgl. ebd. 67-69).

Auch die Unterstützung von positiven Selbstbildern sollte gefördert werden (vgl. Scherwath und Friedrich 2016, 73). Dieses ist oftmals nach Erleben von sexuellem Missbrauch und als Drogenkonsument beeinflusst. Es ist zudem essenziell, dass Betroffene Techniken zur Stabilisierung, Achtsamkeit und die Nutzung ihrer Ressourcen (vgl. Fischer und Möller 2020, 145) kennenlernen und selbstwirksam nutzen können. Ein strukturierter Rahmen des Alltags bietet die Möglichkeit, Distanz zur Konsumszene zu wahren und einen Rückfall zu vermeiden. Das Hilfesystem sollte stabil aufgestellt sein und interdisziplinär sowie kooperativ arbeiten. Eine stete Auseinandersetzung der Situation durch regelmäßige Supervisionsangebote und Selbstreflexionen der erfahrenen Mitarbeiter*innen ist wichtig (vgl. ebd, 147).

5. Schlussbetrachtung

Die Soziale Arbeit begegnet in der Praxis der Kinder und Jugendhilfe jungen Menschen mit verschiedenen Problemlagen. Traumatisierte und konsumierende Jugendliche nehmen als Adressaten der Profession Leistungen in Anspruch. In dieser Arbeit wurde der Fokus auf Betroffene gesetzt, welche eine interpersonelle Traumatisierung durchlebt haben und anschließend unter anderem mit einem Suchtverhalten reagieren.

Psychische Traumatisierungen wurden im ersten Kapitel zunächst in einem Verlaufsmo-
dell dargestellt und herausgearbeitet, welche psychischen Vorgänge relevant sind. Die
fragmentarische Speicherung der Erinnerung trägt zu späterem Verhalten und Sympto-
matiken bei. Für eine gelingende Bewältigung von Traumatisierungen ist eine Integration
der Erinnerungen in das Leben der Betroffenen notwendig, sodass diese ihre unkontrol-
lierbare Wirkung verlieren. Verschiedene Faktoren bedingen die Entwicklung von Krank-
heit, weswegen eine bio-psycho-soziale Betrachtung sinnvoll ist. Je stärker das subjektive
traumatische Erlebnis, je näher die tatusführende Person und je weniger sozialen Rück-
halt Betroffene haben, desto stärker sind die posttraumatischen Wirkungen. Dementspre-
chend ist zu beachten, dass nicht jede Person gleich stark auf Traumatisierungen reagiert.
Interpersonelle Typ-II Trauma wurden als Ereignisse mit hoher pathogener Wirkung be-
nannt. Anschließend wurde der sexuelle Missbrauch als Form einer Bindungstraumatisie-
rung betrachtet und im Kontext eingeordnet. Sexueller Missbrauch ist in Lebensbiografien
von Adressaten und Adressatinnen wiederzufinden. Ferner besteht bei sexuellem Miss-
brauch die Gefahr, dass Taten nicht offengelegt werden oder Kinder und Jugendliche sich
anderen nicht anvertrauen. Besonders die fragmentarische Speicherung scheint dies zu
erschweren, da der Zugang zur Narration stark beeinträchtigt ist. Die Double-Bind-Situa-
tion des sexuellen Missbrauchs wirkt sich auf die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle aus
und hat Einfluss auf eine spätere Manifestierung von Verhaltensweisen. Betroffene haben
Schwierigkeiten, eigene Gefühle zu regulieren und Vertrauen in neue Bindungen zu fas-
sen. Ferner werden Folgen von sexuellem Missbrauch nicht immer als solche erkannt, da
dieser mit vielen verschiedenen Symptomatiken einhergeht. Als mögliche Erweiterung der
PTBS Diagnose wurde die der komplexen PTBS vorgestellt. Innerhalb dessen wird der
Blick in erster Linie auf mehrfache interpersonelle Traumata gelegt, welche Einfluss auf

Verhalten und Persönlichkeitsentwicklung haben. In mehreren Studien wurden Komorbiditätsraten von Traumafolgestörungen und anderen psychischen Erkrankungen belegt. Dabei hatten Substanzgebrauchsstörungen eine deutlich erhöhte Rate und Verbindung zu Traumata.

Im zweiten Kapitel wurden Substanzgebrauchsstörungen betrachtet und die grundlegende Krankheitssymptomatik dargestellt. Studien weisen darauf hin, dass sich besonders im Jugendalter Substanzgebrauchsstörungen manifestieren und häufiger diagnostiziert werden. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Beachtung der Krankheitssymptomatik. Es wurden Substanzgruppen und die Kriterien nach dem DSM-IV vorgestellt. Zudem wurden die individuellen Auswirkungen von Sucht dargestellt und dabei die gesellschaftliche Diskriminierung als Belastungsfaktor erkannt. Es wird eine Wechselwirkung zwischen Bildung, Armut und Arbeitslosigkeit vermutet. Der Drogenkonsum wurde als Bewältigungsstrategie dargestellt. Im Rahmen der produktiven Realitätsverarbeitung nach Hurrelmann sehen sich junge Menschen stets mit Anforderungen und Entwicklungsaufgaben konfrontiert. Ist deren Bewältigung erschwert, wird auf Alternativen zurückgegriffen. Drogenkonsum kann eine Möglichkeit sein, sich jugendtypischen Entwicklungsaufgaben zu stellen oder diesen zu entkommen. Meistens wird beobachtet, dass der Konsum mit fortschreitendem Alter eingestellt wird.

Diese Arbeit fokussierte Personen, die Substanzgebrauchsstörungen nach psychischer Traumatisierung aufweisen. Im dritten Teil der Arbeit wurde anhand verschiedener Studien dargelegt, dass Zusammenhänge zwischen Sucht und interpersonellen Trauma zu erkennen sind. Daraufhin wurde die Sichtweise der Sucht als Bewältigungsstrategie verstärkt betrachtet und in den Kontext des Konzeptes der Lebensbewältigung nach Böhnisch eingeordnet. Dem Drogenkonsum werden dabei subjektive Funktionen zugeschrieben, die die Erhaltung der psychosozialen Handlungsfähigkeit ermöglicht und eine Abspaltung der inneren Hilflosigkeit darstellt. Es wurde die Hypothese vorgestellt, dass die Sucht im Sinne der Selbstmedikation der Dämpfung von Symptomaten der Traumatisierung diene. Diese wurde in verschiedenen Studien bestätigt und findet in der Literatur

Zuspruch. Als zweite Hypothese zur Funktion von Drogenkonsum wurden die Überlegungen zur chemischen Dissoziation vorgestellt. Es wird vermutet, dass Drogenkonsumenten mit einem traumatischen Hintergrund geringere Fähigkeiten besitzen psychisch zu dissoziieren. Dissoziation wird als Schutzmechanismus bei Flashbacks oder an das Trauma erinnernden Situationen automatisch eingesetzt. Durch eine chemische Dissoziation soll dieser Mechanismus kompensiert und selbstständig herbeigeführt werden. Die dritte Hypothese stellt die Droge als Ersatz für eine Bindungsfigur vor. Durch das Erleben von sexuellem Missbrauch haben Betroffene auch Einfluss auf ihr Bindungsverhalten und auf innere Arbeitsmodelle erlebt. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass nahe Bezugspersonen nicht unbedingt Sicherheit bedeuten und sind in ihrem Vertrauen und der Gefühlsregulation beeinträchtigt. Verschiedene Drogen haben eine Wirkung, die Bindungsgefühlen ähnelt und so soziale Kontexte leichter auszuhalten sind. Sie „wenden“ sich in schwierigen Situationen an die Droge und erhalten in jedem Fall ein positives Gefühl – den Rauschzustand – zurück. Besonders bei Opioiden wurde dies festgestellt.

Im vierten Teil wurden die Ergebnisse zusammengefasst und in einen therapeutischen und praktischen Kontext gesetzt. Das evaluierte Programm „Sicherheit finden“ verdeutlicht, dass eine gleichzeitige Behandlung von PTBS und damit zusammenhängender Suchtsymptomatik wichtig ist. Innerhalb des Programmes wird anerkannt, dass die Suchtsymptomatik unabdingbar für die Lebensbewältigung ist und ein rascher Entzug auch ein Fortbleiben einer Bewältigungsstrategie bedeuten würde. Oftmals wird in dem Bereich Trauma und Sucht eine erhöhte Rückfall- und Abbruchquote beobachtet. Es wird vermutet, dass dies durch unzureichende Strukturen des Hilfesystems und eine starre Forderung des Entzuges vor einer Therapie oder anderen Hilfemaßnahmen zu erklären sein könnte. Auch die nur bedingt stattfindende Kooperation zwischen einzelnen Hilfemaßnahmen und die Dringlichkeit dieser im Kontext der Jugendhilfe wurde dargestellt. Ein verstehensorientierter Zugang für die Klienten und Klientinnen mit Suchtsymptomatik nach sexueller Gewalt scheint in der sozialpädagogischen Praxis zielführend. Im Rahmen des Konzeptes des guten Grundes werden Verhaltensweisen subjektive Funktionen anerkannt. Für die Zusammenarbeit scheint es dabei wichtig, diese Verhaltensweisen zunächst zu verstehen und durch eine bindungsfokussierte Arbeit mit den Betroffenen neue

Bewältigungsmöglichkeiten zu finden. Durch bindungskorrigierende Erfahrungen sollen positive Beziehungsangebote in die inneren Arbeitsmodelle der Betroffenen Einzug finden und so Vertrauen stärken. Jedoch wird auch auf die Schwierigkeit und Komplexität des Zusammenhanges von Trauma und Sucht hingewiesen. Sozialarbeitende sehen sich hohen Anforderungen entgegen und sollen gleichzeitig sichere Orte für die Betroffenen entstehen lassen. Nicht selten wird dabei ein pädagogischer Rückzug beobachtet. Um diesem entgegenzuwirken wird die Wichtigkeit von Kooperationen betont und die Notwendigkeit von Supervision und Selbstreflexion beschrieben.

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Auswirkungen von sexueller Gewalt auf die zwischenmenschliche Bindung zu untersuchen und zu erforschen, welche Zusammenhänge zwischen frühkindlichen Traumatisierungen und späterem Suchtverhalten bestehen könnten. Die Bearbeitung verschiedener Quellen verstärkt die Sichtweise, dass eine Suchtsymptomatik Ausdruck für psychische Traumatisierungen nach sexueller Gewalt im Rahmen der Lebensbewältigung darstellen könnte. Die fehlende Möglichkeit der Narration, das starke traumatische Erleben sowie der Verlust von sicheren Bindungen und den daraus entstehenden negativen inneren Arbeitsmodellen wirken im Spannungsfeld der inneren und äußeren Realität. Um psychosoziale Handlungsfähigkeit zu erlangen, wird auf Verhalten zurückgegriffen, welches eine subjektiv essenzielle Funktion hat. Ein sofortiges Beenden des Verhaltens würde die Entfernung einer vermeintlich sicheren Bewältigungsstrategie bedeuten, wodurch Betroffene ungeschützt mit ihrem psychischen Leiden konfrontiert werden. Im Hinblick dessen sollten die Fragen gestellt werden, welche Alternativen zu der Selbstmedikation bestehen, welche Fördermöglichkeiten einer psychischen statt chemischer Dissoziation es gibt und welche alternativen Bindungsfiguren gefunden werden könnten. Eine verstehensorientierte Haltung im Rahmen des Konzeptes des guten Grundes könnte dies fördern. Die Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft begegnet oftmals schwer zu erreichende Klienten und Klientinnen und die Rate von Traumatisierungen bei jungen Menschen im Rahmen der Kinder und Jugendhilfe sind hoch. Da sich Suchtsymptomaten in diesem Alter entwickeln und manifestieren können, ist darauf ein besonderes Augenmerk zu richten.

Es sei jedoch angemerkt, dass die Ergebnisse dieser Arbeit begrenzt sind und weiter untersucht werden sollten. So wurde ersichtlich, dass eine Krankheitsentstehung stets multifaktoriell zu betrachten ist und die genannten Hypothesen zur Funktion von Drogenkonsum somit nicht allgemeingültig sind. Ferner fehlen im Kontext der chemischen Dissoziation und der Droge als Ersatz für Bindungsfigur tiefergehende Studien und Forschungen, sodass die bisherigen Überlegungen nicht als kausal zu betrachten zu sind. Können lediglich eine mögliche Betrachtung darstellen. Die hohe Dunkelziffer von Kindern als Opfer sexuellen Missbrauchs und die fehlende Möglichkeit von Narration können die Ergebnisse ebenfalls beeinflussen und sind in künftiger Forschung stets zu beachten. Die hohe Komorbiditätsraten sollten verstärkt in den Fokus gestellt und Zusammenhänge dahingehend untersucht werden. So wurde klar, dass eine Vielzahl der Betroffenen von sexueller Gewalt auch andere Missbrauchsformen erlitten. Diese können ebenso Einfluss auf eine Krankheitsentstehung haben. Zudem sollten stets Risiko- und Schutzfaktoren mitbetrachtet werden und ihre individuelle Wirkungsart Einzug in Untersuchungen haben. Auch andere Formen von Therapien und pädagogischen Haltungen sollten näher untersucht und auf ihre Wirksamkeit geprüft werden. Zudem wurden in dieser Arbeit geschlechtsspezifische Betrachtungen außer Acht gelassen und sollten in späteren Untersuchungen mit einfließen.

Da die Soziale Arbeit sich mit Klienten und Klientinnen in verschiedensten Problemlagen konfrontiert sieht, wirkt ein verstehensorientierter Ansatz der Arbeit zugänglich und verfolgt das Ziel, dass Betroffene zur Bewältigung der Konflikte befähigt werden. Besonders in der Kinder- und Jugendhilfe scheint es von hoher Relevanz, Krankheitsbildern und Verhaltensauffälligkeiten bio-psycho-sozial zu begegnen und diese auf Grundlage dessen zu betrachten. Eine stete Betrachtung und weitergehende Forschung innerhalb des Themenfeldes Trauma und Sucht sollte fortbestehen. Die Soziale Arbeit steht zudem in gesellschaftlichen Kontexten und kann die Profession und Fachlichkeit nutzen, um Aufklärung und Prävention im Rahmen von Sucht, Trauma und sexueller Gewalt zu leisten.

Literaturverzeichnis

- Amado, Bárbara G.; Arce, Ramón; Herraiz, Adnrés (2015):** Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. In: Psychosocial Intervention, Nr. 24, S. 49-62
- Arnaud, Nicolas; Thomasius, Rainer (2019):** Substanzmissbrauch und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Ballon, Bruce C.; Courbasson, Christine; Smith, Patrick D. (2001):** Physical and Sexual Abuse Issues Among Youths With Substance Use Problems. In: The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 46, Nr. 7, S. 617–621
- Bange, Dirk (2004):** Definition und Häufigkeit von sexuellem Missbrauch. In: Körner, Wilhelm; Lenz, Albert (Hrsg.): Sexueller Missbrauch Band 1. Göttingen: Hogrefe, S. 29-37
- Basedow, Lukas A., Kuitunen-Paul, Sören, Roessner, Veit, u.a. (2020):** Traumatic Events and Substance Use Disorders in Adolescents. In: Frontiers in Psychiatry, Vol.11 (559) Online unter: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00559/full> [Zugriff: 15.02.2021]
- Besser, Lutz (2009):** Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Bausum, Jacob; Besser, Lutz; Kühn, Martin; u.a.: Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. München: Juventa Verlag, S. 37 – 54
- Bock, Karin (2012):** Die Kinder- und Jugendhilfe. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 439-460
- Böhnisch, Lothar (2019):** Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. 2. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa
- Bowlby, John (2010):** Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

- Brewin, Chris R.; Andrews, Bernice; Valentine, John D. (2000):** Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed adults. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 68 (5), S. 748–766
- Briere, John; Runtz, Marsha (1987):** Post Sexual Abuse Trauma. Data and Implications for Clinical Practice. In: Journal of Interpersonal Violence, Vol.2 Nr. 4, S. 367–379
- Brisch, Karl H. (2009):** „Schütze mich, damit ich mich finde“. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Trauma. In: Bausum, Jacob; Besser, Lutz; Kühn, Martin; u.a.: Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. München: Juventa Verlag, S. 139 – 155
- Brisch, Karl H. (2013):** Die bindungsbasierte Behandlung von Suchterkrankungen auf verschiedenen Altersstufen. In: Brisch, Karl H. (Hrsg.): Bindung und Sucht. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, S. 277 – 297
- Deegener, Günther (2013):** Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. In: Maercker, Andreas (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Auflage, Berlin: Springer Verlag, S. 377-398
- Egle, Ulrich T.; Hardt, Jochen (2005):** Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren für die spätere Gesundheit. In: Egle, Ulrich T.; Hoffmann, Sven O.; Joraschky, Peter: Sexueller Missbrauch, Misshandlung. Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. Auflage, Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 3-22
- Ehring, Thomas; Hofmann, Arne; Kleim, Birgitt; u.a. (2019):** Psychotherapeutische Behandlung. In: Schäfer, Ingo; Gast, Ursula, Hofmann, Arne; u.a.: S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag, S. 22-27
- Essau, Cecilia A.; Conradt, Judith; Petermann, Franz (1999):** Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen. Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Nr. 27, S. 37-45. Online unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1024//1422-4917.27.1.37> [Zugriff:17.02.2021]
- Fegert, Jörg M.; Spröber, Nina (2012):** Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In: Fegert; Jörg M.; Eggers, Christian; Resch, Franz (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 569 – 596

Felitti, Vincent J.; Anda, Robert F.; Norderberg, Dale; u.a. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. In: American Journal of Preventive Medicine Nr. 14 (4), S. 245–258

Fiedler, Peter (2013): Dissoziative Störungen. 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag

Fischer, Sophia; Dölitzsch, Claudia; Schmeck, Klaus; u.a. (2016): Interpersonal trauma an associated psychopathology in girls and boys living in residential care. In: Children and Youth Services Review, Nr. 67, S. 203-211. Online unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740916301906?via%3Dihub> [Zugriff: 02.01.2021]

Fischer, Frank M.; Möller, Christoph (2020): Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (2020): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 5. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag München

Flammer, August (2009): Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. In: Fegert, Jörg M.; Streeck-Fischer, Annette; Freyberger, Harald J.: Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 92-104

Gahleitner, Silke B.; de Andrade, Marilena; Heiler, Roshan; u.a. (2018): Wieder Vertrauen wagen? Professionelle Beziehungsgestaltung mit gewaltbetroffenen Frauen. In: Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen, Nr. 1, S. 80-91

Hailes, Helen P.; Yu, Rongqin; Danese, Andrea; u.a. (2019): Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. In: Lancet Psychiatry, Nr. 6, S. 830–839

Häuser, Winfried; Schmutzer, Gabriele; Brähler, Elmar; u.a. (2011): Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. In: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 108 (17), S. 287–294

Harrington, Michael; Robinson, Jennifer; Bolton, Shay-Lee; u.a. (2011): A Longitudinal Study of Risk Factors for Incident Drug Use in Adults: Findings From a Representative Sample of the US Population. In: The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 56, issue 11, S. 686–695

- Huber, Michaela (2020):** Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. 6. Auflage, Paderborn: Junfermann Verlag
- Hurrelmann, Klaus; Quenzel, Gudrun (2016):** Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim: Juventa Verlag
- Jaritz, Caroline; Wiesinger, Detlev; Schmid, Marc (2008):** Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Trauma & Gewalt, Nr. 4, S. 266-277
- Khantzian, Edward J. (1985):** The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. In: *American Journal of Psychiatry*. Vol. 142, Nr. 11; S. 1259-1264
- Khantzian, Edward J. (1997):** The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. In: *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 4, Nr. 5, 231-244
- Khantzian, Edward J. (2017):** The Theory of Self-Medication and Addiction. In: *Psychiatric Times*, Vol. 34, Nr. 2. Online unter: <https://www.psychiatrictimes.com/view/theory-self-medication-and-addiction> [Zugriff: 23.02.2021]
- Knaevelsrud, Christine; Bering, Robert; Rau, Heinrich (2019):** Behandlung der PTBS bei Erwachsenen. Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Schäfer, Ingo; Gast, Ursula, Hofmann, Arne; u.a.: S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag, S. 16-21
- Krausz, Michael; Briken, Peer (2002):** Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen Frauen in Relation zu biografischen Faktoren, Suchtentwicklung und psychischer Symptomatik. In: *Suchttherapie*, Nr. 3, S. 178-183
- Kuhn, Silke (2004):** Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Literaturübersicht. In: *Suchttherapie*, Nr. 5, S. 110-117
- Laging, Marion (2018):** Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte - Methoden. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Langeland Willemien; Draijer, Nel, van den Brink, Wim (2002):** Trauma and Dissociation in Treatment-Seeking Alcoholics: Towards a Resolution of Inconsistent Findings. In: *Comprehensive Psychiatry*, Nr. Vol. 43, Nr.3, S.195-203

- Langeland, Willemien; van den Brink, Wim (2006):** Psychiatrische Komorbidität bei traumatisierten Suchtpatienten. In: Schäfer, Ingo; Krausz, Michael (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 93 – 107
- Lüdecke, Christel; Faure, Hendrik; Sachsse, Ulrich (2010):** Klinischer Alltag – verwirrende Klinik. In: Lüdecke, Christel; Sachsse, Ulrich; Faure, Hendrik: Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im Neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 3-10
- Maercker, Andreas (2013):** Psychologische Modelle. In: Maercker, Andreas (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Auflage, Berlin: Springer Verlag, S. 35-54
- Maercker, Andreas; Augsburger, Mareike; Böttche, Maria; u.a. (2019):** Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In: Schäfer, Ingo; Gast, Ursula, Hofmann, Arne; u.a.: S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag, S. 38-42
- Maercker, Andreas; Forstmeier, Simon; Wagner, Birgit; u.a. (2008):** Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. In: Der Nervenarzt, Nr. 79(5), S. 577-586
- Moggi, Franz; Donati, Ruth (2004):** Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Najavits, Lisa M. (2009):** Posttraumatische Belastungsstörungen und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm »Sicherheit finden«. Göttingen, Bern, Wien u.a.: Hogrefe Verlag
- Neuner, Frank; Schauer, Maggie; Elbert, Thomas (2013):** Narrative Exposition. In: Maercker, Andreas (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Auflage, Berlin: Springer Verlag, S. 327-350
- Overkamp, Bettina (2002):** Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. Ein Überblick. In: Sachsse, Ulrich; Özkan, Ibrahim; Sreeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13 – 27
- Pérez-Fuentes, Gabriela; Olfson, Mark; Villegas, Laura; u.a. (2013):** Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. In: Comprehensive Psychiatry, Nr. 54, S. 16–27

Perkonigg, Axel; Kessler, Ronald, C.; Storz, S; u.a. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, Nr. 101, S. 45 – 59

Ruppert, Franz (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. Stuttgart: Klett-Cotta

Schäfer, Ingo (2006a): Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen. In: Schäfer, Ingo; Krausz, Michael (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 11 – 32

Schäfer, Ingo (2006b): Verlaufsmodelle und Anforderungen an das Hilfesystem. In: Schäfer, Ingo; Krausz, Michael (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 256 – 270

Schäfer, Ingo; Frommberger, Ulrich; Gast, Ursula; u.a. (2019): Komorbide psychische Störungen. In: Schäfer, Ingo; Gast, Ursula, Hofmann, Arne; u.a.: S3-Leitlinie Post-traumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag, S. 43-50

Schepker, Renate; Barnow, Sven; Fegert, Jörg M. (2009): Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Fegert, Jörg M.; Streeck-Fischer, Annette; Freyberger, Harald J.: Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 231 – 240

Schepker, Renate; Fegert, Jörg M.; Häßler, Frank (2012): Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. In: Fegert, Jörg M.; Eggers, Christian; Resch, Franz (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 411 – 435

Scherwath, Corinna; Friedrich, Sibylle (2016): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag

Schindler, Andreas; Sack, Peter-Michael; Thomasius, Rainer (2012): Bindungsmuster von Cannabis- und Ecstasykonsumenten. In: Sucht, Vol. 58, Nr. 1, S. 45-53

Schindler, Andreas (2013): Bindung und Sucht – theoretische Modelle, empirische Zusammenhänge und therapeutische Implikationen. In: Brisch, Karl H. (Hrsg.): Bindung und Sucht. 1 Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, S. 13 – 31

Schindler, Andreas (2019): Attachment and Substance Use Disorders—Theoretical Models, Empirical Evidence, and Implications for Treatment. In: Front. Psychiatry, Online unter: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00727/full> [Zugriff: 04.03.2021]

Schleiffer, Roland; Gahleitner, Silke B. (2010): Schwierige Klientel oder schwierige Helfende. In: Gahleitner, Silke B.; Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie – Verlag, S. 197 – 213

Schmid, Marc (2010): Psychisch belastete Heimkinder – eine besondere Herausforderung für die Schnittstelle zwischen Klinischer Sozialarbeit und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. In: Gahleitner, Silke B.; Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie – Verlag, S. 113 – 121

Schmid, Marc; Lang, Birgit; Gahleitner, Silke B.; u.a. (2010a): Trauma – ein psychosoziales Geschehen. Die Bedeutung traumapädagogischer Konzepte für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe. In: Gahleitner, Silke B.; Hahn, Gernot (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie – Verlag, S. 238 – 249

Schmid, Marc; Fegert, Jörg M., Petermann, Franz (2010b): Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. In: Kindheit und Entwicklung, Nr. 19 (1), S. 47–63

Schmid, Marc (2013): Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe: „Traumasensibilität“ und „Traumapädagogik“. In: Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute; Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 36–60

Schmidt, Sebastian (2000): Prävalenz sexuellen Kindesmißbrauchs bei Opiatabhängigen. Themenbezogene Grundlagen, Konzept, Durchführung und Ergebnisse eines Kontrollgruppenvergleichs. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

Schnieders, Marion; Rassaerts, Isabelle; Schäfer, Martin; u.a. (2006): Der Einfluss kindlicher Traumatisierung auf eine spätere Drogenabhängigkeit. In: Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, Nr. 74, S. 511 - 521

- Schüßler, Gerhard (2017):** Entwicklungspsychopathologische Grundlagen psychischer Erkrankungen. In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; u.a. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 321 – 351
- Staeher, Juliane (2020):** Bindung und Sozialisation während der Adoleszenz. Die Kombination der Bindungstheorie Bowlbys und der Sozialisationstheorie Bourdieus als theoretisches Erklärungsmodell für deviantes Verhalten von Jugendlichen. Weinheim: Beltz-Juventa
- Statistisches Bundesamt (2021):** Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Tabelle 12411-0005. Online unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=12411-0005&bypass=true&levelindex=0&levelid=1612086462332#abreadcrumb> [Zugriff: 31.01.2021]
- Staub-Bernasconi, Silvia (2012):** Soziale Arbeit und soziale Probleme. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 267-282
- Stiller, Anja; Hellmann, Deborah F. (2017):** In the aftermath of disclosing child sexual abuse: consequences, needs, and wishes. In: Journal of Sexual Aggression, Nr 23(3), S. 251-265
- Tagay, Sefik; Repic, Nevena; Düllmann, Sonja; u.a. (2013):** Traumatische Ereignisse, psychische Belastung und Prädiktoren der PTBS-Symptomatik bei Jugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung, Nr. 22 (2), S. 70–79
- Teegen, Frauke; Zumbeck, Sybille (2000):** Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. In: Psychotherapeut, Nr. 45, S. 44-49
- Trickey, David; Siddaway, Andy P.; Meiser-Stedman, Richard; u.a. (2012):** A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. In: Clinical Psychology Review, Nr. 32, S. 122–138
- Unabhängiger Beauftragter für die Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2020):** Zahlen und Fakten zu sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Online unter: <https://beauftragter-missbrauch.de/service/zahlen-fakten> [Zugriff: 30.01.2021]
- Van der Kolk, Bessel A. (2009):** Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Nr. 58, S. 572–586

Vogt, Irmgard (2016): Frauen, Gewalterfahrungen und der Konsum von Alkohol und anderen Drogen. In: Tödte, Marina; Bernard, Christiane (Hrsg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: transcript-Verlag, S. 101– 124

Wienberg, Günther (2001): Die »vergessene Mehrheit« heute – Teil I: Ein Blick zurück nach vorn. In: Wienberg, Günther; Driessen, Martin (Hrsg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Bonn: Psychiatire-Verlag, S. 12 – 23

Ziegenhain, Ute (2013): Einleitung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Situation, Problembereiche, Versorgung. In: Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute; Goldbeck, Lutz (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 27 – 35

Abkürzungsverzeichnis

ACE *Adverse Childhood Experiences*

DSM-IV *Diagnostischer und statistischer Leitfaden in der vierten Auflage*

ICD *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

PTBS *Posttraumatische Belastungsstörung*

PKS *Polizeiliche Kriminalstatistik*

UBSKM..... *Unabhängiger Beauftragter für die Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs*

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift