

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

**Fakultät Wirtschaft und Soziales**

**Department Soziale Arbeit**

---

# **Trauma und Sucht – Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten**

**Bachelor – Thesis**

Tag der Abgabe: 28.02.2012

Vorgelegt von: Schwichtenberg, Nina

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Jürgen Hille

Zweiter Prüfer: Dr. med. Prof. Georg Schürgers

# Inhalt

|  |    |
|--|----|
| Einleitung .....   | 1  |
| 1. Die posttraumatische Belastungsstörung.....                                       | 4  |
| 1.1 Ursachen.....  | 5  |
| 1.2 Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV .....  | 6  |
| 1.3 Entstehung eines Traumas anhand eines Beispiels .....                            | 9  |
| 2. Stoffgebundene Süchte.....  | 11 |
| 2.1 Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV .....            | 12 |
| 2.2 Definition von Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Heroin.....                | 14 |
| 3. PTBS und Sucht .....  | 17 |
| 3.1 Ausgewählte Studien aus der epidemiologischen Forschung.....                     | 17 |
| 3.2 Kausale Zusammenhänge zwischen PTBS und Sucht .....                              | 19 |
| 4. Behandlungsmöglichkeiten von Trauma und Sucht.....                                | 21 |
| 4.1 Die traumazentrierte Psychotherapie.....   | 21 |
| 4.1.1 Stabilisierungsphase .....   | 21 |
| 4.1.2 Trauma- Expositionsbehandlung.....   | 24 |
| 4.1.3 Trauer und Neuorientierung .....   | 26 |
| 4.1.4 Darstellung der Behandlungstechnik EMDR .....                                  | 27 |
| 4.2 Suchttherapien.....  | 29 |
| 4.2.1 Die Behandlung vor der eigentlichen Suchttherapie .....                        | 29 |
| 4.2.2 Behandlungskonzept der stationären Langzeittherapie .....                      | 31 |
| 4.3 Die Behandlung von Trauma und Sucht am Beispiel. der integrativen Therapie ..... | 34 |
| 4.3.1 Allgemeines zur integrativen Therapie .....                                    | 34 |
| 4.3.2 Behandlungskonzept der integrativen Therapie .....                             | 35 |
| 4.4 Kritische Auseinandersetzung mit den Therapieformen .....                        | 40 |
| 5. Empirischer Forschungsteil.....   | 41 |
| 5.1 Intention der Untersuchung .....   | 41 |

|   |    |
|---|----|
| 5.2 Datenerhebung.....  | 41 |
| 5.3 Kriterien für die Auswahl der Interviewten und Zugang zur Untersuchungsgruppe ..... | 42 |
| 5.4 Interviewleitfaden.....   | 43 |
| 5.5 Durchführung .....  | 44 |
| 5.6 Auswertung .....  | 44 |
| 5.7 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung.....                                 | 50 |
| 6. Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit.....                                       | 53 |
| 7. Resumee .....  | 55 |
| 8. Literaturverzeichnis.....  | 57 |
| <br>  |    |
| Eidesstattliche Erklärung.....  | 61 |
| Anhang .....  | I  |
| Anhang 1 – Interviewleitfaden .....   | I  |
| Anhang 2 – Transkribierte Interviews.....   | II |

## **EINLEITUNG**

### ***Aufhebung***

*Sein Unglück  
ausatmen können*

*tief ausatmen  
so dass man wieder  
einatmen kann*

*Und vielleicht auch sein Unglück  
sagen können  
in Worten  
in wirklichen Worten  
die zusammenhängen*

*und Sinn haben  
und die man selbst noch  
verstehen kann  
und die vielleicht sogar  
irgendwer sonst versteht  
oder verstehen könnte*

*Und weinen können*

*Das wäre schon  
fast wieder  
Glück*

*(Erich Fried. 1966)*

Dieses Gedicht von Erich Fried sagt enorm viel über den Menschen aus, denn in unserer Gesellschaft fällt es zunehmend schwer über eigene Gefühle oder Probleme zu sprechen. Weinen wird als Schwäche verkannt und zeigt die Person in einer anderen Gestalt – einer Gestalt, die nicht in das Bild einer scheinbar so perfekten Welt passt. Das Ideal ist ein starker Charakter, der alle Probleme und Schwierigkeiten im Leben alleine bewältigt, keine Hilfe braucht und dementsprechend unabhängig ist – ganz gleich, welches Schicksal sich hinter jedem Einzelnen verbirgt.

Das Gedicht „Aufhebung“ wird nun kurz aus Sicht von Betroffenen interpretiert, die eine komorbide Störung, auch Doppeldiagnose genannt, in Form einer Abhängigkeit und einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)<sup>1</sup> entwickelt haben.

Traumapatienten erleben ihre traumatische Erfahrung täglich neu und konsumieren Suchtmittel, um sich nicht mit den Symptomen auseinandersetzen zu müssen, um abzuschalten. Entscheiden sie sich für eine Therapie, müssen sie lernen ihr Unglück vor einer fremden Person sehr tief auszuatmen und über das Erlebte zu berichten. Sie müssen versuchen, das unfassbar erfahrene Trauma in verständliche Worte zu fassen, und sollten nicht das Suchtmittel als Bewältigungsstrategie wählen. Es ist wichtig, dass sie darüber reden und es ist erlaubt, ja sogar

---

<sup>1</sup> Die Verfasserin benutzt in der weiteren Textabfassung überwiegend die Abkürzung PTBS.

erwünscht, dass Patienten Schwäche zeigen und ihre Gefühle offen legen. Klienten<sup>2</sup> sollen sich aus der perfekten Fassade lösen und allen Empfindungen freien Lauf lassen, um wieder Glück zu empfinden und das Trauma und die Sucht zu bekämpfen.

Diese Arbeit soll beweisen, dass ein enger Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht besteht. Außerdem sollen Therapiemöglichkeiten zur Behandlung dieser Doppeldiagnose aufgezeigt werden.

Die Verfasserin hat sich für diese Thematik entschieden, da sie während eines Praktikums in einer Suchtberatungsstelle feststellte, dass es im Rahmen der Suchthilfe sehr viele Menschen gibt, die neben einer Abhängigkeit, andere psychische Auffälligkeiten aufweisen. Besonders ist dabei die Posttraumatische Belastungsstörung ins Auge gefallen, da Sozialarbeiter häufig nicht dazu ausgebildet sind neben der Sucht auch auf das Vorliegen eines Traumas einzugehen. Allerdings sind es gerade Beratungsstellen, die den ersten Anlaufpunkt für stark belastete Menschen darstellen. Es wurde zwar erklärt, wie Abhängige zu beraten sind, doch die Behandlung anderer psychischer Auffälligkeiten wurde dabei völlig außen vor gelassen. So stellte sich die Frage, ob es keine Therapieform gibt, in der beide Störungen gemeinsam behandelt werden? Gibt es nur den einen Weg? Möchte ein Betroffener die Sucht bekämpfen, so geht dieser zum Suchttherapeuten? Will er dem Trauma entgegenwirken, so besucht er einen Traumatherapeuten? Fallen da nicht einige Klienten durch das Netz des therapeutischen Systems, wie zum Beispiel Menschen, die Flashbacks<sup>3</sup> im cleanen Zustand nicht aushalten und daher immer wieder rückfällig werden? In vielen Kliniken wird die Behandlung einer Suchttherapie bei mehrmaligen Rückfällen abgebrochen. Viele (Trauma-) Psychologen nehmen Betroffene nicht in die Therapie auf, solange sie noch Suchtmittel konsumieren. Diese sind der Ansicht, dass Patienten zunächst abstinent sein müssen, um erfolgreich therapiert werden zu können.

In der vorliegenden Arbeit sollen auf diese Fragen, beziehungsweise Probleme, Antworten gegeben werden.

Im ersten Abschnitt wird eine Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung vorgestellt. Darauf aufbauend wird die Verfasserin unter 1.1 auf Ursachen einer PTBS eingehen und an-

---

<sup>2</sup> Die Verfasserin beschränkt sich in der weiteren Textabfassung auf das Maskulinum.

<sup>3</sup> „Wiederkehr sich aufdrängender alptraumartiger Bilder, Erinnerungen oder übermächtiger Sinneseindrücke“ (Psyhyrembel, 2004: 579)

schließlich diagnostische Kriterien genauer betrachten (1.2). Zum besseren Verständnis erfolgt unter 1.3 die Erklärung eines Traumas anhand eines Beispiels.

Im zweiten Teil folgt zunächst die Definition von Substanzabhängigkeit. Dazu werden diagnostische Kriterien der Abhängigkeit erläutert (2.1) und im Weiteren (2.2) zeigt die Verfasserin Definitionen und Wirkungen einzelner Süchte auf.

Der dritte Gliederungspunkt bezieht sich auf den Zusammenhang des gemeinsamen Auftretens einer PTBS und einer Suchterkrankung. Dazu werden unter 3.1 Studien der epidemiologischen Forschung genauer betrachtet und unter 3.2 werden kausale Zusammenhänge der Doppeldiagnose PTBS und Sucht spezifisch durch funktionelle Studien belegt.

Im darauf folgenden Kapitel werden Therapieformen vorgestellt, um die erfolgreichste Therapiemethode für die gemeinsame Behandlung von Trauma und Abhängigkeit zu ermitteln. Daher wird es unter 4.1 zunächst um die allgemeine traumazentrierte Psychotherapie gehen. 4.1 wurde untergliedert in Stabilisierungsphase (4.1.1), Trauma Expositionsbehandlung (4.1.2), Trauer und Neuorientierung (4.1.3). Im Anschluss erfolgt eine kurze Darstellung der Behandlungstechnik EMDR (4.1.4). Die allgemeine Suchttherapie wird unter 4.2 vorgestellt und unter 4.2.1 kommt es zur Betrachtung der Behandlung vor der eigentlichen Therapie. Darauf aufbauend wird ein ausgewähltes Behandlungskonzept vorgestellt (4.2.2). Punkt 4.3 vereint dann beide Therapieformen zur integrativen Therapie und geht zunächst auf allgemeine Faktoren dieser ein (4.3.1). Anschließend wird unter 4.3.2 das Behandlungskonzept des integrativen Ansatzes vorgestellt. 4.4 beinhaltet eine kritische Gegenüberstellung der vorgestellten Therapiemethoden.

Im fünften Punkt folgt ein empirischer Forschungsteil, der der Frage nachgeht: Wie eng ist der Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht und wie kann die Doppeldiagnose am effektivsten behandelt werden? Dazu wird in den Punkten 5.1 – 5.7 detailliert auf die Intention der Untersuchung, die Datenerhebung, die Kriterien zur Auswahl der Interviewten, den Zugang zur Untersuchungsgruppe, den Interviewleitfaden, die Durchführung, die Auswertung, die Diskussion und die Schlussfolgerung eingegangen.

Der sechste Gliederungspunkt stellt eine Schlussfolgerung für die Soziale Arbeit dar. Diese wird sich vor allem auf die Rolle von Sozialarbeitern im Umgang mit Trauma und Sucht beziehen. Zum Schluss werden im Resümee die wichtigsten Aussagen aus der vorliegenden Arbeit zusammengefasst. Ferner sollen abschließende Antworten auf gestellte Fragen gegeben werden. So wird konkretisiert, ob es einen engen Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht gibt und welches die effektivste Therapiemethode dieser psychischen Störungen darstellt.

## 1. Die posttraumatische Belastungsstörung

Es gibt zwei Arten von Belastungsstörungen, zum einen die posttraumatische Belastungsstörung und zum anderen die akute Belastungsstörung. Von einer akuten Belastungsstörung wird gesprochen, wenn ein Trauma das soziale und berufliche Leben deutlich beeinträchtigt, es aber nicht länger als einen Monat anhält. Viele Menschen erholen sich von der akuten Belastungsstörung, andere entwickeln jedoch eine [chronifizierte<sup>4</sup>] posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Davison/ Neale/ Hautzinger, 2007: 190).

Die „posttraumatische Belastungsstörung stellt eine extreme Reaktion auf eine sehr starke Belastung dar, zu der auch starke Angst, Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Zusammenhang stehen, und eine Einschränkung emotionaler Reaktionen gehören“ (ebd.: 189).

Trauma ist „eine Reaktion auf Gewalt oder eine andere, überwältigend negative Erfahrung wie zum Beispiel Missbrauch [...]“. (Covington, 2008: 28). Eine PTBS ist also eine Reaktion, die durch ein Trauma entstehen kann (vgl. ebd.: 28). „Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz<sup>5</sup>, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma).“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt, 2010: 183). Umso schwerer das traumatische Ereignis ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln.

In der Bevölkerung liegt die Prävalenzrate<sup>6</sup> der Posttraumatischen Belastungsstörung bei etwa 1 bis 3 Prozent. Eine größere Anzahl an Menschen weist eine subsyndromale Form der Störung auf. Das bedeutet, die Betroffenen haben eine unterschwellige psychische Störung bei der noch keine PTBS diagnostiziert werden kann, da die Symptome noch nicht stark genug ausgeprägt sind, jedoch verursachen sie enormes Leid und Beeinträchtigungen (vgl., Davison/ Neale/ Hautzinger, 2007:192).

„Nach einem traumatischen Ereignis steigt die allgemeine Prävalenz der Störung auf 9 Prozent. Je nach Schwere des erlebten Traumas ergeben sich unterschiedliche Prävalenzen. Sie liegt bei Zivilisten, die einem körperlichen Angriff ausgesetzt waren bei 3 Prozent, bei Kriegsveteranen, Polizisten und Rettungsdiensten bei bis zu 20 Prozent und bei Opfern von Vergewaltigungen und Kriegsgefangenen bei bis zu 50 Prozent.“ (ebd.: 192).

---

<sup>4</sup> langsam sich entwickelnd, lange andauernd (vgl. Pschyrembel, 2004: 323)

<sup>5</sup> Verstecktheit; zeitweiliges Verborgensein, noch nicht in Erscheinung getreten (vgl., Pschyrembel: 1012)

<sup>6</sup> Anzahl der Erkrankten bzw. Häufigkeit des Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt (vgl., ebd.: 1473).

Doch am häufigsten, in etwa bei einem Drittel der Fälle, wird ein Trauma durch den Verlust in Folge eines gewaltsamen Todes eines geliebten Menschen ausgelöst (vgl. ebd.: 192).

### *1.1 Ursachen*

Bevor auf die Ursachen näher eingegangen wird, sollen zwei Traumtypen kurz vorgestellt werden. Das Typ-I Trauma, auch Monotrauma genannt, erfolgt, „wenn man einen schweren Unfall hatte oder Zeuge oder Opfer einer schweren Gewalttat wurde.“ (Lüdecke, 2010: 132). Häufig liegen diese Traumatisierungen wenige Jahre zurück und sind meistens keine Kindheitstraumata. Das Erleben von mehrfachen und langfristigen traumatischen Ereignissen wird dem Typ-II zugeordnet. Bei dieser Form erfuhren Betroffene häufig schon Traumatisierungen in ihrer Kindheit. Hier handelt es sich „um pathologische Bindungsmuster, die wechselseitig mit emotionaler Vernachlässigung und Reizüberflutungen einhergehen.“ (ebd.: 135). Außerdem zählen zu diesem Trauma Typ schwere sexualisierte und psychische Gewalt. (vgl. ebd.: 135)

Doch nicht das traumatische Ereignis an sich führt zwangsweise zu einer Traumafolgestörung, sondern persönliche Voraussetzungen und Interaktionsmerkmale von Betroffenen, die eine traumatische Situation miterleben und Einfluss auf die Bewältigung dessen haben (vgl. Maercker/ Rosner, 2006: 10).

Es gibt prätraumatische Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine PTBS nach einem Traumaerlebnis zu entwickeln. Hierzu zählen unter anderem eine belastende Kindheit, Missbrauch im Kindesalter, ein niedriger sozioökonomischer Status und ein geringer Intelligenzquotient. Es ist belegt, dass sich ein geringer Intelligenzquotient darauf auswirkt, inwiefern Betroffene Bewältigungsstrategien herausbilden, um das Trauma verarbeiten zu können. Daraus lässt sich erkennen, dass nicht das Ausmaß allein entscheidend für die Entwicklung einer PTBS ist. Außerdem können sich posttraumatische Faktoren (Aufrechterhaltungsfaktoren), auf die Möglichkeit der Traumabewältigung auswirken (vgl. ebd.: 11).

Den „quantitativ größten Einfluss auf die PTBS – Entstehung [haben] sowohl eine mangelnde soziale Unterstützung der Betroffenen als auch nachfolgende Lebensbelastungen. [Diese] bestimmen mehr als alle anderen Faktoren, bei wem sich eine PTBS aufrechterhält bzw. chronifiziert.“ (ebd.: 12).



## ***1.2 Diagnose nach ICD-10 und DSM-IV***

Nachdem auf die Ursachen einer PTBS eingegangen wurde, sollen nun die diagnostischen Kriterien der PTBS nach DSM-IV und ICD-10 dargestellt werden. Das ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt das deutsche Diagnose- und Klassifikationssystem psychischer Störungen dar. Die American Psychiatric Association (APA) hat ebenso ein Klassifikationsmodell entwickelt, das Diagnostische Statistische Manual (DSM-IV). In Deutschland findet es aber keine Anwendung, weil Ärzte und Psychologen nur über die Kassen abrechnen können, wenn sie Diagnosen nach der ICD-Klassifizierung stellen (vgl. Baierl, 2010: 25). In der weiteren Arbeit werden die Kurzformen ICD-10 und DSM-IV verwendet.

Um eine Diagnose der PTBS zu stellen, gelten das Vorhandensein eines traumatischen Ereignisses und das Ausbilden dreier Symptome als Voraussetzung. Das DSM-IV teilt die Symptome der PTBS in folgende drei Hauptkategorien:

1. Das erste Symptom wirkt sich im ständigen Wiedererleben des traumatischen Ereignisses durch Träume oder Reize aus. Bilder und Geräusche binden Betroffene an das Erlebnis und lösen eine emotionale Erregung aus.
2. Ein weiteres Symptom ist die Vermeidung von Reizen, die mit dem Ereignis assoziiert werden. Teilweise entwickeln Traumatisierte eine Amnesie für das Geschehene. Auf Grund dieses Symptoms kommt es häufig zu vermindertem Interesse am Kontakt mit anderen Menschen. Das Gefühl der Entfremdung entsteht und es kann sich eine Unfähigkeit entwickeln, angenehme Dinge zu fühlen. Die Betroffenen schwanken zwischen Wiedererleben und Rückzug und haben den Wunsch emotional taub zu sein und einfach gar nichts mehr zu fühlen.
3. Die dritte Hauptkategorie stellt die gesteigerte Erregung dar. Diese drückt sich unter anderem durch Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, durch übertriebene Schreckreaktionen und Empfindlichkeit aus. Es entsteht häufig eine extreme Wachsamkeit und das Umfeld wird auf emotionale oder körperliche Gefahren beobachtet (vgl. Davison/ Neale/ Hautzinger, 2007: 191 f.).

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist im DSM-IV unter der Gruppe der Angststörungen zu finden, während der ICD-10 die PTBS den Belastungs- und Anpassungsstörungen zuordnet.

Nach dem DSM-IV ergeben sich folgende diagnostische Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung:

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

(1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

(2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

(1) wiederkehrende, belastende Erinnerungen an das Ereignis,

(2) wiederkehrende Alpträume oder Flashbacks,

(3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt,

(4) psychische Belastung bei Konfrontation mit Hinweisreizen, die einen Aspekt des Ereignisses symbolisieren oder an dieses erinnern,

(5) Körperliche Reaktionen, wie zittern oder schwitzen bei Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität<sup>7</sup>

(1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,

(2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,

(3) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

(4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

(5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von Anderen,

---

<sup>7</sup> Reaktionsfähigkeit (Pschyrembel, 2004: 1542)

(6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts. Das bedeutet, Betroffene werden unfähig, zärtliche Gefühle zu empfinden,

(7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft.

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal<sup>8</sup> (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

(1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,

(2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,

(3) Konzentrationsschwierigkeiten,

(4) übermäßige Wachsamkeit,

(5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter B, C und D) dauert länger als einen Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (vgl. Fischer/ Riedesser, 2009: 47 f.).

Die Kriterien der beiden Diagnoseschemata für eine Diagnose der PTBS ähneln sich in vielen Punkten. Laut ICD-10 ist eine posttraumatische Belastungsstörung „eine verzögerte oder protahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein.“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt, 2010: 183).

Nach dem ICD-10 kann eine PTBS nur dann diagnostiziert werden, wenn die Reaktion eines traumatischen Ereignisses innerhalb oder nach 6 Monaten nach dem Ereignis in besonderer Schwere aufgetreten ist.

„Zusätzlich zu dem Trauma muss eine unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. [Zudem] tragen vegetative Störungen, die

---

<sup>8</sup> Abrupter Wechsel von einem tieferen zu einem leichterem Stadium des Schlafs, hervorgerufen durch äußere oder innere Reize (vgl. Pschyrembel, 2004: 124)

Beeinträchtigung der Stimmung und das abnormale Verhalten zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung“ (ebd.: 184).

Kritisch zu bemerken an den beiden Diagnose Schemata ist, dass sie unter anderem nicht alle Störungsbilder abdecken, die im Zusammenhang mit traumatischen Einwirkungen entstehen können. Außerdem gehen die „Langzeitfolgen nach Traumatisierung in Kindheit und Jugend, Folter oder Konzentrationslagerhaft, weit über die im ICD-10 und DSM-IV definierte Symptomatik hinaus“. (Liebermann/ Siol/ Wöller, 2001: 25). Dadurch kann die Persönlichkeit eines Opfers in umfassender und nachhaltiger Weise verändert werden. Zudem können bei Betroffenen auch andere Symptome im Vordergrund stehen, wie zum Beispiel Angstsymptome, dissoziative Zustände oder Somatisierungsstörungen<sup>9</sup>. Besonders kritisch hervorzuheben ist, „dass Entwicklungstraumatisierungen in Form wiederholter psychischer, physischer und sexueller Gewalt, die an Kindern verübt werden, in den Traumakriterien [...] nicht explizit [genannt werden], obwohl [diese Patienten] einen großen Teil der psychotherapeutischen Praxis ausmachen.“ (Sack, 2010: 13; zit.n. Roth/ Newmann/ Pelcovitz 1997: 10).

Um den zuvor erklärten Kontext besser nachvollziehen zu können, soll unter 1.3 ein Beispiel herangezogen werden, das die Entstehung eines Traumas genauer betrachtet.

### ***1.3 Entstehung eines Traumas anhand eines Beispiels***

Für eine Definition von Trauma ist es sinnvoll zwischen objektiven und subjektiven Bedingungen zu unterscheiden. Martin Sack schlägt in seinem Buch vor, „die subjektive Reaktion auf ein belastendes Ereignis als Basis für die Definition von Traumatisierungen zu verwenden. Ein belastendes Ereignis ist dann als Trauma zu bezeichnen, wenn im eindeutigen Zusammenhang mit einer auslösenden, objektiven Belastung, Anzeichen für eine Überforderung der Bewältigungsmöglichkeiten bei einer betroffenen Person vorliegen. [Die traumatische Situation müsste also auch für andere Menschen eine extreme Belastung hervorrufen können.] Ob sich infolge dieser Überforderung eine Traumafolgestörung ausbildet, hängt entscheidend von den individuellen Kompensationsmöglichkeiten und nicht zuletzt den psychosozialen Ressourcen ab.“ (Sack, 2010: 17).

Um zu verstehen, wie ein Trauma entsteht, wurde im Folgenden das Beispiel eines Autounfalls gewählt.

---

<sup>9</sup> „Multiplen, wiederholt auftretenden und häufig wechselnden körperlichen Symptomen“ (Pschyrembel, 2004: 1698)

Dabei soll sich folgende Situation vorgestellt werden:

Eine Person verlässt nach einem anstrengenden Tag im Büro seine Arbeit. Auf dem Heimweg überquert diese eine Straße und wird plötzlich von einem Auto erfasst. Während des Liegens auf der Straße kann es passieren, dass das Unfallopfer hellwach ist und nicht einmal Schmerzen empfindet. Im Gegenteil: die Wahrnehmung von Gefühlen wird gänzlich von der Psyche ausgeschaltet. Dieser Zustand wird als Hypervigilanz (Hyperwachsamkeit) bezeichnet und „ist unter anderem bedingt durch einen Noradrenalin-Stoß, der dazu führt, dass man plötzlich hell wach ist.“ (Sachsse, 2010: 89). Sanitäter und Polizei treffen am Unfallort ein. Es folgt eine Untersuchung aller Beteiligten, sowohl medizinisch, als auch zur Beweisaufnahme für die Beamten. Nachdem all das vorüber ist und eine weitere Untersuchung im Krankenhaus stattgefunden hat, sitzt das Unfallopfer körperlich unversehrt zu Hause und freut sich vielleicht sogar über den glimpflichen Ausgang des Autounfalls. Plötzlich jedoch treten anhaltendes Zittern und Schweißausbrüche auf. Das Unfallopfer gerät in seiner Gefühlswelt wieder zurück an den Unfallort und findet sich wieder in der Situation des Autounfalls, nur noch schlimmer. Dieser Zustand wird dann als Intrusion oder Flashback bezeichnet. Es brennt sich etwas ein und setzt sich im Gehirn fest. Nachts wird ständig von der Szene geträumt, als würde ein Video abgespielt werden. Dieser Zustand macht die Verarbeitung eines traumatischen Ereignisses so schwierig. Die normale Verarbeitung von Intrusionen geschieht im Traum. „Die einzelnen Abläufe [werden] verarbeitet und irgendwie eingebaut [...]. Genau das aber fällt mit traumatischen Erfahrungen schwer. Die laufen wieder und wieder ab und sind schlecht zu verträumen.“ (ebd.: 91). Innerseelisch schwanken Menschen nach einer traumatischen Erfahrung zwischen zwei Zuständen: zum einen ist da der Zustand der Intrusion<sup>10</sup>, zum anderen der Zustand, Konstriktion<sup>11</sup>. Ist ein Typ-I Trauma (Monotrauma) vorhanden, werden die Erfahrung durch das „Pendeln zwischen Konstriktion, Intrusion, Darüber- Reden, Sich Ablenken und Davon- Träumen [innerhalb eines Vierteljahres verarbeitet].“ (ebd.: 91). Die Verarbeitung kann aber auch länger andauern.

Allerdings kann es auch anders verlaufen. Wenn der Betroffene nicht über seine Erfahrung sprechen kann und es nicht schafft, seine traumatische Erfahrung ins sprachliche Wachbewusstsein zu übertragen, kann es passieren, dass der Traumatisierte beginnt sich häufig zu betrinken. „Wenn die Intrusionen nicht verarbeitet werden, dann können sie durch Außenrei-

---

<sup>11</sup> Zusammenschnürung/ Verengung von zum Beispiel Blutgefäßen (vgl. Pschyrembel, 2004: 967)

ze, die Reizen während der Traumatisierung ähnlich sind, getriggert<sup>12</sup> werden.“ (Sachsse, 2010: 91). Es werden Vermeidungsverhaltensweisen entwickelt. So kann es passieren, dass der traumatisierte an der Stelle, wo der Autounfall stattgefunden hat, nicht mehr die Straße überquert und Umwege in Kauf nimmt.

Handelt es sich allerdings um Lebenssituationen, in denen wir damit rechnen müssen, traumatisiert zu werden, wird es besonders schwierig. Ein Beispiel dafür stellt ein Kind dar, das in einer Familie lebt, in der es wieder und wieder Gewalt erfährt. Es erfolgt dann eine Dissoziation<sup>13</sup>, „eine zentrale Überlebensstrategie bei schwerer Traumatisierung.“ (ebd.: 93). So berichten dissoziierte Menschen, die schwer misshandelt wurden: „Ich bin dann oben auf dem Schrank gesessen und habe das nur von außen gesehen. Ich bin neben mir gestanden, ich war ganz woanders.“ (ebd.: 93).

Es konnte festgestellt werden, „dass es umso wahrscheinlicher ist eine chronische Posttraumatische Belastungsstörung zu bekommen, je besser wir in der traumatischen Situation dissoziieren. Je besser die Dissoziation akut klappt, umso schwerer fällt die Verarbeitung.“ (ebd.: 94). Wie eine Posttraumatische Belastungsstörung bzw. ein Trauma erfolgreich bearbeitet werden kann, wird später im Punkt 3.1 Traumazentrierte Psychotherapie, genauer dargestellt.

## **2. Stoffgebundene Süchte**

Im Folgenden wird auf stoffgebundene Süchte genauer eingegangen. Die Sucht gehört zur Systematik der psychischen Störung. Im Kapitel V, F1 des ICD-10 werden Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen aufgeführt. Der ICD untergliedert die verschiedenen Störungen von F10 - F19. Diese neun psychotropen Substanzen werden wie folgt eingeteilt: Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzen einschließlich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel und multipler Substanzgebrauch.

---

<sup>12</sup> auslösen, erzeugen (vgl., Pschyrembel: 1846)

<sup>13</sup> „Der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen“ (Pschyrembel, 2004: 408).

Laut WHO wird Abhängigkeit folgendermaßen definiert:

„Abhängigkeit von Suchtstoffen bezeichnet einen Zustand psychischer und/ oder physischer Abhängigkeit einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird, um durch bestimmte Reize oder Reaktionen Lustgefühle oder Lustzustände herbeizuführen bzw. Unlustgefühle zu vermeiden (WHO 1985).“ (Krausz/ Schäfer/ Lucht, 2005: 484). Sucht kann als „unbezwingbares, gieriges Verlangen, mit der Einnahme der Droge fortzufahren“, (ebd.: 484) definiert werden.

Eine weitere Definition stellt Maree Teesson in ihrem Buch „Suchtmittel und Abhängigkeit“ dar. „Ein Alkoholproblem oder eine Drogenabhängigkeit liegt dann vor, wenn ein Mensch seinen Konsum des Suchtmittels nicht mehr kontrollieren kann; wenn er unverhältnismäßig viel Zeit darauf verwendet, sich Alkohol oder Drogen zu beschaffen und zu konsumieren, und danach lange braucht bis er sich von den Wirkungen der Substanz erholt hat [...].“ (Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 11).

Im Weiteren werden in Punkt 2.1 die diagnostischen Kriterien der Abhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV erklärt. Um eine Idee von psychotropen Substanzen zu bekommen, erfolgt im Punkt 2.2 die Beschreibung der Suchtmittel Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Heroin.

## ***2.1 Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV***

Der ICD-10 unterscheidet zwischen schädlichem Gebrauch F1<sup>x</sup>.1 und dem Abhängigkeitsyndrom F1<sup>x</sup>.2.

Der ICD-10 definiert den schädlichen Gebrauch folgendermaßen:

„Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode.“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt, 2010: 98).

Nach dem DSM-IV müssen folgende Kriterien, die innerhalb des letzten Jahres aufgetreten sind, vorhanden sein, um einen schädlichen Gebrauch, auch Substanzmissbrauch genannt, zu diagnostizieren:

1. wiederholter Substanzgebrauch, der häufig zu einem Versagen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt oder

2. wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann oder
3. wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Konsum oder
4. fortgesetzter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme (vgl. Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 19).

An dieser Stelle wird nicht weiter auf den schädlichen Gebrauch bzw. Substanzmissbrauch eingegangen, sondern sich nur auf die Abhängigkeit psychotroper Substanzen konzentriert. Das Abhängigkeitssyndrom wird im ICD-10 wie folgt beschrieben:

„Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch psychotrope Substanzen oder Medikamente, Alkohol oder Tabak zu konsumieren.“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt, 2010: 99).

Eine abhängigkeitsbezogene Behandlung kann erst eingeleitet werden, nachdem eine entsprechende Diagnose gestellt wurde. Nach dem ICD-10 müssen folgende drei oder mehr Kriterien während des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden gewesen sein, um eine Diagnose der Suchtmittelabhängigkeit zu stellen:

1. ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren;
2. eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
3. Substanzkonsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen;
4. eine Toleranzentwicklung, so dass man eine höhere Dosierung braucht, um die gewünschte Wirkung zu erzielen;
5. negative Veränderung des Lebensstils zur Sicherstellung des Konsums;
6. anhaltender Konsum trotz nachweislicher schädlicher Folgen körperlicher, psychischer oder sozialer Art (vgl. ebd.: 99).

Da die Kriterien des DSM-IV in vielen Punkten mit denen des ICD-10 übereinstimmen, werden sie hier nicht noch einmal aufgeführt.

Der Weg in die Abhängigkeit ist ein Prozess. Je nach konsumierter Substanz werden Konsumenten mehr oder weniger schnell physisch und psychisch abhängig. Dieses Risiko hängt



sowohl vom Suchtpotenzial der jeweiligen Substanz, als auch von den Konsumgewohnheiten ab (vgl. van Treeck 2004: 9f.).

## ***2.2 Definition von Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Heroin***

Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain und Heroin werden dem Begriff der Drogen zugeordnet. „Eine Droge ist eine chemische Substanz, die im Unterschied zu einem Nahrungsmittel die biologische Funktionsweise eines Menschen oder anderer Lebewesen verändert. Eine psychotrope Droge ist ein Stoff, der so auf das Gehirn wirkt, dass Stimmung, Denkprozesse, oder Verhalten verändert werden.“ (Tesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 13).

### *Rauchen*

„Unter den Abhängigkeitserkrankungen steht in Deutschland das Rauchen von Tabak an erster Stelle.“ (Faure, 2010: 104). 2009 waren laut Drogen- und Suchtbericht rund 16 Millionen Deutsche abhängig. Das Suchtpotential ist höher als bei Alkohol, Opiaten oder verschreibungspflichtigen Medikamenten. „Hauptwirkstoff der Tabakpflanze ist das Alkaloid Nikotin.“ Nikotin fördert die Ausschüttung von Adrenalin, Serotonin und Dopamin [...] und erhöht dadurch für kurze Zeit Leistungsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistungen“ (ebd.: 111). Laut WHO stellt Rauchen eine der Hauptursachen für krankheitsbedingte Belastungen dar (vgl. Tesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 93).

Kurzfristige negative Auswirkungen von Nikotin können „erhöhter Pulsschlag, zeitweiliger Anstieg des Blutdrucks, Übersäuerung des Magens, verminderter Blutfluss in den Körperextremitäten (z.B. Finger, Zehen), Übelkeit und tränende Augen“ (ebd.: 14) sein. Langfristig kann es zur Beeinträchtigung des Geschmacks- und Geruchssinns kommen, zu frühzeitiger und übermäßiger Faltenbildung führen und das Risiko erhöhen, anfällig für Erkältungen und chronische Bronchitis, Herzkrankheiten und bestimmte Krebsarten zu sein (vgl. ebd.: 14).

### *Alkohol*

Die Verbreitung der Droge Alkohol nimmt in der Allgemeinbevölkerung einen vorderen Rang ein. Rund 1,3 Millionen Deutsche sind alkoholabhängig und 9,5 Millionen Personen trinken Alkohol in riskantem Ausmaß (vgl. Faure, 2010: 104). Alkoholabhängigkeit äußert sich immer in der Toleranzentwicklung. Das bedeutet, dass immer größere Mengen notwendig sind, um die Wirkung zu spüren. Außerdem kann ein abruptes Einstellen des Trinkens zu

Entzugssymptomen und zu Delirien<sup>14</sup> führen. Zudem haben Alkoholabhängige häufig Probleme mit ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit. (vgl. Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 67).

Alkohol wirkt sich folgendermaßen aus: „Die Hemmschwelle wird gesenkt, die Koordinationsfähigkeit ist reduziert, die Reaktionszeit verringert sich. Außerdem ist das Sehvermögen beeinträchtigt, die Sprache wird verwaschen, und es bauen sich Aggressionen auf. Exzessiver Alkoholkonsum kann sogar zu Koma und Tod führen.“ (ebd.: 14).

### *Cannabis*

Eine dritte Form psychotroper Substanzen stellt Cannabis, auch Marihuana genannt, dar. Diese ist in der industrialisierten Welt, die am häufigsten gebrauchte illegale Droge. „Cannabis ist der Oberbegriff für alle Substanzen, die aus unterschiedlichen Teilen der Hanfpflanze [...] gewonnen werden, vor allem aus den Blüten und Blättern der oberen Teile der reifen Pflanze. Die Blüten der Hanfpflanze enthalten eine klebrige, harzige Masse [...].“ (Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 105). Der primäre psychoaktive Stoff der Hanfpflanze nennt sich Delta-9-Tetrahydrocannabinol, besser bekannt unter THC und ist von der Wirkung vergleichbar mit Nikotin. Für Cannabis gibt es zahlreiche Bezeichnungen, wobei zwischen den Blüten und dem Harz unterschieden wird. Für die Blüten werden Ausdrücke wie Dope, Gras oder Spliff verwendet. Den Harz bezeichnet man auch als Haschisch, Pot oder Shit (vgl. ebd.: 105f.). Cannabis wird meistens geraucht. Mittlerweile gibt es aber auch die Möglichkeit, die Wirkung des THC in Form von Plätzchen oder durch Trinken heißen Wassers, dem man das Cannabismaterial zugibt, zu konsumieren. Das Rauchen erfolgt meist durch einen selbstgedrehten Joint mit den zerkleinerten Substanzen und Tabak vermischt. Weiterhin besteht die Variante des Rauchens durch eine Wasserpfeife, auch Bong genannt. Dazu wird beispielsweise eine einfache, mit Wasser gefüllte Plastikflasche verwendet. Bei dieser Methode ist das THC besonders wirksam (vgl. ebd.: 105).

Die kurzfristigen Wirkungen von Cannabis äußern sich beim Konsumenten unter anderem in der Zeitwahrnehmung. Die Wahrnehmung von Zeit und Gedankenabläufen „kann beschleunigt oder verlangsamt sein“ (ebd.: 106). Außerdem entsteht das Gefühl, intensiver zu sehen, zu hören und tiefer zu verstehen. Weiterhin äußert sich „das typische „High“ Gefühl durch euphorische Stimmung, gesteigerte Redseligkeit, Lachbereitschaft, Schläfrigkeit, Angstzustände, paranoide Gedanken und vermehrte[n] Appetit.“ (Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008:

---

<sup>14</sup> Bewusstseinsstrübung, die sich in Verwirrtheit und Wahnvorstellungen äußert (vgl. Pschyrembel, 2004: 376)

15). Langfristig kann es zur „Abnahme der Lernfähigkeit und Gedächtnisleistung, zur Verringerung der Motivation im schulischen oder beruflichen Bereich, zur Verminderung der Konzentration und zu unfallbedingten Verletzungen führen“ (vgl. ebd.: 15).

### *Kokain*

Kokain gehört zur Gruppe der Psychostimulanzien und wird aus dem Cocastrauch gewonnen. Kokainchlorid ist die Form, die gemeinhin unter Kokain verstanden wird. Es ist farblos, geruchlos, durchscheinend und im Wasser leicht löslich. Diese Art der Droge eignet sich zum Essen, Schnupfen oder als Injektion. Als weitere Sorte lässt sich die gräulich-kristalline Substanz Kokainbase aufführen. Dieses ist ein stark verunreinigtes Zwischenprodukt der Kokainherstellung. Crack stellt eine weitere Form dar. Es wird durch das Aufkochen von Kokainhydrochlorid mit Natriumhydrogencarbonat gewonnen. Crack sind Körner, die geraucht werden. Dann gibt es noch Kokainsulfat, welches ein Zwischenprodukt bei der Herstellung von Kokain darstellt und mit Tabak vermischt wird (vgl. Kebernik, 2010: o.S.). „Kokain hat die größte Verstärkerwirkung im Zentralnervensystem, indem es die Freisetzung von Dopamin, Noradrenalin und Serotonin fördert und ihre Wiederaufnahme in die Nervenzelle hemmt.“ (Faure, 2010: 116).

Kurzfristige Wirkungen von Kokain sind unter anderem eine Erhöhung des Blutdrucks, der Herz- und Atemfrequenz und der Körpertemperatur, gesteigerte Wachsamkeit und Energie, erweiterte Pupillen, Appetitlosigkeit, überhöhtes Selbstbewusstsein und herabgesetzte Kritikfähigkeit. Zu den langfristigen Folgen zählen Schlafstörungen, Herzinfarkte, Schlaganfälle und Atemstillstand. Durch das Schnupfen kann es zu Nasenbluten und zur Zersetzung der Nasenscheidewand kommen. Durch intravenöse Einnahmen steigt die Gefahr von Hepatitis oder einer HIV Infektion (vgl. Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 15). „Der normale Rausch ist kurz und führt bald in einen depressiv erschöpften Zustand über, der den Wunsch nach erneuter Kokain-Aufnahme stark aktivieren kann.“ (Faure, 2010: 117).

### *Heroin*

Die nächste Form, das Heroin zählt zu den Opiaten. „Opiate werden aus Schlafmohn gewonnen, der einen weißen Saft mit einem hohen Anteil natürlicher Opiumalkaloide produziert. Diese Alkaloide werden [...] für die Herstellung der natürlichen Opiate, wie Heroin verwendet.“ (ebd.: 119).

Heroin ist durch seine leichte Überdosierung eine der gefährlichsten Drogen und nach Nikotin, die Droge mit dem höchsten Suchtpotential. Meist werden Opiate intravenös verabreicht, was häufig zur Übertragung ansteckender Krankheiten, wie Hepatitis B oder C, führen kann.

Die kurzfristigen Wirkungen äußern sich auf der einen Seite durch Euphorie, die in Form tiefer Entspannung und Gelassenheit auftritt. Außerdem kommt es zu einer Schmerzlinderung, der Schmerz ist nicht mehr unangenehm und quälend, er wirkt beinahe angenehm (vgl. Faure, 2010: 114). Das ist auch der Grund, warum Heroin bevorzugt von traumatisierten Abhängigen konsumiert wird. Es wird zunächst ein Kick ausgelöst, gefolgt von tiefer Entspannung. Doch auf der anderen Seite führt der Konsum dieser Droge „zu Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung und Schläfrigkeit.“ (Teesson/ Degenhardt/ Hall, 2008: 15).

Langfristig äußert sich Heroingebrauch in der Herabsetzung des sexuellen Verlangens: Männer werden impotent, Frauen unfruchtbar. Eine Überdosis Heroin kann den Tod zur Folge haben (vgl. ebd.: 15).

### **3. PTBS und Sucht**

Im Folgenden wird unter Punkt 3.1 ein kurzer Einblick in einige Studien aus der epidemiologischen Forschung gegeben. Unter 3.2 werden kausale Zusammenhänge aus funktionellen Studien zwischen PTBS und Sucht dargestellt.

#### ***3.1 Ausgewählte Studien aus der epidemiologischen Forschung***

Leider gibt es im deutschsprachigen Raum bisher kaum Studienergebnisse von Sucht und Posttraumatischer Belastungsstörung in Interaktion (vgl. Lüdecke, 2010: 16). Die meisten Studien stammen aus dem amerikanischen Raum.

„Aus epidemiologischer Forschung ist [...] abzuleiten, dass ein traumatisches Ereignis bzw. eine PTBS das Risiko einer Suchterkrankung erhöht und umgekehrt.“ (Krausz/ Reimer, 2006: 245). Nach epidemiologischen Studien ist „die Wahrscheinlichkeit neben einer PTBS an einer Suchterkrankung zu leiden, um das 2-bis 8-Fache erhöht.“ (Lüdecke, 2010: 16).

Driessen et al untersuchten 459 Menschen mit einer Substanzabhängigkeit. Unter ihnen erlitten 67 Prozent eine Traumatisierung. Bei insgesamt 23,5 Prozent dieser Traumatisierten wurde eine PTBS diagnostiziert, wobei 15 Prozent zusätzlich eine Alkoholabhängigkeit und

30 Prozent eine Drogenabhängigkeit entwickelten. Rund 34 Prozent der PTBS erkrankten, konsumierten jedoch polytox Alkohol und Drogen (vgl. ebd.: 16).

Bei Menschen, die an einer PTBS leiden, liegt demnach ein erhöhtes Risiko vor, eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln, wobei die Schwere des Traumas diese Wahrscheinlichkeit erhöht. Frauen weisen gegenüber Männern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit auf. Außerdem konsumieren Abhängige mit einer PTBS mit höherer Wahrscheinlichkeit illegale Drogen.

In den meisten Fällen erkrankten Patienten zuerst an einer Posttraumatischen Belastungsstörung bevor es zu einer Suchtentwicklung kommt. Das zeigt auch die Studie von Kessler. Dort berichten 65 Prozent der Männer und 84 Prozent der Frauen, dass sie zunächst an einer posttraumatischen Belastungsstörung litten und die Sucht später dazu kam. Meist beginnt der Substanzmittelmissbrauch mit dem Höhepunkt der Arousal- Symptomatik (vgl. Lüdecke, 2010: 21). Zur Erinnerung, Arousal meint ein abruptes wechseln von tieferen und leichteren Schlafphasen, ausgelöst durch bestimmte Reize (vgl. Pschyrembel, 2004: 124). Zudem berichten Befragte, je schlimmer die PTBS-Symptome wurden, desto mehr nahm auch der Alkohol- und Drogenkonsum zu (vgl. ebd.: 21).

Die Trauma Studie von Driessen ergab, „dass durchschnittlich 25 Prozent der Suchtkranken, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in ambulanter oder stationärer Behandlung befanden, an einer akuten oder chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung litten. Besonders hoch war der Anteil derjenigen, die polytoxikomane<sup>15</sup> Konsummuster hatten. Diese konsumierten Alkohol und Drogen, inklusive des Opiat-Typs. Von diesen Patienten mit schwersten Formen der Suchterkrankung hatten 34 Prozent eine komorbide Posttraumatische Belastungsstörung.“ (ebd.: 16).

Eine weitere wichtige Studie stellt die von Brown zu der Frage der Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg und des Verhaltens im Versorgungssystem, dar. Er fand heraus, „dass Suchtpatienten mit PTBS häufiger aufgenommen werden mussten und häufiger und schneller rückfällig wurden. Die Standardtherapieprogramme waren nur bedingt geeignet, die Bedürfnisse komorbider Patienten abzudecken.“ (Krausz/ Reimer, 2006: 247). Laut Lüdecke ist „ein integratives Therapiekonzept für suchtkranke Traumatisierte [...] erfolgreicher als ein Behandlungskonzept, welches ausschließlich auf die Behandlung Suchtkranker ausgerichtet ist.“

---

<sup>15</sup> „Abhängigkeit von verschiedenen Suchtstoffen“ (Pschyrembel, 2004: 1462)

(Lüdecke, 2010: 16). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es viele Studien gibt, die eine hohe Rate an Traumatisierungen und Posttraumatischer Belastungsstörungen in Verbindung mit Suchterkrankungen fanden. Demnach haben circa 70 bis 90 Prozent der Suchtkranken schwere Traumatisierungen erlitten (vgl. Lüdecke, 2010: 12). Im Weiteren sollen nun anhand funktioneller Studien kausale Beziehungen und Zusammenhänge der Doppeldiagnose PTBS und Sucht erklärt werden.

### **3.2 Kausale Zusammenhänge zwischen PTBS und Sucht**

Die drei nachfolgenden Hypothesen gehen auf funktionelle Studien zurück. Mit diesen wird versucht, „kausale Beziehungen und Zusammenhänge zwischen komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung und Sucht zu finden.“ (Lüdecke, 2010: 19).

Laut Lüdecke gibt es drei Thesen, um funktionelle Zusammenhänge zwischen PTBS und Suchtmittelkonsum zu erklären. Da sowohl die Sensibilitätshypothese als auch die Hochrisikohypothese eine nicht so breite Anerkennung finden, sollen diese nur kurz angeschnitten werden. Auf die Selbstmedikationshypothese wird auf Grund ihrer zentralen Bedeutung ausführlicher eingegangen.

In der Sensibilitätshypothese wurde festgestellt, dass Substanzmittelabhängigkeit die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung auf Grund der Sensibilisierung des limbischen Systems<sup>16</sup> bei Suchtkranken erhöht. Studien sagen, dies geschieht einerseits durch die Sensibilisierung bei häufig erlebten traumatischen Ereignissen, so dass bei einer erneuten Traumatisierung eher Symptome einer PTBS auftreten. Andererseits erhöhen die häufigen Entzüge Suchtkranke die „Alarmbereitschaft“ des zentral sympathischen Systems. Es scheint, als würde ein Entzug eine ähnliche Belastung wie ein traumatisches Ereignis darstellen, so dass bei diesen Patienten „vermehrt Posttraumatische Belastungsstörungen nach Traumatisierungen auftreten und dann einen verlängerten Lauf nehmen können.“ (ebd.: 19).

Die Hochrisikohypothese geht davon aus, dass sich Süchtige eher in riskante Situationen begeben, die ein traumatisches Erlebnis wahrscheinlicher machen. Das können unsichere Lebensumstände wie zum Beispiel ein familiäres Umfeld sein, das Gewalt und Missbrauch beinhaltet, etwa aufgrund des übermäßigen Alkohol- und/ oder Drogenkonsums der Eltern. Das können aber auch abhängige Frauen sein, die oftmals Beziehungen zu gewalttätigen und oftmals auch abhängigen Partnern eingehen und so Opfer von Gewalt werden.

---

<sup>16</sup> Verantwortlich für Emotionen und Motivationen

Die These widerspricht sich in der Hinsicht, dass es einerseits im intoxikierten (vergifteten) Zustand in Risikosituationen eher zu einer PTBS kommt und andererseits das Risiko für eine Entwicklung erneuter posttraumatischer Symptome unter Drogenkonsum geringer ist, da sie im intoxikierten Zustand geschützt sind. Die Studienergebnisse gehen sehr weit auseinander und somit findet die These keine breite Anerkennung (vgl. ebd.: 19).

Bei der Selbstmedikationshypothese nach Khantzian „handelt es sich um einen Selbstheilungsversuch der Betroffenen mit Hilfe von Suchtmitteln.“ (Schay/ Liefke, 2008: 40). Psychoaktive Substanzen werden als Selbstmedikation genutzt, um die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu mildern und zu kontrollieren. Khantzian verdeutlicht in seiner Selbstmedikations- Theorie, dass Drogen nach ihrem spezifischen psychotropen Effekt ausgewählt werden. Demnach konsumieren Betroffene, die eher zu Aggressionen neigen, wahrscheinlich Heroin, da dieses eine dämpfende Wirkung auf Gefühle von Wut und Aggressionen hat. Kokain wird eher von Konsumenten genutzt, die depressiv sind oder ein mangelndes Selbstbewusstsein aufweisen, da es eine anregende Wirkung mit sich bringt, die Konzentration steigert und Müdigkeit überwindet (vgl. ebd.: 40). Alkohol wird überwiegend von Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen genutzt, um Sexualität ertragen zu können. Ohne den Konsum wird Sexualität eher gemieden. Dennoch tritt der zuvor beschriebene Effekt nur bei geringen Konsummengen ein und senkt das Hyperarousal. Bei erhöhtem Konsum besteht eine hohe Intrusionsgefahr (vgl. Lüdecke, 2010: 19). Das bedeutet, bei einer zu hohen Menge an Suchtstoffen, ist die Gefahr sehr hoch ein traumatisiertes Ereignis wieder zu erleben.

Traumatisierte nutzen also Drogen, um Flashbacks, Angstzustände oder Triggerreize zu verringern und Vermeidungsverhalten zu umgehen. Bei Nachlassen der Wirkung tauchen die Symptome wieder auf und es kommt zum erneuten Konsum. Die Sucht wird als Bewältigungsstrategie gegen Intrusionen und andere Symptommatiken verstanden. Es entsteht ein Teufelskreis, der nur mit professioneller Hilfe wieder verlassen werden kann.

Bei Betrachtung der drei Hypothesen, lässt sich schlussendlich erkennen, dass sie einander bedingen können. Da die Droge als Selbstmedikation gebraucht wird, um Symptome zu bekämpfen, begeben sich Betroffene in Hochrisikosituationen und gehen beispielsweise der Prostitution nach. Sie benötigen Geld, um den Konsum zu bezahlen. Während sie sich prostituieren, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit erneut traumatisiert zu werden, da sie nach der Sensibilitätshypothese empfänglicher sind nach erneuter Traumatisierung eine PTBS zu entwickeln. Um eine Retraumatisierung zu vermeiden, werden erneut Suchtmittel genutzt. Wie

traumatisierten Süchtigen effektiv geholfen werden kann, soll im nächsten Kapitel dargestellt werden.

## **4. Behandlungsmöglichkeiten von Trauma und Sucht**

Im vierten Kapitel werden einzelne Therapieformen genauer betrachtet. Zunächst wird die Traumatherapie beschrieben. Im Punkt 4.2 erfolgt die Erklärung der Suchttherapie. Anschließend geschieht eine Einordnung der integrativen Therapie, die die Traumatherapie und die Suchttherapie vereint.

### ***4.1 Die traumazentrierte Psychotherapie***

Es gibt in der heutigen Zeit zahlreiche Therapieformen, um ein Trauma zu behandeln. Die posttraumatische Belastungsstörung ist sehr komplex, auf Grund vielschichtiger Symptomatik auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene (vgl. Flatten/ Wöller/ Hofmann, 2001: 85). Wie im ersten Punkt bereits erwähnt, gibt es unterschiedliche Arten von Traumatisierungen, jedoch sind die körperlichen Folgen sehr ähnlich (vgl. Sachsse, 2010: 85).

Im Folgenden wird speziell auf die traumazentrierte Psychotherapie, nach Ulrich Sachsse, eingegangen. Diese gliedert sich in drei Phasen: die Stabilisierung, die Traumakonfrontation und die Phase der Trauer und Neuorientierung. Wichtig zu sagen ist, dass die drei Phasen sich nicht gegenseitig ablösen, sondern eher in komplexer Beziehung zueinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Die Traumakonfrontation oder die Trauer- und Neuorientierungsphase macht möglicherweise eine erneute Stabilisierung erforderlich und anders herum. Die Stabilisierungsphase kann häufig auch über das Therapieende hinaus notwendig sein (vgl. Sachsse, 2009: 198).

#### ***4.1.1 Stabilisierungsphase***

Der Mensch ist geprägt von drei Ich- Zuständen, die jedem uneingeschränkt zur Verfügung stehen, um auf Situationen zu reagieren. Es gibt demnach das Kindheits-Ich, das Erwachsenen-Ich und das Eltern-Ich. Das Kindheits-Ich bezeichnet die fordernde oder uneinsichtige kindliche Ebene in der Kommunikation von Botschaften, von der aus mit dem Gegenüber kommuniziert wird. Das Erwachsenen-Ich kommuniziert mit dem Gegenüber auf Augenhöhe. Das Eltern-Ich stellt die fürsorgliche oder kritisierende Rolle in der Kommunikation mit dem Gegenüber dar (vgl. Papadakis, 2006: o.S.).



Diese drei Ebenen nehmen in der Stabilisierungsphase eine wichtige Rolle ein, doch zu aller erst geht es um das Sicherheitsgefühl. Es ist wichtig, dass der Patient sowohl äußere, als auch innere Sicherheit aufbaut. „In der traumazentrierten Psychotherapie gilt eine Grundregel: äußere Sicherheit vor innerer Sicherheit vor Trauma- Exposition.“ (Sachsse, 2009: 198). Bei Klärung der äußeren Sicherheit ist es wichtig, die genauen Lebensumstände zu hinterfragen. Wo und wie lebt der Patient? Wie gestaltet sich das Freizeitverhalten, wie die Arbeitssituation? Wie sieht das Verhältnis zum Partner aus? Der Patient kann seine Lebensumstände als sehr sicher einschätzen, da er seine jetzige Situation vielleicht mit früheren vergleicht und die heutige als viel sicherer empfindet. Häufig stellt sich dann erst im therapeutischen Prozess heraus, wie unsicher seine jetzige Lebenssituation ist. Besteht keine äußere Sicherheit, kann die Psychotherapie nicht begonnen werden, denn es können wesentliche Schutzmechanismen oder die Fähigkeit zur Dissoziation geschwächt werden. Der Patient muss befähigt werden, sich äußere Sicherheit zu beschaffen oder diese zuzulassen. Dazu können imaginative Interventionen hilfreich sein, indem der Betroffenen gefragt wird: Wer möchte die Beziehung zu einem Ehemann, der misshandelt? Ist das eine erwachsene Frau oder ist es das innere Kind (vgl.: Sachsse, 2009: 200)?

Außerdem spielt das Schaffen eines sicheren Ortes und einer Helferfigur eine zentrale Rolle, um Gefahren abzuklären. Mit dem Klienten wird die individuelle Vorstellung eines geschützten Raumes erarbeitet. Dazu sollen sich die Patienten einen Wohlfühlraum in ihrer Phantasie vorstellen und zugleich versuchen, die Vorstellung eines nicht menschlichen Schutzwesens zu entwickeln. Diese Phantasievorstellungen sollen in den nächsten Therapiestunden erörtert werden. Dazu stellt der Therapeut während einer Phantasiereise Fragen zu Schutzfunktionen, zu Sicherheitscharakteristika an diesem Platz und zur Fürsorglichkeit der Helferfigur. Wenn sich der Therapeut an diesem Ort unwohl fühlen sollte, zum Beispiel, wenn der Patient von einer dunklen Gruft spricht, wird er darauf angesprochen und es werden Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Gut kann es sein, diese Imaginativübung auf eine Tonkassette aufzunehmen und dem Patienten zum täglichen Üben mitzugeben (vgl. Lüdecke/ Sachsse 2010: 163). Während des Hörens darf der Klient die Aufnahmen unterbrechen, sollte er auf störende Formulierungen stoßen. So kann die Kassette während der nächsten Therapiesitzungen ausgebessert werden. Die Tagträume sollen als positive Phantasien den sich aufdrängenden Flashbacks entgegen gesetzt werden und in Form positiver Träume zu deren Beeinflussung vor dem Einschlafen eingesetzt werden (vgl. ebd.: 164).

Wichtig zu beachten ist, dass bei schwer „traumatisierten abhängigen Patienten, [...] das eigenständige Erstellen einer Kassette gerade in der frühen Therapiephase, in der man die Ver-

fügbarekeit des sicheren Ortes besonders dringend braucht, eine Überforderung darstellen kann. Hier ist die Hilfe des Therapeuten bei der Kassettenaufnahme eine pragmatische Intervention.“ (ebd.: 164).

Ein weiteres zentrales Thema während der Therapie stellt der Aufbau einer individuellen Lebensperspektive dar. Der Patient soll durch positive Zukunftsvisionen seinen Alpträumen entgegenwirken. Dazu sollen positive Imaginationen in abstinenter Zustand verfügbar gemacht werden. Diese stellen einen wichtigen Schritt für die Rückfallprävention dar (vgl. ebd.: 165).

Nun ist es gut parallel zu arbeiten, primär an der äußeren Sicherheit, aber der Patient soll auch angeregt werden, das innere Kind in Sicherheit zu bringen. So können Patienten merken, dass es beispielweise notwendig ist, sich zu trennen. Bei der Arbeit mit der inneren Sicherheit sollen dem Klienten nur gute Bilder, Gefühle und Körpersensationen vermittelt werden, um die posttraumatischen Zustände zu vertreiben (vgl. Sachsse, 2004: 42). Die Patienten sollen in der Stabilisierungsphase in „ihrer Imaginationsfähigkeit [geschult werden], damit sie ihren Intrusionen, Flashbacks und dissoziativen Störungen gesteuert begegnen können Dabei werden die Copingstrategien der Patienten, Dissoziation und Spaltung, zur Grundlage der Therapiestrategie“ (ebd.: 42). Eine weitere Voraussetzung stellt die Fähigkeit, sich selbst trösten zu können und mit sich liebevoll und mitfühlend umzugehen, dar (vgl. Sachsse, 2009: 194).

Wenn eine Trauma Exposition geplant ist, ist eine Arbeit mit dem inneren Kind in der Stabilisierungsphase erforderlich. Nach Eric Berne ist das Kindheits-Ich ein Speicher in dem Gefühle und Bewertungen des Kindes aufbewahrt sind, dass jeder individuell einmal gewesen ist. Erfährt ein Kind sehr viel Kummer, wird dieses im Gehirn gespeichert und im Erwachsenenleben bei alltäglichen Situationen wieder hervorgeholt. Auf der einen Seite werden dadurch negative Selbstbewertungen aufrechterhalten. Auf der anderen Seite gibt es aber auch einige schöne Erfahrungen, in der Kindheit, wie Liebe, Geborgenheit und Neugier (vgl. ebd.: 203).

„Der wesentliche Entwicklungsschritt im Rahmen der Psychotherapie liegt in der Stärkung der leitenden Funktion des Erwachsenen-Ichs, der zwischen dem Kindheits-Ich und dem meist strengen Eltern-Ich vermittelt und aussöhnt, sodass die Kreativität eines Individuums nicht mehr durch alte Widersprüche versperrt ist.“ (Sachsse, 2009: 203).

Das Erwachsenen-Ich hat die Aufgabe die Zuwendung des inneren Kindes zu seinem jüngeren Ich zu fördern und Verantwortung zu übernehmen. Dabei ist es wichtig, dass es den Schmerz aushält und dem Inneren Kind Trost spendet. Eine explizite Unterscheidung zwischen innerem Kind und innerem Erwachsenen muss herausgearbeitet werden. Die Aufgabe

liegt darin, dem Patienten einfühlsam deutlich zu machen, dass es das innere Kind ist, das sich beschmutzt und verstoßen fühlt, denn es kann sich in der Therapie und im Alltag bewusst an die Ereignisse erinnern. Wenn der Patient mit dem Konzept des Inneren Kindes einverstanden ist, wird die Rahmenhandlung des traumatischen Geschehens, in der Trauma- Exposition rekonstruiert (vgl. Sachsse, 2009: 204 f.).

Die Stabilisierungsphase ist beendet, wenn eine stabile Suchtmittelabstinenz besteht und eine positive und belastbare therapeutische Beziehung aufgebaut ist. Außerdem sollen kräftespendende Ressourcen und Imaginationen, die dem Patienten Sicherheit vermitteln, verfügbar sein. Weiterhin ist es wichtig, dass Betroffene soziale Kontakte aufgebaut haben und Zugang zum sozialen Leben finden. Sie sollen positiv in die Zukunft blicken und Hoffnung entwickeln, damit sie sich nicht mehr ihren Affekten und Rückfallimpulsen hilflos ausgeliefert erleben (vgl. ebd.: 166f.).

#### ***4.1.2 Trauma- Expositionsbehandlung***

Im zweiten Teil der Therapie kommt es zur Konfrontation mit dem Trauma. In dieser Phase soll die traumatische Erfahrung integrierter Bestandteil des Lebens werden, sodass Flashbacks und Intrusionen als erträgliche Erinnerungen an ein übles Ereignis der Vergangenheit wahrgenommen werden können (vgl. Sachsse, 2004: 44). Dazu ist es erforderlich, dass der Betroffene seine traumatische Erfahrung wiedergibt oder wieder erlebt. Während der Trauma-Exposition gibt es sehr viele Behandlungstechniken. Im Punkt 4.1.4 wird sich jedoch lediglich auf die Betrachtung der EMDR Technik beschränkt.

Das Therapie- Ziel ist die Trauma- Synthese. Das bedeutet, dass gegensätzliche menschliche Teile erneut zusammengeführt werden sollen. Das können zum Beispiel, Wort und Bild (also Kognition) oder Affekt und Körpersensation sein, die auf Grund der Traumatisierung fraktioniert worden sind. Dies ist ein sehr schmerzhafter Prozess, da der Patient die gesamte traumatische Erfahrung ganzheitlich Erleben und Durchleiden muss und das kann unerträglich sein. Ein Therapeut muss immer damit rechnen, dass es während einer Trauma- Synthese zu abfälligen Bemerkungen, zu Bildern aus Sicht einer Außenperspektive im dissoziativen Zustand oder zu Todesangst, Zittern, Schwitzen, Übelkeit oder Tränen kommen kann (vgl. Sachsse: 2009, 264f.).

Zu Beginn der Trauma- Exposition sollte ein eindeutiges Stopp-Signal vereinbart werden, damit der Patient aussteigen kann, wenn es für ihn unerträglich wird und der Therapeut nicht einfach abbricht, wenn der Patient Worte, wie „Aufhören“ benutzt (vgl. ebd.: 266).

Es stellt eine immer neu zu lösende Aufgabe dar, „eine Balance zwischen retraumatisierender Über- bzw. kontraproduktiver Unterforderung zu finden, wobei dem Betroffenen möglichst viel Entscheidungsfreiräume und Wahlmöglichkeiten auch bezüglich der therapeutischen Vorgehensweisen und des Arbeitstempos eingeräumt werden sollten.“ (Lüdecke/ Sachsse, 2010: 168).

Neben der Integration der traumatischen Erfahrung ins verbale Bewusstsein ist ein weiterer wichtiger Wirkfaktor die Kontrolle während der Begegnung mit der traumatischen Erfahrung, denn kontrollierbare Stressreaktionen sind etwas, aus denen gelernt wird und an denen Entwicklungen stattfinden, im Gegensatz zu unkontrollierten Reaktionen. Diese hinterlassen eher das Gefühl der Ohnmacht. Es ist wichtig, dass Intrusionen kontrolliert ertragen werden und als Erinnerung in das verbale Wachbewusstsein integriert werden. Nach Sachsse ist jedoch der wichtigste Wirkfaktor „state dependent learning“ welcher bedeutet, dass davon ausgegangen wird, dass fast alle nötigen Erfahrungen in einem bestimmten emotionalen Zustand gemacht werden (vgl. Sachsse 2009: 215). Der Trauma- State wird aktiviert, und in diesem Zustand wird „eine gestalthafte Synthese gefördert, Verbalbewusstsein hergestellt und Kontrolle erlangt, beruhigt und getröstet. Mit den Trauma- Expositionsbehandlungen gelingt es die Intrusionen und Flashbacks als solche direkt zu erreichen und zu verändern.“ (ebd.: 266). Es wird also ermittelt, welcher State besonders veränderungsfördernd ist und an diesem wird zunächst gearbeitet. Die traumatische Erfahrung muss zur Erinnerung werden, damit sie sich nicht spontan vergegenwärtigt und als ein Teil der Vergangenheit abgeschlossen werden kann (vgl. ebd.: 266).

Die Trauma- Exposition sollte mit einem nicht so „unerträglichen“ Ereignis beginnen, um die Expositions-Technik zunächst kennen zu lernen. Daran anschließend kann entweder chronologisch vorgegangen werden, „weil spätere Traumata nie ganz aufgearbeitet werden können, solange frühere noch darunter liegen.“ (Sachsse, 2009: 267). Oder es wird mit dem Trauma angefangen zu arbeiten, welches vor Beginn der Trauma- Exposition besonders belastend in Träumen oder Flashbacks aufgetreten ist. Das schlimmste Trauma sollte dann bald in den nächsten Sitzungen „bearbeitet werden, damit der Druck auf die ganze seelische Struktur etwas nachlässt.“ (ebd. 267). Zum Schluss wird das traumatische Ereignis behandelt, welches das letzte im Leben war. Im weiteren Verlauf wird versucht, Gefühle, die der Betroffene mit dem traumatischen Ereignis verbunden hat, erneut zu betrachten und zu empfinden. Damit soll trotz allen Leides eine Verminderung des Vermeidungsverhaltens und eine befreiende Wirkung erzielt werden (vgl. Lüdecke/ Sachsse 2010: 168). Ist der Patient nicht in der Lage darüber zu reden, kann es zum Beispiel aufgeschrieben werden, um zu einem späteren Zeit-

punkt darauf zurückzukommen. Die Entscheidung, wann der Klient den Bericht dem Therapeuten anvertrauen möchte, wird ihm selbst überlassen. Bei vielen Trauma-Expositionen sind entweder eine Krankenschwester oder ein Bekannter/ Freund anwesend. Dies ist eine Maßnahme zum Schutz des Patienten und des Therapeuten. Für eine erfolgreiche Trauma-Sitzung ist es sehr wichtig, dass nicht nur der Patient stabilisiert ist, sondern auch der Therapeut. Dieser muss seine möglicherweise bestehenden Traumata soweit integriert haben, dass er nicht selbst durch eine Trauma-Exposition in Intrusionen oder dissoziative Zustände abgelenkt wird. Entwickelt sich beim Patienten das Gefühl, dass der Therapeut nicht mit den Leiden zurechtkommt, wäre das fatal (vgl. ebd.: 169f.).

„Am Ende der Trauma-Exposition tröstet d[er] erwachsene Patient[...] imaginativ den Traumatisierten, der er als Kind, Jugendlicher oder Erwachsener einmal war.“ (Sachsse, 2009: 270).

### ***4.1.3 Trauer und Neuorientierung***

Nach Beendigung der Trauma-Exposition beginnt die dritte Phase, die Trauer und Neuorientierung. Hier liegt der Fokus darauf das traumatisierende Ereignis bewusst werden zu lassen und dieses durch intensive therapeutische Arbeit zu integrieren, zu verarbeiten und darüber zu trauern (vgl. Sachsse, 2009: 194).

Ein Trauerprozess durchläuft verschiedene Phasen. „Erst ist da ein Schock, dann ein Nicht-wahr-haben-Wollen, dann folgen Aufbegehren und Wut und erst dann sind Akzeptieren und das eigentliche Trauern möglich.“ (ebd.: 313). Diese Phasen können sich wiederholen und verschieben. Traumatisierte Patienten fragen nach dem Sinn und brauchen lange bis sie zu einer letztlich nur paradoxen Antwort kommen. Nach Ulrich Sachsse hat sich das Verweisen an den inneren Helfer als hilfreich erwiesen. Sie wissen am besten, welche Antworten der Patient braucht und wo und wie er diese findet. Außerdem nehmen Schuld und Selbstvorwürfe einen breiten Raum ein. Es fällt häufig schwer zu akzeptieren, dass Dinge so sind wie sie sind. Zudem fügt Trauer der Seele und dem Körper Schmerz zu, der vorübergehend krank machen kann. Von diesem Schmerz gilt es sich zu lösen. Es ist wichtig, dass sich der Patient aus seiner Versteinerung befreit und Tränen und Gefühle zulässt, denn das ist eine Voraussetzung zur Selbstheilung. Andernfalls kann es zu Depressionen führen (vgl. ebd.: 313).

Parallel zum Trauerprozess beginnt der Heilungsprozess, wenn die traumatisierte Person beginnt „in sich wieder das liebevolle mütterliche zu spüren (dadurch, dass sie zu ihrem inneren

Grab gehen und gleichzeitig vertrauen kann). Der Patient muss sich mit dem dunklen Teil (ihrer eigenen inneren Hölle) geduldig auseinandersetzen und diesen sortieren.“ (ebd.: 320).

Auch muss er sich überlegen was Neues entstehen soll, aber auch das braucht Geduld. Am Ende ist es wichtig, dass das aufgedeckte Trauma nicht festgehalten wird, denn das Leben ist sollte mehr sein als irgendetwas zu haben und es festzuhalten (vgl. ebd.: 320).

#### ***4.1.4 Darstellung der Behandlungstechnik EMDR***

Die Behandlungstechnik EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing/ ins Deutsche übersetzt Augenbewegungs-Desensibilisierung) wurde 1989 von Francine Shapiro entwickelt. 1987 erlebte sie, dass belastende Gedanken plötzlich für sie leichter wurden, als sie spontan ihre Augen schnell hin und her bewegte.

Sie setzte sich vor die Person und begann Augenbewegungen mit dem Finger vorzugeben. Dies geschah in bestimmten Häufigkeiten und unter Anweisung („Bitte folgen Sie dem Finger“) (vgl.: Sachsse, 2009: 288). All ihren Probanden ging es besser und sie stellte fest:

„Dadurch, dass die Probanden sich der Trauma- Erinnerung unter Augenbewegung aussetzten, kam es häufig zu Veränderungen der Erinnerungen, zum Beispiel in Größe, Farbe und Detailreichtum; außerdem setzte ein meist zügiger Durcharbeitungsprozess (Reprocessing) im Verlauf der Sitzungen ein.“ (ebd.: 288).

Shapiro hat einen Behandlungsplan mit EMDR entwickelt. Dieser beinhaltet 8 Phasen:

##### **1. Die Erhebung der Vorgeschichte und Behandlungsplanung:**

Zunächst geht es darum die Traumavorgeschichte, die gegenwärtige Symptomatik und die innerliche Stabilität des Patienten festzustellen. Dazu wird Psychotherapiefähigkeit und die Behandlungsindikation geprüft. Kontraindikationen, wie Flashbacks oder Augenerkrankungen müssen ausgeschlossen werden können. Dann wird EMDR in einen möglicherweise bestehenden Behandlungsplan integriert.

##### **2. Vorbereitung und Stabilisierung des Patienten:**

Im zweiten Teil wird der Behandlungsplans und die Methode vorgestellt. Während dieser Phase können Patienten durch Entspannungstechniken oder imaginative Verfahren stabilisiert werden. Außerdem werden Motivation und Indikation des Klienten nochmals überprüft. Eine

Kombination aus imaginativen Verfahren und EMDR, so genannte Ressourcenaktivierungen können ebenfalls zur Stabilisierung eingesetzt werden.

### 3. Evaluation einer belastenden Erinnerung:

Im weiteren Verlauf soll eine bestimmte Erinnerung in ihren visuellen, kognitiven und sensorischen Komponenten in EMDR- typischer Weise systematisch erfasst werden. Dann werden negative und positive Kognitionen erarbeitet.

### 4. Desensibilisierung und Durcharbeitung:

In dieser Phase wird der Patient aufgefordert, mit dem imaginativen Bild der Erinnerung, der Sinnesempfindung des Traumas und der erarbeiteten negativen Kognition in Kontakt zu gehen. Gleichzeitig wird über Augenbewegungen eine bilaterale Stimulation induziert. Von nun an ist der Prozess sehr individuell. In der Regel zeigt sich nach Verstärkung der Emotionen eine Entlastung beim Patienten. Außerdem kommt es parallel häufig zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls, somit auch der positiven Kognitionen.

### 5. Verankerung:

Hat der emotionale Druck der Erinnerung ausreichend abgenommen, wird die in Phase 3 erarbeitete oder neu gefundene, bessere Kognition noch einmal in Erinnerung gerufen. Ebenso wie negative, traumatische Empfindungen durch bilaterale Stimulationen abgeschwächt werden, wird diese positive Kognition durch bilaterale Stimulationen verstärkt und scheint dadurch nachhaltiger aufgenommen zu werden.

### 6. Körper- Test:

In dieser Phase soll der Patient nach Körper-Erinnerungen des Traumas suchen und wenn nötig diese bearbeiten.

### 7. Abschluss:

Nun erfolgt die Nachbesprechung. Verbliebene Elemente des Traumas werden unter anderem durch Distanzierungstechniken wieder „bedeckt“ und es werden Verhaltensmaßnahmen für den Notfall besprochen.

### 8. Nachbefragung:

Diese erfolgt meist zu Beginn der nächsten Stunden und zeigt häufig Ansätze für die nächsten zu bearbeitenden Trauma- Anteile (vgl. ebd.: 289f.).

Dies stellt nur eine kurze Erklärung dieser Technik dar. Die Methode ist auf Grund vertiefter Forschungen wissenschaftlich anerkannt und ist eine der effektivsten für die Behandlung einer PTBS (vgl. ebd.: 292).

## ***4.2 Suchttherapien***

Auch der Suchtbereich ist ein sehr komplexes Feld und die Behandlung der jeweiligen Abhängigkeiten kann in ihren Phasen etwas abweichen. Im Suchtbereich kann zwischen drei Arten von Therapien unterschieden werden. Es gibt die stationäre, die ambulante und die teilstationäre Therapie. Zum besseren Verständnis werden die beiden zuletzt genannten kurz erläutert, aber im Weiteren wird auf diese Formen nicht weiter eingegangen. Die ambulante Therapie umfasst Einzel- und Gruppengespräche jeweils einmal in der Woche und wird vor allem in Suchtberatungsstellen durchgeführt. Die teilstationäre Therapie dauert circa acht bis 16 Wochen. Die Therapie findet in einer wohnortnahen Einrichtung statt, da die Behandlung eine begrenzte tägliche Anwesenheit von vier bis sechs Stunden erfordert. Abende und Wochenenden sind frei (vgl. DRV Bund, (Hrsg.) 2009, 11). Auf die stationäre Therapie wird im Punkt 4.2.2 genauer eingegangen.

### ***4.2.1 Die Behandlung vor der eigentlichen Suchttherapie***

Grundsätzlich muss vor jeder Therapie eine Beratung in einer ambulanten Suchtberatungsstelle stattfinden (vgl.: Tretter/ Müller, 77). Dort erfolgt zunächst ein Erstgespräch, das ca. 15 Minuten umfasst. Da die Klienten meist nicht aus eigener Motivation eine Beratungsstelle aufsuchen, sondern auf Grund des Drucks von Arbeitgebern oder der Familie, bietet das Erstgespräch den entscheidenden Motivierungsversuch, der über den weiteren Verlauf der Behandlung entscheidet. Hierbei sollte „der Schwerpunkt der therapeutischen Interaktion darauf liegen, Verständnis für den Patienten zu zeigen, therapeutische Kompetenz zu vermitteln, den Patienten in seinem Verhalten so weit zu entpathologisieren und schließlich die primären Versorgungsmöglichkeiten zu erkennen.“ (Tretter/ Müller, 2001, 367).

In der Beratungsstelle wird im nächsten Schritt der Antrag für die jeweilige Therapie erstellt. Dazu muss ein Sozialbericht angefertigt werden, in dem psychosoziale Grunddaten, wie zum Beispiel finanzielle Wohn- und Lebenssituation, Anamnese der Abhängigkeitserkrankung, Sozialanamnese, somatische und psychische Verhältnisse erfasst werden. Daraufhin erfolgt eine Zusendung des Berichtes an die Rentenversicherung, welche in den meisten Fällen eine



Kostenzusage für die jeweilige Therapie erteilt. Bevor der Klient jedoch eine Therapie beginnen kann, muss dieser eine Entzugsbehandlung absolvieren. Diese kann durch einen Berater in der Beratungsstelle abgeklärt werden. Die Kosten dafür übernimmt in den meisten Fällen die Krankenkasse. Eine körperliche Entgiftung ist in der Regel Voraussetzung für die unmittelbar folgende ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung. Es gibt verschiedene Umgebungen in denen Entzugsbehandlungen durchgeführt werden können. Das sind zum einen spezialisierte Einrichtungen, „die Entzugsbehandlungen entweder allein oder als erste Phase einer weiterführenden Behandlung stationär durchführen, mit oder ohne ärztliche Leitung.“ (Tretter/ Müller, 2001: 290). Eine weitere Möglichkeit bietet das psychiatrische Krankenhaus. Dieses führt die Entgiftung „auf einer Sonderstation mit eigenen Programmen, auf geschlossenen Akutstationen [...] durch.“ (ebd.: 290). Der Entzug kann auch ambulant mit Hilfe eines Arztes durchgeführt werden. Hierbei ist ein „klares Konzept mit zeitlicher Begrenzung, engmaschigen, mindestens täglichen Konsultationen; Beschränkung der Medikamentenabgabe auf Präparate und Dosierungen mit geringem Risiko; Ausschluss besonderer Gefährdungsmomente beim Patienten und in seinem Umfeld“ (ebd.: 290) von Nöten.

Entzugsbehandlungen dauern in der Regel zwei bis drei Wochen. Es gelten folgende Grundsätze für die einzelnen Entzugsbehandlungen:

- Während der stationären Entzugsbehandlung werden Außenkontakte auf ein Minimum beschränkt, um Rückfällen vorzubeugen.
- Ambulante Entzüge sind eher für Patienten geeignet, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen.
- Bei Rückfällen während der Entzugsbehandlung wird diese meistens abgebrochen, um riskante Mischintoxikationen zu vermeiden. Bei stationären Programmen sollen dadurch Rückfälle bei anderen Patienten vorgebeugt werden (vgl. ebd.: 290).

Während eines Entzuges können auch Medikamente zum Einsatz kommen, dies „richtet sich nach Art und Ausprägungsgrad der Entzugssymptome sowie nach dem Abhängigkeitstyp und dem vorangegangenen Konsummuster [...]“ (ebd. 291). Besteht allerdings schon eine Medikation auf Grund somatischer oder psychiatrischer Erkrankungen, sollen diese Medikamente auch während des Entzuges nicht abgesetzt werden. Wird beispielsweise ein Opiatentzug durchgeführt, können Medikamente, wie Methadon, Codein oder Clonidin eingesetzt werden.

Eine wichtige Rolle im stationären Setting spielen psychotherapeutische Maßnahmen, wie zum Beispiel Akupunktur, Massage oder Bewegungstherapie. Bei Patienten soll keine Langeweile aufkommen, daher ist ein ausgewogenes Betreuungs- und Aktivierungsprogramm sehr wichtig. Doch auf Grund von Zeitmangel von Seiten des Personals kann dies häufig nicht geleistet werden kann (vgl. Täschner, 1983, 81).

#### ***4.2.2 Behandlungskonzept der stationären Langzeittherapie***

Nachdem der Klient die Entgiftung erfolgreich abgeschlossen und die Rentenversicherung eine Kostenzusage für die jeweilige Therapie erteilt hat, sollte ein nahtloser Übergang in die Rehabilitation erfolgen bevor der Patient rückfällig wird. Die Dauer der jeweiligen Therapie kann variieren. Ein Alkoholabhängiger bekommt in der Regel eine Kostenzusage für die Dauer von acht, 12 oder 16 Wochen. Die Dauer der Therapie bei illegalen Drogen beträgt zwischen 12 Wochen und 18 Monaten. Legale und illegale Drogen werden in der heutigen Zeit meist in verschiedenen Therapieeinrichtungen behandelt, doch das Therapiekonzept ist im Wesentlichen bei allen Einrichtungen gleich. Sie unterscheiden sich lediglich in ihrer Abstinenzorientierung. Es gibt Einrichtungen, die eine stofforientierte Haltung haben und den „Verzicht auf die Hauptproblemsubstanz oder den generellen Verzicht auf Drogen fordern. Bei der suchtorientierten Haltung steht weniger die Substanz, sondern das süchtige Verhalten im Vordergrund.“ (Schaaf/ Schäfer/ Schuler, 2000: 304). In einigen Institutionen erfolgen beispielsweise Substitutionsbehandlungen mit Methadon während der eigentlichen Therapie (vgl. ebd.: 304).

Die eigentlichen Behandlungsziele unterscheiden sich nicht stark in den einzelnen Einrichtungen und bilden einen wesentlichen Bestandteil therapeutischer Konzepte. Je nach Behandlungsphase, Entwicklungsstand und den individuellen Zielen des Klienten nehmen diese unterschiedliche Stellenwerte ein. In der stationären Therapie können folgende fünf Zielbereiche definiert werden:

1. Zunächst ist die substanzspezifische Abstinenz als ein Zielbereich zu nennen, da Einrichtungen stationärer Langzeittherapien abstinentorientiert arbeiten. Dies kann jedoch in den verschiedenen Institutionen variieren. Einige erlauben keinerlei Konsum anderer Stoffe, Nikotin eingeschlossen. In manchen Einrichtungen, die nur Patienten mit illegalen Drogenproblemen betreuen, wie beispielsweise den Konsum von Heroin, ist sowohl Alkohol als auch Nikotin erlaubt und wieder andere erlauben eine interne oder externe Substitutionsbehandlung mit Methadon während der Therapie.

2. Ein zusätzliches Ziel und eine Basis für weitere Therapiemaßnahmen stellt die körperliche Gesundheit dar. Daher ist die Teilnahme an einer erfolgreichen Entgiftung wichtig. Diese sollte unter anderem dazu beigetragen haben, dass sich der körperliche Zustand verbessert und stabilisiert hat.
3. Das dritte Ziel ist der Arbeitsbereich. Klienten sollen in ihrer Arbeitsfähigkeit stabilisiert oder in einen Arbeitsprozess eingegliedert werden. Jüngeren Patienten wird versucht die Möglichkeit zu geben einen Schul- oder Lehrabschluss nachzuholen nachdem die Therapie erfolgreich abgeschlossen ist.
4. Das vierte Behandlungsziel sind die allgemeinen Lebensumstände. Dem Klienten muss geholfen werden Zukunftsperspektiven zu schaffen und einen positiven Lebensstil zu entwickeln. Dabei ist auch der Aufbau einer sinnvollen Freizeitgestaltung nach der Therapie sehr wichtig. Außerdem benötigt der Klient Unterstützung bei formalen Aufgaben, wie Schuldenregulierung, juristischen Problemen oder Wohnsituation.
5. Als fünftes Ziel ist die Persönlichkeitsentwicklung zu nennen. Der Klient soll befähigt werden Eigenverantwortung zu übernehmen, mit Problemen besser umzugehen und Emotionen zuzulassen. Außerdem soll das Selbstwertgefühl und die Selbstbestimmung gestärkt werden und es müssen Strategien zur Konflikt- und Rückfallbewältigung erarbeitet werden (vgl., Schaaf/ Schäfer/ Schuler: 2000: 303f.).

Wie in der Traumatherapie arbeiten auch die Experten der Suchttherapie mit unterschiedlichen Methoden. Das können unter anderem tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische oder kognitive Elemente sein. Allerdings scheint sich die systemische Sicht in der stationären Behandlung durchgesetzt zu haben (vgl. ebd.: 305).

In allen Entwöhnungsbehandlungen ist eine vollständige Strukturierung des Tagesablaufs nötig. Das beginnt beim morgendlichen Aufstehen und erstreckt sich bis zum abendlichen ins Bett gehen und schließt die Wochenenden mit ein. Dies ist nötig, da Abhängige meist jegliche Tagesstruktur verloren haben. „Sie sind es gewohnt ihre Zeit nach dem Drogenbedarf und dem Drogenkonsum bzw. der Drogenbeschaffung einzuteilen.“ (Täschner, 1983: 84). Außerdem bekommt jeder Klient einen individuellen Behandlungsplan und einen Bezugstherapeuten. Mit diesem werden in Einzelgesprächen die individuellen Behandlungsziele festgelegt.

Viele Einrichtungen haben sogenannte Wohngruppen von circa 12 Personen. Häufig hat jeder Klient innerhalb dieser Wohngruppe sein eigenes Zimmer, um sich zurückziehen zu können.

In einigen Einrichtungen gibt es Regelung, dass sich Bewohner einer Wohngruppe einmal wöchentlich ohne das Beisein des Suchttherapeuten treffen, um Fragen und Missverständnisse untereinander zu klären. Zudem hat oftmals jedes Gruppenmitglied die Aufgabe, jeweils für zwei Wochen die Rolle des stellvertretenden, sowie des Hauptgruppensprechers zu übernehmen.

Während der Therapie nehmen die Klienten sowohl an Einzeltherapie als auch an Gruppentherapie teil. Je nach Problembereich können Patienten auch andere Therapien, wie Paartherapien oder geschlechtsspezifische Therapien besuchen. In der Gruppentherapie wird unter anderem der Lebensbericht jedes Klienten vorgestellt und zur Mitte der Therapiezeit eine Zwischenbilanz gezogen. Oftmals sehen die Klienten dann, wie sehr sie sich bereits verändert haben und welche Fortschritte gemacht wurden. Ein weiteres Angebot geht aus dem bewegungs- und körperorientierten Bereich hervor. Hierzu zählen Arztbesuche, Bewegungstherapie, Entspannungstherapie, Gestalttherapie oder autogenes Training. Zudem besteht in einigen Einrichtungen die Möglichkeit eine interne oder externe Schul- bzw. Berufsausbildung zu machen oder sich in Arbeitsgruppen über berufliche Perspektiven zu informieren. Außerdem gibt es häufig eine Arbeitstherapie. Die wird unter anderem dazu genutzt, dass Verantwortung in Form von bestimmten Aufgaben übernommen wird. Das bedeutet, jeder Patient bekommt einen bestimmten Arbeitsbereich zugeteilt, seien es Gartenarbeiten, Küchenarbeiten oder Hausmeistertätigkeiten.

In der zweiten Hälfte einer Therapie gibt es viele Einrichtungen, die ihren Klienten einen Wochenendurlaub gestatten. Dieser ist sehr häufig mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden, da sich der Patient in seinem gewohnten Umfeld aufhält und das Suchtgedächtnis Erinnerungen an frühere Trinkzeiten hervorholen kann. Doch es erscheint sehr wichtig, da der Klient lernen muss, abstinent außerhalb des geschützten stationären Rahmens zu leben. Außerdem beginnt der Klient sich seinem äußeren Lebensumfeld zuzuwenden, indem er vielleicht die Agentur für Arbeit aufsucht oder sich um eine Wohnung kümmert.

Die Therapie ist erfolgreich beendet, wenn der vom Kostenträger gestattete Zeitraum abgelaufen ist und der Klient abstinent und selbstsicher die Einrichtung verlässt. Um eine endgültige Stabilisierung zu erreichen, ist eine darauffolgende Nachsorge von Nöten. Diese kann in einer Beratungsstelle oder einer stationären Nachsorgeeinrichtung absolviert werden. Außerdem ist es für jeden Patienten sinnvoll sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, damit Menschen um einen herum sind, die die Problematik der Krankheit nachvollziehen können und mit denen in schwierigen Situationen gesprochen werden kann (vgl. QM, 2009: 1 ff.).

## ***4.3 Die Behandlung von Trauma und Sucht am Beispiel der integrativen Therapie***

### ***4.3.1 Allgemeines zur integrativen Therapie***

Mittlerweile zeigen mehrere Studien, dass viele Menschen, die in der Kindheit oder Jugend ein Trauma erlitten, in eine Sucht geraten. In einer deutschen Studie, bei der

„908 Frauen in Suchtfachkliniken befragt wurden, konnten als wesentlicher Risikofaktor für die Suchtentwicklung Gewalterfahrungen im Kindesalter identifiziert werden. 56,4 % der Probanden bejahten die Frage nach erlittener körperlicher Gewalt und zu 33,9 % nach unfreiwilligen sexuellen Erfahrungen in Kindheit und Jugend.“ (Teunißen/ Engels, 2006: 129).

Die integrative Therapie ist eine Therapiemethode, die Ansätze der Tiefenpsychologie, der Humanistischen Psychologie, der Verhaltenstherapie und synergetische Ansätze kombiniert.

Die Integrative Therapie ist ein umfassendes Verfahren und bezieht sich in seinen Schwerpunkten auf netzwerk- und familientherapeutische Angebote. Diese setzen unter anderem auf Unterstützung, Mehrperspektivität und individuelle Einsichts- und Entwicklungsprozesse. Außerdem nehmen persönliches und gemeinschaftliches komplexes Lernen in ressourcenaktivierten Netzwerken eine wichtige Rolle ein. Deshalb kann es bei einer Kombination aus Trauma und Sucht besonders gut und nachhaltig wirkend eingesetzt werden (vgl.: ebd. 137).

Bei der integrativen Therapie sind „die Abhängigkeitserkrankung und die Posttraumatische Belastungsstörung gemeinsam zu behandeln unter Berücksichtigung geschlechtsbezogener Besonderheiten.“ (ebd.: 138). Es ist wichtig zu beachten, ob der Patient süchtig traumatisiert oder traumatisiert süchtig ist. Die Behandlung richtet sich immer nach der im Vordergrund stehenden Symptomatik.

Zu Beginn einer Therapie sollte der Patient „über Entstehung und Symptomatologie der PTBS sowie deren Verflechtungen mit der Substanzabhängigkeit.“ (Vogelsang, 2006: 171). aufgeklärt werden. Außerdem ist es wichtig, den Klienten über die Vorgehensweise während der Therapie zu informieren und die einzelnen Schritte möglichst transparent darzulegen. Denn es kann unter anderem zu einer vorübergehenden „Symptomverschlechterung zu Beginn der Konfrontationsphase.“ (ebd.: 171) kommen.

Mit dem Betroffenen muss ein individuelles Bedingungsmodell über bestehende Symptomatik und Funktionen des Substanzkonsums erarbeitet werden, um potenzielle Auslöser und spezifische Risikosituationen identifizieren zu können (vgl.: ebd. 171). „Für den gesamten

Ausstiegsprozeß aus der Sucht und die ggf. notwendige Traumatherapie ist i.d.R. ein auf den Einzelfall zugeschnittenes und häufig langfristig anzulegendes integriertes Therapiekonzept mit multimodaler Ausrichtung notwendig.“ (Schay/ Liefke, 2007: 119).

Bei der Behandlung von Trauma und Sucht kommt es darauf an, die gesamte Person in den Mittelpunkt zu rücken und dabei die umfassende Persönlichkeitsentwicklung des Patienten zu betrachten. Dazu sollen auch die sozialen und kulturellen Bindungen und Verpflichtungen berücksichtigt werden (vgl.: ebd.: 122).

#### ***4.3.2 Behandlungskonzept der integrativen Therapie***

Auch in der integrativen Therapie ist eine Stabilisierungsphase unabdingbar, um eine erfolgreiche gemeinsame Behandlung von Trauma und Sucht zu gewährleisten. In dieser Phase ist eine tragfähige therapeutische Beziehung besonders wichtig, denn diese stellt die wesentliche Grundlage der Therapie dar (vgl. Vogelsang, 2006: 161). „Das Erleben des Nichtgeholfenbkommens in größter Not [...haben zu] einer zwischenmenschlichen Entfremdung und zu einem tiefer gehenden Vertrauensverlust geführt.“ (ebd.: 161).

Zu Beginn der integrativen Therapie haben viele Patienten eine „instabile Suchterkrankung und müssen eine Nebenkonsumentgiftung durchführen.“ (Lüdecke, 2010: 177). In der Stabilisierungsphase muss das Gefühl von Sicherheit erreicht werden. Um das Sicherheitsgefühl wieder zu erlangen, kann entweder ein suchtspezifischer oder ein traumaspezifischer Schwerpunkt gesetzt werden. Herrscht die Symptomatik der Sucht vorrangig vor, wird das Symptom Craving (Suchtdruck) fokussiert. Leidet der Patient vorrangig an traumatischen Symptomen wie Intrusionen und Flashback, richtet sich die Behandlung nach Methoden, wie die bereits erwähnten Imaginationsübungen und der Trauma- Konfrontation.

Nun folgen einige Auszüge eines integrativen Therapiekonzeptes zur Behandlung einer PTBS und gleichzeitiger Suchterkrankung. In einer Klinik in Göttingen wurde das integrative Therapiekonzept bereits etabliert. Dort wird die Behandlung in drei Therapieprogrammpunkte eingeteilt. Ein Programmpunkt, den jeder Patient absolvieren muss, nennt sich stabilisierende Phase. Entscheidet sich der Patient nach der ersten Phase weiter zu machen, folgen die Therapieprogramme zwei und/ oder drei. Das zweite Programm ist vorwiegend für Patienten geeignet, bei denen die Suchterkrankung im Vordergrund steht. Die dritte Phase legt den Schwerpunkt auf die Traumabehandlung. Grundsätzlich ist es möglich, innerhalb der Therapie zu wechseln, wenn es zum Beispiel im Therapieprogramm zwei auf Grund von Triggerreizen zu einer Verschlechterung der PTBS Symptome kommen sollte (vgl. ebd. 207).

## *Therapieprogramm 1*

Dieses besteht aus einem dreiwöchigen Stabilisierungsprogramm und beinhaltet in den ersten zwei Wochen bei einer Erstaufnahme sowohl Entgiftung, Diagnostik als auch Tagesstrukturierung. In der diagnostischen Phase lernt der Patient Therapieangebote kennen. Das können im ressourcenaktivierenden Therapieprogramm eins unter anderem Akupunktur, körpertherapeutische Verfahren, Ergotherapie und Arbeitstherapie sein. Außerdem werden eine dialektisch behaviorale Therapie (DBT), eine orientierte Sucht Therapie und Imaginationsgruppen angeboten. Auf die dialektisch behaviorale Therapie wird zu einem späteren Zeitpunkt genauer eingegangen. Zudem wird in den ersten zwei Wochen ein Drogen- Screening durchgeführt, denn Drogen- Konsum und die Angaben des Klienten stimmen häufig nicht überein, da sie teilweise einfach vergessen, wann sie welche Stoffe zu sich genommen haben (vgl. Lüdecke, 2010: 181f). Es ist Voraussetzung „zu Beginn der Behandlung einen Überblick über die gesamte medikamentöse Situation und das Konsummuster des Patienten [...] für die Behandlungsplanung zu haben.“ (ebd.: 182).

Auch in der integrativen Therapie haben Patienten einen Bezugstherapeuten. Die Beziehungsgestaltung bei Suchtkranken sollte zunächst einer „voll versorgenden Urmutter [entsprechen] und später einem Therapeuten, der beim Selbstmanagement der gestörten limbischen Strukturen hilft.“ (ebd.: 181). Die Einzeltherapie wird in den ersten zwei Wochen zur Anamneseerhebung und testpsychologischen Diagnostik genutzt. Die testpsychologische Untersuchung wird durchgeführt, um den Schweregrad und die subjektive Belastung der psychischen Störung des Patienten zu erfassen. Diese ist wichtig, um eine Reihenfolge der Behandlung und eine Behandlungsstrategie festzulegen. Im weiteren Verlauf dient die Einzeltherapie der Erfassung der persönlichen Krankheitsgeschichte (vgl. ebd.: 182). „Auch die Zusammenhänge zwischen PTBS- Symptomatik, Stress, Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit werden in der Einzeltherapie mithilfe der Lerninhalte aus den Gruppentherapien und der Trauma- Sucht Landkarten erarbeitet.“ (ebd.: 181). In der Gruppentherapie wird unter anderem „über neurobiologische Grundlagen der Sucht und der PTBS informiert, und Fertigkeiten im Umgang mit Stress, Suchtverlangen und Gefühlen werden vermittelt.“ (ebd.: 181). Die Suchtlandkarte dient dazu Risikokonsum, Missbrauch und Abhängigkeit auf eine Zeitachse zu projizieren, um einen Überblick über abstinenten und substanzmittelabhängigen Zeiten und den Schweregrad der Abhängigkeit zu bekommen. Die Trauma Landkarte wird vor der Trauma Konfrontation angefertigt und erfasst Traumatisierungen nach Schweregrad und Clustern. Die Landkarten zeigen dem Patienten oftmals zum ersten Mal welche Zusammenhänge es zwischen schrecklichen Ereignissen in ihrer Lebensgeschichte und den Verlauf ihrer Suchterkrankung gibt (vgl.: Lüdecke/ Sachsse, 2010: 167).

„Als Grundregel gilt: Stabilisierung der Sucht vor Stabilisierung der Trauma- Störung vor Trauma- Konfrontation.“ (Lüdecke, 2010: 201). In der Stabilisierungsphase gibt es suchtspezifische oder traumaspezifische Angebote.

„Steht das Craving im Vordergrund, sind suchtspezifische Stabilisierungen wichtig, bis der Patient den Suchtdruck vorerst im stationären Rahmen beherrschen kann, auch wenn der Therapeut sicher erkennt, dass das Craving durch intrusive Symptomatiken und Flashbacks ausgelöst wird.“ (ebd.: 201).

Weiterhin müssen Klienten an Imaginationenübungen, wie zum Beispiel den bereits erwähnten „inneren sicheren Ort“ teilnehmen.

Mittlerweile ist die Detoxikation größtenteils abgeschlossen, notwendige medikamentöse Einstellungen wurden vorgenommen und der Patient hat nun so viel Sicherheit gewonnen, dass eine psychotherapeutische Behandlung beginnen kann (vgl. ebd.: 201). Auch in der integrativen Therapie wird das bereits erwähnte „state dependent learning“ für die Trauma Konfrontation angewendet, da es auch bei Sucht Patienten eine wirkungsvolle Strategie ist, zustandsbezogen zu lernen. Christel Lüdecke sieht es als sinnvoll an, die kognitive und die emotionale Ebene gleichermaßen anzusprechen. Im „state dependent learning“ kommt es darauf an, in welchem Zustand Lernerfahrungen und Beziehungserfahrungen gemacht wurden. So kann eine Veränderung nur stattfinden, „wenn beides verändert wird: die Erfahrung und der Kontext, die Erfahrung im Kontext und Stimulus und Kontextvariablen.“ (Lüdecke/ Sachsse, 2010: 150). Die kognitiven Elemente dienen der Stabilisierung, der Rückfallprophylaxe und dem Umgang mit Craving (vgl., Lüdecke: 204).

### *Therapieprogramm 2*

Das zweite Therapieprogramm ist kognitiv- verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und an die DBT nach Marsha Linehan angelehnt. Das Manual nach Linehan hat besonders die Problematik der Suchterkrankung im Fokus, die sich aber in vielen Bereichen auf Trauma Störungen beziehen lassen. Die Trauma Problematik wird dann im Einzelgespräch thematisiert. Im Folgenden werden kurz die Themenschwerpunkte der DBT aufgezeigt.

Der erste Themenschwerpunkt ist Achtsamkeit/ Aufmerksamkeit.

Hier werden Skills vermittelt, „die zur Verbesserung der Wahrnehmung, zu deren Bewertung sowie zur Lenkung von Wahrnehmungsprozessen beitragen.“ (ebd.: 260). Dieses Modul wird in innere und äußere Achtsamkeit gegliedert. Zu der inneren Achtsamkeit zählen Körpervor-



gänge, wie Atmen. Die äußere bezieht sich auf Ereignisse aus der Umwelt, die über die Sinne wahrgenommen werden. Durch die Fokussierung der Wahrnehmung kann Reizen, die schlimme Erinnerungen in Personen auslösen können, entgegengewirkt werden.

Das zweite Modul ist Stresstoleranz- Sucht.

In diesem Bereich werden Zusammenhänge zwischen Stress und Suchtmittelrückfällen erarbeitet. Es geht um das frühzeitige Wahrnehmen von Suchtverlangen, um mit alternativen Möglichkeiten Stress zu verarbeiten. Stress wird in Hoch- und Niedrigstress eingeteilt. Hochstresssituationen, beispielweise Suchtverlangen, füllen den Notfallkoffer. Dieser sollte in akuten Krisensituationen zur Verfügung zu stehen und so klein sein, dass man ihn immer bei sich haben kann. Es können dort Skills hineingepackt werden, die beruhigend wirken, wie ein Lieblingstee oder positive Erinnerungen, wie eine Muschel vom Urlaubsstrand. Aber auch Duftstoffe oder scharfe Dinge, wie Pfefferminzöl können hilfreich sein, um sich körperlich in Krisensituationen wieder besser zu fühlen. Das kann jeder individuell für sich entscheiden. Niedrigstress-Skills werden dagegen in die Schatztruhe gelegt die nicht immer bei sich getragen werden muss. Diese dienen der Erweiterung und Festigung des individuellen Ressourcenrepertoires aus dem Notfallkoffer (vgl. Schäfer: 2006, 81f.).

Das dritte Modul ist Gefühle- Sucht

Hier geht es um die differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen. Suchtkranke versuchen häufig ihre Gefühle zu betäuben und sie empfinden sie als ausschließlich negativ. Sie erleben häufig ein durch Gefühle ausgelöstes Suchtverlangen und beschreiben die Sucht als eine Art Gefühl.

Dieses Modul beinhaltet folgende Lerninhalte:

- Positive und negative Funktionen der Gefühle – es soll erlernt werden Gefühle wahrzunehmen und diese zu erkennen
- Unterscheidung von Gefühlen – welches Gefühl löst welche Reaktionen aus
- Beeinflussung anderer Lebensebenen von Gefühlen – Gefühle müssen erkannt und gesteuert werden können
- Zusammenhänge zwischen Gefühlen, Sucht und Umgang mit Gefühlen

Das Ziel ist die Gefühle in ihren Bedeutungen und Auswirkungen verstehen und akzeptieren zu lernen und das Vertrauen in die eigenen Gefühle zu stärken (vgl. Lüdecke, 2010: 206).

Das vierte Modul geht auf zwischenmenschliche Beziehungen ein.

In diesem Modul können sich Patienten in der Regel mit Zusammenhängen ihrer aktuellen Symptomatik auseinandersetzen und sich auf zwischenmenschliche Probleme einlassen. Sie „lernen eigene Rechte durchzusetzen, Beziehungen zu entwickeln und aufrechtzuerhalten sowie eigene Gefühle und Bedürfnisse mitzuteilen.“ (Lüdecke/ Sachsse, 2010: 257). Es sollte aber erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden, zum Beispiel im ambulanten Rahmen.

### *Therapieprogramm 3*

Im dritten Therapieprogramm, welches den Schwerpunkt auf die Trauma- Behandlung legt, sind die Patienten mit der Verarbeitung traumatischer Ereignisse beschäftigt und setzen sich intensiv mit ihrer Vergangenheit auseinander. Dort erfolgt nach erfolgreicher Stabilisierung und der diagnostischen Phase die Trauma- Exposition, die bereits im Punkt 4.1.2 ausführlich dargestellt wurde. Dazu werden unter anderem Techniken, wie die bereits vorgestellte EMDR Technik, genutzt (siehe 4.1.4). Nach Abschluss der Trauma-Exposition gilt es sich wieder neu zu orientieren. Die Neuorientierungsphase läuft bei der integrativen Therapie gleichermaßen ab wie die in Punkt 4.1.3 vorgestellten Trauer und Neuorientierungsphase.

Es ist wichtig zu betonen, dass Patienten die Therapieprogramme zwei und drei nicht parallel absolvieren dürfen, es sei denn, sie waren bereits mehrfach in Behandlung und wollen „DBT- Sucht-Module auffrischen oder traumatische Ereignisse mittels EMDR Technik nacharbeiten.“ (Lüdecke, 2010: 207). Allerdings kann ein Wechsel zwischen DBT und Trauma Programm auch bei einem einmaligen Aufenthalt erfolgen.

### ***4.4 Kritische Auseinandersetzung mit den Therapieformen***

Nachdem die Therapieformen vorgestellt wurden, erfolgt nun eine Gegenüberstellung der drei Therapien. In der Suchttherapie ist es nach wie vor ein weit verbreiteter Gedanke, dass die Eigenmotivation die Voraussetzung für eine sinnvolle Suchtbehandlung darstellt. Oft wird davon ausgegangen, dass weitere Behandlungen psychischer Erkrankungen, wie zum Beispiel Traumata erst nach einer erfolgreichen Abstinenzbehandlung möglich sind (vgl. Schäfer, 2006, 257). Dies stellt gerade für traumatisierte Patienten ein Problem dar, denn es muss „damit gerechnet werden, dass in vielen Fällen (zunächst) keine vollständige Abstinenz erreicht werden kann und es während der Behandlung in verstärkter Maße zu Abbrüchen und Rückfällen kommt.“ (ebd.: 257). Denn Traumatisierte nutzen, wie bereits erwähnt, Suchtstof-

fe als Selbstmedikation, um sich nicht mit unangenehmen Gefühlen oder Flashbacks auseinandersetzen zu müssen.

Für Klienten, die neben der Sucht ein Trauma aufweisen, ist es wichtig, dass Behandlungspläne individuell gestaltet werden. Das Suchthilfesystem mit Entgiftung, stationärer Entwöhnung und Nachsorge reicht für viele traumatisierte Patienten nicht aus, da es teilweise Jahre in Anspruch nimmt ein Trauma zu bekämpfen. Außerdem wird die Störung des Traumas bei der Suchttherapie nicht intensiv behandelt und somit kann keine Heilung erzielt werden. Daher „ist eine träger- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit der Hilfsangebote über die verschiedenen Teile des Hilfesystems hinweg“ (ebd.: 258) sehr wichtig. Außerdem gilt sowohl für die Traumatherapie als auch für die Suchttherapie, dass Mitarbeiter auf beide Bereiche sensibilisiert und qualifiziert werden müssen. Im Bereich der Traumatherapie gehen die Diskussionen über die Behandlung von Trauma und Sucht schon etwas weiter. Hier gibt es bereits „bewährte Therapiemethoden [...], die teilweise direkt auf die Arbeit mit Suchtkranken übertragen werden können.“ (ebd.: 258). Allerdings dreht sich die Diskussion in der Psychotraumatologie darum, welche Symptomatik zuerst behandelt wird. Die einen meinen, durch die Behandlung des Traumas würde sich auch die Substanzproblematik auflösen. Die anderen gehen davon aus, dass zunächst die Sucht behandelt werden soll, „da fortgesetzter Konsum die Wirksamkeit traumabezogener psychotherapeutischer Interventionen herabsetze oder unmöglich mache.“ (ebd.: 259). Allerdings zeigt sich häufig, dass keine der beiden Therapieansätze sinnvoll ist für eine erfolgreiche Therapie beider Störungen. Die Ansätze der Suchttherapie und der Traumatherapie mögen für die Behandlung der einzelnen Störungen sehr gut sein, jedoch sind sie nicht ausreichend, um Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln. Die Heilung beider Störungen könnte die im Punkt 4.3.1 vorgestellte Integrative Therapie möglich machen. Hierbei geht es darum, dass „sowohl traumabezogene als auch suchtherapeutische Interventionen innerhalb desselben Behandlungsprogramms kombiniert werden.“ (ebd.: 260). Allerdings setzt dieser Ansatz eine im „Idealfall >> doppelte>> fachliche Kompetenz“ (ebd.: 260) voraus. In den Therapien für die eine oder die andere Störung sind die Mitarbeiter allerdings nur auf eine der beiden Störungen spezialisiert. Um eine erfolgreiche Therapie der Doppeldiagnose Trauma- Sucht absolvieren zu können, ist es wichtig, dass es in Zukunft mehr Mitarbeiter gibt, die eine sogenannte doppelte fachliche Kompetenz erwerben. In einer integrativen Einrichtung ist dies der Fall, somit kann die gemeinsame Störung von Trauma und Sucht dort effektiv behandelt werden. Es darf nicht sein, dass sich Mitarbeiter auf der einen Seite nur nach den rigiden, konfrontativen Strukturen des Suchtsystems richten und auf der anderen Seite Psychologen nur traumazentriert behandelnd tätig sind. Für schwer betroffene Patienten ist eine integrative Therapie sehr wichtig, da sie sonst „keines der therapeu-

tischen Angebote für sich nutzen können und durch die Maschen des Versorgungsnetzes fallen.“ (ebd.: 259).

## **5. Empirischer Forschungsteil**

### ***5.1 Intention der Untersuchung***

Nachdem auf die Unterschiede der einzelnen Therapieformen eingegangen und theoretisch versucht wurde, anhand von Studien und Hypothesen, einen Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht darzustellen, soll es in einem nächsten Schritt um die Beantwortung folgender Forschungsfrage gehen: Wie eng ist der Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht und wie kann Trauma und Sucht am effektivsten behandelt werden? Es soll untersucht werden, welche Einstellung die Experten aus verschiedenen Praxen haben. Der Anlass für die Untersuchung war ein Praktikum in einer Suchtberatungsstelle bei dem beobachtet werden konnte, dass die Beratungsstelle den ersten Anlaufpunkt für Süchtige aber auch für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen darstellt. So kamen auch traumatisierte Süchtige in die Sprechstunden für Erstgespräche, die für die Schreiberin eine Überforderung darstellten. Zwar wurde erklärt, wie Abhängige behandelt werden können, jedoch wurden Doppeldiagnosepatienten nicht berücksichtigt.

### ***5.2 Datenerhebung***

Um eine gute Datenerhebung zu gewährleisten, stellte sich im nächsten Schritt die Frage, in welcher Form die Interviews geführt werden sollen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde das Experteninterview nach Michael Meuser und Ulrike Nagel gewählt. Sie gehen davon aus, dass ein Experte eine Person ist, „die in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen verfügt.“ (Meuser/ Nagel, 2002: 73). In dieser Befragung stellen die Experten Mitarbeiter, die mit betroffenen Menschen im Sucht-, im traumaspezifischen- oder im integrativen Bereich arbeiten, dar.

Ein Experteninterview kann kurz als eine Befragung des Wissens der Experten definiert werden (vgl. Mieg, 2005: 8). Dazu werden dem „Experten [Interview]fragen vorgelegt, auf die sie in freier Rede in selbst gewählter (Fach-) Terminologie antworten können.“ (Mieg, 2005: 4). Die Interviewfragen wurden vorab anhand eines Leitfadens erarbeitet. Sie sind offen, um dem Interviewten ein Gesprächsimpuls zu geben und es möglichst wenig zur Vorstrukturierung der

Gestaltung der Darlegungen kommt. Dies ist wichtig, damit Empfindungen des Befragten möglichst subjektiv beantwortet werden.

Nachdem das geeignetste Erhebungsinstrument ausgewählt wurde, wird nun auf das Forschungsdesign eingegangen. Dazu werden zunächst die Kriterien zur Auswahl der Interviewten, und zum Zugang der Untersuchungsgruppe dargelegt. In einem nächsten Schritt wird der Interviewleitfaden vorgestellt. Daraufhin erfolgt die Schilderung der Durchführung der Interviews. Schließlich kommt es zur Auswertung und zur Diskussion der vorhandenen Ergebnisse.

### ***5.3 Kriterien zur Auswahl der Interviewten/ Zugang zur Untersuchungsgruppe***

Um die Fragestellung möglichst konkret zu beantworten, mussten Interviewpartner gewonnen werden, die auswertbare Erfahrungen in diesem Bereich vorzeigen konnten. Folglich sollten diese zu Menschen mit Suchtproblemen als auch zu Traumatisierten, Kontakt haben. Leider konnte keine Person aus dem Bereich der Traumaforschung herangezogen werden, da diese auf Grund von Zeitmangel kein Interview führen konnten. Zudem sollte eine Betroffene als Expertin hinzugezogen werden, die bereits eine Trauma oder Suchttherapie absolviert hat und nun eine integrative Behandlung durchläuft, um die Effektivität einer Therapie aus Sicht einer Betroffenen darzustellen. Auch diese Variante konnte aus privaten Gründen der Expertin nicht umgesetzt werden. Die Zielgruppe beschränkt sich in den Interviews auf drei Experten. Zwei Suchttherapeutinnen einer ambulanten Beratungsstelle wurden befragt. Auf Grund der Unsicherheit einer Expertin, erfolgte das Interview zu dritt, (Interviewerin, zwei Therapeutinnen) welches sich positiv auf die Auswertung auswirkte. Zugang zu diesen Experten konnte auf Grund des absolvierten Praktikums in der Beratungsstelle, erlangt werden.

Eine weitere Interviewpartnerin war eine Psychologin, die am Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) die Therapiegruppe „Sicherheit finden“ betreut, und sowohl auf Sucht als auch auf Trauma spezialisiert ist. „Sicherheit finden“ stellt ein Behandlungsprogramm für Frauen dar, die traumatisiert sind und eine Substanzmittelabhängigkeit aufweisen. Aufgrund ihrer doppelten fachlichen Kompetenz war das Interview sehr aufschlussreich in Bezug auf die Fragestellungen. Den Zugang zur letzteren Expertin konnte durch die Suchtberatungsstelle erlangt werden, da diese dort ihr Programm vorstellte.

Die Auswahlkriterien wurden vorab festgelegt.

Zum einen wurden die Experten unter dem Gesichtspunkt der Vergleichbarkeit ihrer Positionen und unter der Voraussetzung, dass sie ein ähnliches Erfahrungswissen aufweisen, gewählt.

Außerdem sollte dadurch einerseits ein Einblick in die Praxis aufgezeigt werden. Andererseits galt es herauszufinden, in wie fern die Experten eine unterschiedliche Auffassung zur Behandlung von Trauma und Sucht haben und wo sie Zusammenhänge zwischen diesen beiden Störungen sehen.

Um mit den einzelnen Experten in Verbindung zu treten, wurde das Telefongespräch zur Kontaktaufnahme gewählt. Nachdem das Anliegen erläutert wurde, waren die Experten sehr interessiert und gaben sofort eine Zusage. Es wurde ein Termin für die Durchführung der Interviews vereinbart. Für das Interview in der Suchtberatungsstelle wurde nach dem Telefonat der Interviewleitfaden zugesendet. Die andere Expertin wollte dies nicht.

#### ***5.4 Interviewleitfaden***

Um eine gute Datenerhebung zu gewährleisten, eignet sich das Zusammenstellen eines Interviewleitfadens. Durch die Erarbeitung eines Leitfadens kann ausgeschlossen werden, dass sich der Interviewer als inkompetenter Gesprächspartner darstellt. „Durch die Arbeit am Leitfaden, macht sich der Interviewer mit dem anzusprechenden Thema vertraut, und dies bildet die Voraussetzung für eine „lockere“, unbürokratische Führung des Interviews.“ (Meuser/Nagel, 2002: 78). Außerdem hilft eine Leitlinie bei der Fokussierung des Interviews auf die Forschungsfrage. Dennoch hat der Experte die Möglichkeit, sich zu dem Thema aus seiner Sicht zu äußern (vgl. ebd.: 77).

Der im Anhang 1 zu findende Leitfaden beinhaltet ausschließliche qualitative Fragen, um herauszufinden, welche Erfahrungen die Experten bisher mit diesem Thema gemacht haben, und wie ihre Haltungen dazu sind. Es wurden neun Fragen für das Interview entworfen.

Der Leitfaden dient als eine Art Gedächtnisstütze und zur Sicherung „der thematischen Vergleichbarkeit der Expertenaussagen.“ (ebd.: 77). In den ersten fünf Fragen geht es thematisch lediglich um die Effektivität der Therapien. Die vier nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Zusammenhänge von Trauma und Sucht.

## **5.5 Durchführung**

Bei der telefonischen Kontaktaufnahme wurde vereinbart, dass die jeweiligen Interviews in den Büroräumen der Interviewpartner stattfinden sollen. Diese stellten einen ungestörten Raum dar.

Vor der eigentlichen Durchführung des Interviews wurden den Experten Sinn und Zweck der Forschung dargelegt. Um eine offene Gesprächssituation zu schaffen, wurden die Experten zunächst zu ihrer Person befragt. Dies diente dazu, dass der Befragte das Gefühl bekommt, dass der Interviewte an der Person interessiert ist. Außerdem konnte dadurch ein Überblick über den Lebenslauf gewonnen werden. Bevor das im Telefongespräch erwähnte Tonband eingeschaltet wurde, erfolgte die Information, dass die Tonbandaufnahmen anonymisiert werden und ausschließlich als Hilfe zur Transkription dienen.

Die Interviews fanden innerhalb eines Monats statt und die Tonbandaufzeichnungen umfassten jeweils etwa 25 - 30 Minuten. Die vorherige Befragung zum Lebenslauf und ein anschließendes Gespräch, welches noch einmal Aufschluss zur Fragestellung gab, umfassten nochmals jeweils circa 30 Minuten.

## **5.6 Auswertung**

Die Auswertung der Interviews erfolgt nach Meuser und Nagel und greift Aspekte von Mühlberg auf. Sie orientiert sich an „thematischen Einheiten, an inhaltlich zusammengehörigen, über die Texte verstreuten Passagen.“ (Meuser/ Nagel, 2002: 81). Die Vergleichbarkeit wird einerseits durch den Interviewleitfaden gesichert, andererseits werden Textteile aus Passagen heraus genommen, um aufgestellte Hypothesen zu vergleichen.

Um zu einer Auswertung zu gelangen, wird folgendermaßen vorgegangen:

1. Zunächst werden die Interviews transkribiert. Dabei finden Worte wie „ähm“ oder „hmm“ keine Berücksichtigung. Festgehalten werden Pausenzeiten (für kurze Pausen; \*, mittlere Pausen\*\*, lange Pausen\*\*\*), Betonungen (groß geschrieben) und Gesten, wie zum Beispiel Lachen (in Klammern groß geschrieben).
2. Nach dem gründlichen Lesen der Interviews, erfolgt das Herausarbeiten von Kriterien, um getroffene Aussagen für die Auswertung zu nutzen.
3. In einem weiteren Schritt wird die Einordnung der transkribierten Texte in ein im Vorfeld entwickeltes Kategorienschema vorgenommen.

4. Nun folgt in der vierten Phase ein Vergleich der Interviews, bei dem widersprüchliche Aussagen berücksichtigt und Textpassagen aus den Interviews zusammengefügt werden.
5. Der 5. Schritt enthält die eigentliche Auswertung in einem zusammengefassten Text. Es erfolgt noch keine Wertung der Aussagen. Dies geschieht unter 5.7, Diskussion und Schlussfolgerung.

Durch den Leitfaden wurde versucht folgende Oberfragen zu beantworten:

1. Welche Therapie wird als die effektivste angesehen?
2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht?

Um die zwei Oberfragen zu beantworten, wurden Überschriften ausgewählt:

- Therapiemethoden und Klientel
  - Gemeinsame Behandlung- Trauma und Sucht
  - Nachteile der gemeinsamen Behandlung
  - Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht
  - Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung
- 
- *Therapiemethoden und Klientel*

Die Fragen 1 und 5 des Interviewleitfadens dienen dazu, herauszufinden, nach welcher Methode die Experten arbeiten und welche Klientel betreut wird.

Interviewpartnerin A ist Psychologin und macht derzeit eine Ausbildung als Verhaltenstherapeutin. Sie arbeitet mit einem integrativen Ansatz an der Uniklinik Eppendorf nach dem Therapiekonzept „Sicherheit finden“.

*„Das ist ein Konzept aus den USA von Frau Lisa Najavitz, die das konzipiert hat. Es ist eine integrative Behandlung, das heißt wir gucken immer auf beide Störungsbereiche, nämlich auf den Bereich der Traumafolgestörung und wir gucken auf den Bereich Suchterkrankung.“ (Anhang2:IV).*

Das Konzept setzt bei der Stabilisierung an und es wird nicht konfrontativ gearbeitet. Die Arbeit erfolgt ausschließlich in Gruppen und mit Frauen, die volljährig sind. In jeder Gruppen-



sitzung wird ein neues Thema besprochen, das kann sein: „Um Hilfe bitten“ oder „Rote und Grüne Signale“. Der Schwerpunkt des Therapiekonzeptes liegt bei dem Thema Sicherheit. Dabei geht es unter anderem um die Fragen:

*„Was bedeutet Sicherheit überhaupt für mich? Ist meine Wohnung ein sicherer Ort? Ist es sicher wenn ich abends um elf noch alleine durch den Park gehe, weil ich mich einfach so gerne bewege oder gibt es nicht vielleicht auch andere Formen von Sicherheit“ (ebd.: IV)?*

Jedes Thema hat das Ziel sichere Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Dabei werden alle Inhalte

*„einmal durch die Traumabrille und einmal durch die Suchtbrille angeguckt, wie, wo sind da die Zusammenhänge, was macht es vielleicht so schwer, Hilfe zum Beispiel zu holen, für die Sucht aber auch Hilfe zu holen für die Posttraumatische Belastungsstörung. Immer vor dem Hintergrund, dass derjenige zukünftig abstinent leben möchte oder das die Abstinenz gesichert werden soll.“(ebd.: IV).*

Bei den grünen und roten Signalen, *„geht es darum zu gucken, was gibt es für grüne Signale in meinem Verhalten, die da darauf hindeuten, dass es mir doch eigentlich gut geht, dass ich in Sicherheit bin. Und was gibt es aber im Gegensatz dazu auch für rote Signale in meinem Verhalten, die daraufhin deuten, ah ich steuere da auf was hin was nicht gut ist, was gefährlich werden könnte, wie zum Beispiel ein Rückfall, nämlich ich zieh mich zunehmend zurück, das heißt wenn ich vorher Kontakte zu Freunden, Bekannten hatte, Selbsthilfegruppen, ich nehme solche Termine nicht mehr wahr.“ (ebd.: V).*

Interviewpartnerin B und C sind Suchttherapeuten in einer ambulanten Beratungsstelle und führen die ambulante Suchttherapie durch. Person B hat eine tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung. Interviewpartnerin C absolvierte eine gestalttherapeutische Suchtausbildung und bietet nun auch EFT, eine Klopftherapie, an.

Die Klientel umfasst volljährige Männer und Frauen, die sowohl eine Suchterkrankung als auch eine komorbide Störung, Trauma- Sucht, aufweisen können.

*„Die meisten, die hier herkommen und eine Suchterkrankung haben, haben auch in irgendeiner Form ein traumatisches Erlebnis gehabt oder eine traumatische Erfahrung gemacht.“(ebd.: VII).*

Die befragten Experten kommen aus den Bereichen der Suchttherapie und der integrativen Therapie. Sie arbeiten mit volljährigen Menschen, wobei Person A lediglich Frauen betreut.

- Gemeinsame Behandlung Trauma und Sucht

Auf die Frage hin, ob sie es als sinnvoll ansieht, Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln, antwortete Interviewpartnerin A:

*„Auf jeden Fall. Wenn Betroffene, eine reine Suchterkrankung haben, macht Suchtherapie total Sinn. Hat jemand allerdings eine Traumatisierung und es entwickelt sich im Laufe der Zeit ein Substanzmissbrauch sollte man durch zwei Brillen gucken, einmal durch die Suchttherapiebrille und einmal durch die Traumatherapiebrille, also das man eine integrative Therapie im Fokus hat, weil nur am Trauma zu arbeiten und die Sucht außen vor zu lassen, funktioniert bei den wenigsten.“ (ebd.: II).*

Sie beschreibt das Gefühl der Frauen, die eine Traumatisierung erfahren haben und bei denen sich im Laufe der Zeit eine Sucht aufbaut, als einen Teufelskreis. Sie erlebten die PTBS-Symptome tagtäglich und nutzten die Substanzen als Bewältigungsstrategie, damit sie besser mit den Symptomen umgehen könnten. Durch den Konsum begäben sie sich in gefährliche Situationen, da sie *„sich dann mit Menschen umgeben, die vielleicht nicht sicher sind oder die vielleicht auch gefährlich werden können, die vielleicht auch die Betrunkenheit oder den Rauschzustand, den die Frauen dann erleben eventuell ausnutzen könnten. Es geschieht womöglich dann wieder eine Traumatisierung und auf einmal sind sie wieder in diesem Teufelskreis drin.“ (ebd.: III).* Zudem erwähnt sie, dass bei Frauen, die in Entzug gingen und die Substanzen weg ließen, die PTBS-Symptome wieder stärker würden.

Person B sagt, dass eine Bearbeitung im Zusammenhang mit der Sucht für sie immer richtig sei. Wenn es aber um die Verarbeitung gehe, fühle sie sich überfordert. Außerdem meint sie, es müsse individuell entschieden werden und geht dabei auf eine ihrer Klienten ein. Diese habe sie immer wieder ausbremsen müssen, da es in diesem Moment nicht ihr Auftrag gewesen sei, auf ihr Trauma einzugehen. Weiterhin sieht sie den ambulanten Rahmen nicht als den geeigneten, um eine Trauma- Exposition durchzuführen. Zudem hat sie dazu nicht die geeignete Ausbildung (vgl. VIII f.).

Im weiteren Verlauf des Interviews äußert Person B eine interessante Bemerkung. *„Wenn es ums Verarbeiten geht, würde ich grundsätzlich immer raten noch eine Zusatztherapie zu machen nach der Suchtbehandlung oder vielleicht parallel, dass man so eine Art runden Tisch mit Psychologen macht, um das Trauma gleichzeitig zu behandeln, wenn die Person stabil genug ist“ (ebd.: VII f.).*

Person C sagt: *„Das geht gar nicht getrennt zu behandeln. Ich finde das muss zusammen behandelt werden. Also nicht gleichzeitig, aber es muss beides behandelt werden.“ (ebd.: VII).*

Die Aussage gibt keine eindeutige Antwort auf die Frage, ob die gemeinsame Behandlung von Trauma und Sucht sinnvoll wäre. Einerseits meint sie, es ginge nicht getrennt zu behandeln. Andererseits ist sie aber auch der Ansicht, es solle nicht gleichzeitig behandelt werden.

Eindeutiger, ob sie für oder gegen eine gleichzeitige Behandlung von Trauma und Sucht ist, wird es in dieser Antwort: wenn mit dem Trauma arbeiten, *„stabilisierend arbeiten bedeutet, dann würde ich mit dem Trauma arbeiten, denn in der Suchttherapie geht es auch erst einmal darum stabilisierend zu arbeiten und wie die Leute stabilisiert werden können in ihrer Sucht.“* (ebd.: VII).

Person C sagt aber auch: *„Es kommt auch darauf an, welchen Auftrag die Leute mitbringen, hier ist es das Thema Sucht. Dann stellt sich im Lebenslauf heraus, dass sie ein Trauma erlitten haben, dann würde ich das nicht unbedingt behandeln, sondern erst wenn das von der Klientin auch kommt. Ich würde erst einmal gucken, dass die Leute stabilisiert sind mit ihrer Sucht und dann würde ich anschließend eine Traumatherapie empfehlen.“* (ebd.: VIII). Auch Person B teilt diese Meinung. Das bedeutet, wenn Klienten keine Andeutungen zur Stabilisierung ihres Traumas machen, wird das Trauma in der Beratung nicht angesprochen.

Es wird deutlich, dass Person A, die in ihrer Arbeit einen integrativen Schwerpunkt setzt, eindeutig zur gemeinsamen Behandlung von Trauma und Sucht tendiert.

Im Grunde würden die Interviewpartnerinnen B und C neben der Sucht auch das Trauma stabilisierend behandeln. Allerdings ist Person C der Meinung, dass sie das Trauma nicht unbedingt behandeln würde, wenn sich während der Behandlung herausstellt, dass ein Trauma vorliegt, sondern erst, wenn das vom Klienten angesprochen wird. Person B schlägt bei einer Trauma Bearbeitung vor, dass der Klient dann entweder eine Zusatztherapie absolviert oder dass eine Art runder Tisch mit Suchttherapeut, Psychologe und Klient organisiert wird.

Die Trauma- Verarbeitung im ambulanten Setting und mit ihrer Ausbildung lehnen beide ab. Es konnte nicht eindeutig herausgefunden werden, wie sie zur gemeinsamen Behandlung von Trauma und Sucht stehen. Sie scheinen aber im Grunde nicht gegen eine integrative Behandlung zu sein.

- *Nachteile/ Schwierigkeiten bei der gemeinsamen Behandlung*

Person A sieht bei der gemeinsamen Behandlung der beiden Diagnosen folgenden Nachteil: Der Therapeut müsse eine doppelte fachliche Kompetenz aufweisen. Sie meint, es gäbe viele Therapeuten, die Traumata behandeln würden, aber mit Sucht keine Erfahrung hätten oder

damit nichts zu tun haben wollten. „Dann wird teilweise gesagt, sie können gerne Traumatherapie machen, aber dazu müssen sie abstinent sein.“ (ebd.: III).

Als einen weiteren Nachteil benennt sie die Frage was Traumatherapie eigentlich bedeute. Sie ist der Auffassung, dass Traumatherapie nicht nur konfrontative Therapie sei, indem Sinne, dass man Expositionen mache. Traumatherapie beginne schon mit der Stabilisierung und der Sicherung der Abstinenz.

Person B und C sehen die Schwierigkeit in ihrem ambulanten Setting und meinen, die Zeit sei zu kurz, um dort beides gemeinsam zu behandeln, fänden aber im stationären Rahmen eine Behandlung von Trauma und Sucht durchaus sinnvoll.

„Naja wir machen ambulante Therapie, das heißt einmal die Woche Einzel und einmal die Woche Gruppe und wenn du jetzt wie mit der einen Klientin, die hoch traumatisiert ist, aufdeckend zum Beispiel arbeiten solltest, das heißt da kommt was an die Oberfläche und die Klientin ist nicht stabilisiert mit der Sucht, dann wird sie weiter zum Suchtmittel greifen. Oder wenn sie noch eine psychische Erkrankung haben sollte, kommt das wieder zum Vorschein und da finde ich das ambulante Setting für viele auch nicht so geeignet, weil sie da nicht so geschützt sind, jedenfalls in unserm Setting.“ (ebd.: X).

- *Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht*

Zunächst werden Gründe genannt, die den Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht nicht unbedingt beweisen. Person A äußert, dass viele Faktoren bei der Entwicklung von Trauma und Sucht eine Rolle spielten und es immer eine Konstellation aus mehreren Dingen sei. Zum einen seien es Persönlichkeitseigenschaften, zum anderen genetische Komponenten, „denn die Wahrscheinlichkeit, dass jemand suchtmittelabhängig wird, ist wesentlich höher, wenn die Eltern auch suchtmittelabhängig waren.“ (ebd.: V). Als einen weiteren wichtigen Faktor benennen Person B und C Umweltfaktoren oder soziale Faktoren, „also was für eine Unterstützung man durch Bezugspersonen, wie Eltern, nahestehende Verwandte oder Geschwister erfährt.“ (vgl. ebd.: V). Außerdem sind sie der Meinung, dass auch eine gestörte Bindungsfähigkeit eine Sucht verursachen könne.

Einig waren sich alle drei Befragten darin, dass die Entstehung beider Störungen auch mit der Resilienz zu tun habe, also in wie weit der Betroffene in der Lage ist, sich selbst wieder in das innere Gleichgewicht zu bringen und sich aus Krisen zu befreien. Kurz gesagt, was wurden bereits für Bewältigungsmechanismen entwickelt, um nach einem Trauma nicht auf Drogen als Lösungsmittel zurückzugreifen.

Es gibt aber auch Faktoren, die zeigen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht gibt. Person A benennt zu aller erst die Selbstmedikation. Die meisten Frauen konsumieren, um mit der Symptomatik besser umzugehen, damit sie zur Ruhe kommen und abschalten können. Es würde durch den Konsum versucht, Bilder zu verdrängen. Sie erwähnt, dass vielen Klienten die Zusammenhänge, also dass sie konsumieren, um mit ihrem Trauma besser umzugehen, nicht wirklich klar wären. *„Unser Ziel ist es wirkliche Zusammenhänge zu erarbeiten und vor allem daraus hervorgehend sichere Bewältigungsstrategien mit den Frauen zu erarbeiten.“* (ebd.: V).

Sie meint zudem, dass Frauen, die in der Prostitution tätig sind, Suchtmittel nutzen, um es für sie erträglich zu machen und in diesem Milieu überleben zu können. *„Also Selbstmedikation auf der einen Seite aber auch Überlebensstrategie auf der anderen Seite.“* (ebd. VI).

Person B und C sehen es als eine Form von missglückten Selbstheilungsversuch und als Bewältigungsmechanismus und sie beschreiben die Gründe, warum es zum Konsum von Drogen kommen könnte, wenn man ein Trauma erlebt hat: *„um nicht zu denken, um den Schmerz nicht zu spüren, um nicht zu fühlen, um keine Bilder vor sich zu haben. Also quasi sich regelrecht wegbeamern.“* (ebd.: IX).

## **5.7 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung**

Zu der ersten Hauptfrage, ob eine gemeinsame Behandlung von Trauma und Sucht sinnvoll wäre, äußerte Person B, dass eine Therapie beider Störungen auf jeden Fall sinnvoll sei. Die Interviewpartnerinnen B und C sprechen sich ganz klar für eine gemeinsame stabilisierende Behandlung von Trauma und Sucht aus. Etwas kritisch gesehen werden, könnte die Antwort von Person B und C. Sie beide meinen, der Klient habe den Auftrag zu sagen, wenn dieser auch an seinem Trauma arbeiten möchte. Doch ist es nicht die Aufgabe des Therapeuten, den Klienten gezielt zu fragen, ob der Wunsch besteht, neben der Sucht auch auf das Trauma stabilisierend einzugehen, damit der Klient die Möglichkeit bekommt, sich zu entscheiden? Vielleicht kann die Frage aber auch eine Überforderung für den Patienten darstellen, da dieser nur in die Beratungsstelle gekommen ist, um sich mit der Sucht auseinander zu setzen und nicht über traumatische Ereignisse sprechen möchte.

Person B und C würden keine Trauma- Exposition durchführen. Mit dem Hintergrund ihrer Suchttherapeutausbildung fühlen sie sich überfordert, wenn es um das Verarbeiten eines Traumas geht. Beide würden dem Klienten eine Traumatherapie empfehlen, nachdem dieser in der Sucht stabilisiert ist. Person B schlägt zudem vor, es könne auch parallel behandelt

werden als eine Art runder Tisch mit einem Psychologen. Die Einstellung, keine Trauma-Konfrontation durchzuführen ohne die entsprechende Ausbildung vorweisen zu können, scheint sehr sinnvoll, denn ohne die entsprechende Qualifikation kann einem Menschen weiteres Leid zugefügt werden und Retraumatisierungen erfolgen. Auch der Vorschlag des runden Tisches ist eine gute Idee. Natürlich ist die Behandlung beider Störungen durch einen Therapeuten effektiver, da sich der Betroffene nur einer fremden Person öffnen muss und nicht beiden die gesamte Lebensbiografie erörtern soll. Doch es wäre interessant diese Idee als eine Art Projekt in einer ambulanten Suchtberatungsstelle für ein Jahr durchzuführen, um zu prüfen, ob es bei traumatisierten Süchtigen Erfolg haben würde.

Es ist wichtig, dass sich im ambulanten Suchtbereich etwas verändert, denn die ambulante Beratungsstelle stellt für viele Trauma- Sucht- Klienten die erste Anlaufstelle dar. Vielleicht könnte schon im Erstgespräch nicht nur nach Konsummustern gefragt werden, sondern auch eine erste Anamnese zu psychischen Erkrankungen erfolgen. Dadurch würden Suchtberater zum einen Wissen welche Störungen vorhanden sind. So kann es nicht passieren, wie Person C meint, dass sich erst im Lebenslauf für den Sozialbericht herausstellt, dass eine Traumatisierung besteht. Zum anderen kann der Behandlungsplan individuell auf den Klienten abgestimmt werden. Das Therapiekonzept „Sicherheit finden“ könnte als ein erster Schritt in Suchtberatungsstellen integriert werden. Dieses könnte auf freiwilliger Basis angeboten werden, damit traumatisierte Süchtige die Möglichkeit haben, sich vor einer stationären integrativen Therapie mit beiden Störungen auseinander zu setzen.

Es entsteht der Eindruck, dass Suchttherapeuten etwas unsicher sind, wenn es um die Behandlung von Trauma und Sucht geht. Sie befürworten einerseits die gemeinsame Behandlung, sehen aber ihr Setting nicht als den geeigneten Ort. Aber auch im Traumabereich müsste eine Veränderung stattfinden. Wie Person C verdeutlichte, brauchen Trauma- Sucht Patienten nicht zum Traumatherapeuten gehen, da diese Klientengruppe oftmals keine Chance hat, einen Therapieplatz zu bekommen. Es bestehen große Defizite, sowohl in der Suchttherapie als auch in der Traumatherapie. Klienten werden weiter verwiesen, weil nicht der Auftrag besteht beides gemeinsam zu behandeln und die Ausbildung dazu fehlt.

Für die Verfasserin hat sich die Hypothese, dass es sinnvoller ist Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln bestätigt. Die Trennung von Suchttherapie und Traumatherapie ist als negativ zu bewerten, wenn eine komorbide Störung von Sucht und Trauma besteht. Daher ist die vorgestellte integrative Therapie die sinnvollste Möglichkeit, Menschen, die beide Erkrankungen aufweisen, zu helfen. Es sollte keine Trennung stattfinden, sodass Psychologen für die

Traumatherapie zuständig sind und Sozialarbeiter für die Suchttherapie. Jedoch stimmt die Verfasserin den Interviewten B und C zu, dass es in einer ambulanten Suchtberatungsstelle nicht möglich ist eine vollständige integrative Therapie durchzuführen. Dafür scheint der stationäre Rahmen sinnvoller zu sein.

Alle drei Experten würden Trauma und Sucht gemeinsam behandeln, wenn es darum geht Stabilisierung durchzuführen. Doch ein Mangel an sogenannter „doppelter fachlicher Kompetenz“ gestaltet die gemeinsame Behandlung schwierig und lässt hoffen, dass mehr Experten die Möglichkeit bekommen sich auf dem Gebiet fortzubilden, damit jeder Klient die Chance einer integrativen Therapie bekommt.

Zu der zweiten Hauptfrage, ob es einen Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht gibt, lässt sich sagen: Nicht immer besteht ein Zusammenhang. Es spielen auch Faktoren, wie die Persönlichkeitsentwicklung, die Resilienz, genetische Komponenten und das soziale Umfeld eine wichtige Rolle. Jeder Mensch ist anders und verarbeitet Krisen unterschiedlich. Allerdings wurde durch Studien, wie im vierten Gliederungspunkt bereits erwähnt, bewiesen, dass es oftmals eine Wechselwirkung zwischen Trauma und Sucht gibt. Dieser Zusammenhang wurde nun auch im Interview nochmals bestätigt. Die Sucht wird als Selbstmedikation oder als Selbstheilungsversuch genutzt, um sich nicht mit Symptomen auseinandersetzen zu müssen und um Schmerzen nicht zu spüren und Bilder nicht zu fühlen. Person A sagte, dass vielen ihrer Klienten die Wechselwirkungen gar nicht bewusst seien und dass die Therapeuten die Aufgabe haben, Zusammenhänge zu erkennen und daraus hervorgehend sichere Bewältigungsstrategien mit den Klienten zu erarbeiten. Auch erwähnte Interviewpartnerin A die unsicheren Lebensverhältnisse traumatisierter Süchtiger. Unter 3.2 wurde dies als Hochrisikohypothese vorgestellt. Sie wählte dazu das Beispiel der Prostitution. Drogen werden in diesem Milieu als Überlebensstrategie genutzt.

Die Interviews zeigen, dass sowohl die Praxis als auch die Theorie in vielen Punkten übereinstimmen. Die Interviewerin vermutete vor der Befragung der Experten, dass sich die Suchttherapeuten nicht so detailliert mit der komorbiden Störung Trauma- Sucht befassen. Dies konnte teilweise bestätigt werden. Es scheint ihnen wichtig zu sein, Betroffene in eine stationäre Therapie zu vermitteln, die auch auf das Trauma eingeht, aber während der Behandlung in ihrer Beratungsstelle wirken sie etwas unsicher in Bezug auf die Behandlung einer bestehenden Traumatisierung. Positiv zu bewerten ist die Aussage, dass sie an beiden Störungen stabilisierend arbeiten würden, jedoch nur wenn sie den Auftrag von dem Klienten bekommen. Person A weist eine große fachliche Kompetenz in Bezug auf die integrative Therapie

auf. Sie bestätigt so gut wie alle theoretischen Erkenntnisse dieser Arbeit. Sie beantwortete einerseits die Forschungsfragen eindeutig und andererseits bestätigte sie die Meinung der Verfasserin, dass eine integrative Therapie die geeignetste Form für die Behandlung der Doppeldiagnose Trauma- Sucht ist und das ein Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht besteht, hundert prozentig.

## **6. Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit**

Es wurde in den Schwerpunkten sowohl auf einzelne Therapieformen zur Behandlung von Trauma und Sucht, auf Zusammenhänge dieser beiden Störungen in Form von Studien und Hypothesen als auch empirisch anhand eines Experteninterviews auf das Thema Trauma und Sucht: Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten, eingegangen. In diesem Kapitel soll es um Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gehen. Es folgt eine etwas kritische Auseinandersetzung mit der Profession Soziale Arbeit in Bezug auf Trauma und Sucht.

Es besteht sowohl im Suchtbereich als auch im Traumabereich das oberste Ziel, zunächst einmal Stabilität und Sicherheit zu finden. Zudem ist eine gute Therapeut- Klient- Beziehung Grundvoraussetzung, um effektiv mit dem Patienten arbeiten zu können. Einig sind sich außerdem sowohl Suchttherapeuten als auch Psychotherapeuten, dass vor allem Frauen, die ein Suchtproblem aufweisen, gefährdeter sind auch ein psychisches Problem zu haben. Auch andersherum ist dies der Fall.

Doch nach wie vor werden die Behandlung von Sucht und die Behandlung von Trauma häufig getrennt vorgenommen. Woran liegt das? Im vorangegangenen Interview hat sich herausgestellt, dass sich Suchttherapeuten teilweise überfordert fühlen, wenn sie einen Klienten haben, der „*völlig instabil und womöglich völlig suizidal ist*“ (Anhang2: XI). Daraus ergibt sich die Frage: Sollten Sozialarbeiter nicht mehr dazu ausgebildet werden auch Traumabearbeitung leisten zu können? Sollte das nicht eine Voraussetzung sein, sowohl für Psychotherapeuten als auch für Sozialarbeiter sich mit beiden Störungen auszukennen und mit beiden Diagnosen arbeiten zu können?

Die traditionelle Suchttherapie ist der Meinung, dass die Stabilisierung der Sucht im Vordergrund steht, also eine absolute Abstinenz Voraussetzung für eine weitere Therapie ist. „Das hat zur Folge, dass viele [Klienten], die sich nicht anders gegen ihre traumabedingten Gefühle und den Stress in ihrem Leben zu helfen wissen, auf die Therapie nicht ansprechen“ (Gunderson, 2008: 95). Die Traumatherapie sieht die Sucht lediglich als ein Symptom, „das mit



der Genesung tieferliegender psychischer Ursachen verschwindet.“ (ebd.: 95). und blendet den Einfluss genetischer oder biologischer Faktoren dabei völlig aus.

Doch es scheint, dass immer mehr Therapieeinrichtungen, die vor Jahren nur Sucht behandelt haben nun offener werden und Therapieprogramme einführen, die sich auch mit dem Trauma beschäftigen. Doch das reicht nicht aus. Da festgestellt wurde, dass es einen sehr engen Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht gibt, ist es sehr wichtig, ganzheitliche Programme anzustreben, wie das vorgestellte integrative Therapieprogramm. Es ist von zentraler Bedeutung, dass Suchtbereich und Traumabereich intensiver zusammenarbeiten und sich beide Professionen mehr mit der jeweils anderen Problematik auskennen.

Für die sozialarbeiterische Praxis, die meist den Suchtbereich umfasst, lässt sich daraus schließen:

1. Eingefahrene Handlungsmuster der Suchttherapie überdenken und erweitern
2. Netzwerke mit Psychologen erweitern und gemeinsame Behandlungen erarbeiten, um Trauma und Sucht effektiv zu behandeln
3. Doppelte Kompetenzen erwerben, um sowohl Suchtpatienten als auch Traumapatienten zu erreichen und zu behandeln

Ein Sozialarbeiter erlernt im Studium ein Grundgerüst für die Behandlung von Menschen mit psychischen, suchtbedingten und traumabedingten Störungen, jedoch müsste das Arbeitsfeld erweitert werden, so dass auch Sozialarbeiter die Möglichkeit haben, beide Störungen gleichzeitig behandeln zu können. Sozialarbeitern werden im Studium Empathiefähigkeit, Einfühlungsvermögen und Beratungsmethoden, wie die motivierende Gesprächsführung beigebracht. Die Grundvoraussetzung für eine gute Therapie ist damit gegeben. Natürlich sind im weiteren Verlauf Zusatzausbildungen wie die Suchttherapeutenausbildung oder Traumatherapeutenausbildung nötig. In der Praxis können Sozialarbeiter sich zusätzlich zu einem Suchttherapeuten ausbilden lassen, aber im Traumabereich können sie lediglich Fortbildungen absolvieren. Doch die integrative Therapie nach Hilarion Petzold können sowohl Psychotherapeuten, Sozialarbeiter als auch Ärzte erlernen (vgl. Petzold, 2007: 7). Somit könnte die Aufteilung, dass Psychologen überwiegend für die Arbeit mit Traumatisierten zuständig sind und Suchttherapeuten für die Arbeit mit Süchtigen aufgehoben werden.

## 7. Resumee

Die Doppeldiagnose Trauma und Sucht ist ein sehr komplexes Thema und dem gemeinsamen Auftreten dieser beiden Störungen wird scheinbar immer mehr Interesse beigemessen. Diese Arbeit sollte zum einen beweisen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht gibt und zum anderen eine geeignete Therapiemethode vorstellen, die geeignet ist, um Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln.

Um einen Zusammenhang nachzuweisen, wurden im dritten Punkt Studien aus der epidemiologischen Forschung und funktionelle Studien aufgeführt.

Der wohl wichtigste Faktor, der einen Zusammenhang nachweist, ist die Selbstmedikationshypothese nach Khantzian. Dieser wurde einmal im dritten Punkt genannt und auch im empirischen Forschungsteil wurde die Selbstmedikation als Grund erwähnt, warum ein Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht besteht. Drogen werden genutzt, um sich nicht mit den traumatischen Ereignissen auseinandersetzen zu müssen und um die Symptome der Störung zu kontrollieren. Ein weiterer wichtiger Grund sind die oftmals sehr unsicheren Lebensumstände, die das familiäre Umfeld umfassen. Die Droge wird als Ersatz für fehlende menschliche Unterstützung und als eine Art Bewältigungsstrategie gewählt, da Betroffene niemanden haben, dem sie sich anvertrauen können. Da sich Abhängige immer wieder Drogen beschaffen müssen, geraten sie, wie die Hochrisikohypothese gut beschreibt, schnell in kriminelle und gewalttätige Drogenmilieus, in denen sie sich mit höherer Wahrscheinlichkeit in Situationen begeben, die eine erneute Traumatisierung verursachen (vgl. Lüdecke, 2010: 19).

Außerdem haben Traumatisierte häufig ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Sie haben den Eindruck keine Hilfe von außen zu bekommen und sich selbst nicht helfen zu können. Um diese Gefühle aufzuheben, erfolgt der Konsum psychotroper Substanzen und in Folge dessen entwickelt sich häufig eine Abhängigkeit.

Zu Beginn der Arbeit stellte sich die Frage, ob es eine geeignete Behandlung der Doppeldiagnose Trauma- Sucht gibt? Um eine Antwort darauf zu finden, wurden drei Therapieformen vorgestellt: Zunächst die traumazentrierte Psychotherapie, weiterhin die reine Suchtbehandlung und als dritte Form die integrative Therapie. Die Vermutung, dass Traumatisierte Süchtige im Grunde eine eigene Therapie benötigen, bestätigte sich durch die von Brown durchgeführte Studie. Die besagt, dass Standardtherapieprogramme nur bedingt geeignet sind, um die Bedürfnisse komorbider Patienten abzudecken (siehe S. 20). Daher stellt die integrative Therapie einen geeigneten Ansatz dar, um Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln. Diese Form verbindet die eigenständigen Behandlungen von Trauma und Sucht. Die integrative

Therapie stellt ein Behandlungssetting dar, in dem beide Störungen in der Stabilisierungsphase zunächst parallel behandelt werden. In der Traumakonfrontationsphase wird dann in Gruppenangeboten fokussiert auf die vorrangig vorherrschende Symptomatik eingegangen, jedoch wird die andere Symptomatik weiterhin im Blick behalten und in Einzelgesprächen thematisiert.

Die Forschungsfrage im empirischen Forschungsteil wurde teilweise bestätigt. Es konnte ein Einblick über das Wissen von Experten aus der Praxis über Zusammenhänge und Therapiemöglichkeiten gewonnen werden. In Bezug auf die Zusammenhänge wurde bereits Bewiesenes noch einmal aus Sicht der Praxis dargestellt.

Mit Betrachtung der Therapieformen stellte sich heraus, dass sowohl die Suchtexperten als auch die Psychologin des integrativen Ansatzes in vielen Punkten übereinstimmten. Jedoch widersprachen sich die Suchtexperten in ihren Ausführungen, wenn es um die gemeinsame Behandlung von Trauma und Sucht ging. Die Widersprüchlichkeiten können zum einen an den Handlungsmustern der Suchttherapie liegen, zum anderen kann es aber auch zeigen, dass sich Suchttherapeuten nicht mit der Doppeldiagnose Trauma- Sucht auseinandersetzen. Dies ist aber reine Spekulation und bedürfte einer weiteren Untersuchung. Einig waren sich im Grunde alle drei, dass sie Trauma und Sucht gemeinsam stabilisierend behandeln würden.

Im sechsten Abschnitt wurde ein kritischer Bezug zur sozialen Arbeit hergestellt. Während der Arbeit musste festgestellt werden, dass sich die Umsetzung der integrativen Therapie auf Grund fehlender Qualifikationen hinsichtlich beider Störungsbereiche und eingefahrener Handlungsmuster der jeweiligen Experten, als schwierig gestaltet. Es gibt einen großen Handlungsbedarf, um die Doppeldiagnose Trauma- Sucht in Zukunft schneller zu diagnostizieren und den Klienten in die richtige Einrichtung zu vermitteln. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass es zu weniger Abbrüchen während der Therapie kommt und dem Patienten effektiv geholfen werden kann.

## 8. Literaturverzeichnis

Baierl, Martin (2010): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich.

Covington, Stephanie (2008): Frauen und Sucht: ein traumasensibler Ansatz, in: Galeithner, Silke/ Gunderson Connie (Hrsg.) (2008): Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen. Kröning: Asanger Verlag GmbH, S. 21 – 44.

Davison, Gerald /Neale, John/ Hautzinger, Martin (2007): Klinische Psychologie. Weinheim/ Basel: Beltz Verlag.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009): Entwöhnungsbehandlung ein Weg aus der Sucht. Möglichkeiten und Grenzen/ Therapie und Wiedereingliederung ins soziale Umfeld/ Finanzielle Unterstützung. Berlin: DRV Bund.

Dilling, Horst/ Mombour, Werner, Schmidt Martin, u.a. (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD–10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien. Lübeck: Verlag Hans Huber.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2009): Sucht Aktuell. Bonn.

Faure, Hendrik (2010): Eine kleine Drogenkunde, in: Lüdecke Christel/ Sachsse, Ulrich/ Faure Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 103- 122.

Fischer, Gottfried/ Riedesser, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Flatten, Guido./ Hofmann Arne/ Liebermann Peter, u.a. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Flatten, Guido/ Wöller, Wolfgang/ Hofmann Arne (2001): Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung, in: Flatten, Guido./ Hofmann Arne/ Liebermann Peter, u.a. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 85 – 122.

Friedmann, Alexander/ Hofmann, Peter/ Vyssoki, David (Hrsg.) u.a. (2004): Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung. Wien: Springer Verlag.

Galeithner, Silke/ Gunderson Connie (Hrsg.) (2008): Frauen Trauma Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen. Kröning: Asanger Verlag GmbH.

Galeithner, Silke/ Gunderson, Connie (Hrsg.) (2009): Gender Trauma Sucht. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis. Kröning: Asanger Verlag GmbH.

Krausz, Michael, Schäfer Ingo/ Lucht Michael u.a. (2005): Suchterkrankungen, in: Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (2005): Sexueller Missbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 483 – 498.

Lamneck, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Basel: Beltz Verlag.

Liebermann, Peter/ Siol, Thorsten/ Wöller Wolfgang (2001): Traumaassoziierte Störungsbilder neben der PTSD, in: Flatten, Guido/ Hofmann Arne/ Liebermann Peter, u.a. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinien und Quellentext. Stuttgart: Schattauer GmbH, S. 25- 39.

Lüdecke, Christel (2010): Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung, in: Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer, S. 11-26.

Lüdecke, Christel (2010): Die integrative Therapie, in: Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer, S. 125 – 140.

Lüdecke, Christel/ Sachsse, Ulrich (2010): Die therapeutische Beziehung in der Behandlung traumatisierter, in: Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer, S. 141 – 174.

Lüdecke, Christel/ Sachsse, Ulrich/ Faure Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Maercker, Andreas / Rosner, Rita (2006): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart / New York: Georg Thieme Verlag.

Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2002): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion, in: Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz Wolfgang (Hrsg.) (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich, S. 71 – 93.

Mieg, Harald (2005): Experteninterview in den Umwelt und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung. Zürich: Institut für Mensch-Umwelt-Systeme.

Petzold, Hilarion/ Schay, Peter/ Ebert, Wolfgang (Hrsg.) (2007): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pschyrembel, Willibald (2004): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Qualitätsmanagement STZ (2009): Therapieordnung. Hamburg: SuchtTherapieZentrum.

Roth, Susan/ Newman, Elana/ Pelcovitz, David u.a. (1997): Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. o.O: o.V.

Sachsse, Ulrich (2010): Eine kleine Trauma – Kunde, in: Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer, S. 85 – 102.

Sachsse, Ulrich (2010): Trauma- und Sucht- Therapie, in: Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer, S. 175 – 200.

Sachsse, Ulrich (2009): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Sachsse, Ulrich/ Özkan Ibrahim (2004): Traumatherapie – Was ist erfolgreich?.Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sack Martin (2010): Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Schaaf, Susanne/ Schäfer, Lothar/ Schuler Wolfram (2000): Stationäre Entwöhnungsbehandlung, in: Uchtenhagen, Ambros/ Zieglängsberger, Walter (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban & Fischer Verlag, S. 299 – 321.

Schäfer, Ingo/ Krausz Michael (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett Cotta1.

Schäfer, Ulrike/ Rüther Eckart (2006): Boderline-Störungen: ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schay, Peter/ Liefke, Ingrid (Hrsg.) (2009): Sucht und Trauma. Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Scheerer, Sebastian/ Vogt Irmgard (1989): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Täschner, Karl – Ludwig (1983): Therapie der Drogenabhängigkeit. Ein Handbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer GmbH.

Teesson, Maree/ Degenhardt Louisa/ Hall, Wayne (2008): Suchtmittel und Abhängigkeit. Formen – Wirkung – Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber.

Teunißen, Sibylle/ Engels, Michael (2006): Geschlechtsdifferenzierte integrative Therapie von Sucht und Traumafolgestörungen, in: Schäfer, Ingo/ Krausz Michael (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett Cotta1, S. 172 – 152)

Uchtenhagen, Ambros/ Zieglängsberger, Walter (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban & Fischer Verlag.

van Treeck, Bernhard (2004): Drogen- und Suchtlexikon. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf Verlag

Vogelsang, Monika (2006): Verhaltenstherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung bei SuchtpatientInnen, in: Schäfer, Ingo/ Krausz Michael (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett Cottal, S. 153- 183)

#### Literatur aus dem Internet

Papadakis, Antal (2006): Das Psychologie- Lexikon, online unter: Psychologie-Lexikon <http://www.psychology48.com/deu/d/eltern-ich/eltern-ich.htm> (Zugriff: 20.02.2012)

Kebernik, Artur (2010): Stadtteilorientierte Beratungsstelle, online unter: <http://spieleparkev.de/stob/pages/drogen.php> (Zugriff: 20.02.2012)

### **Eidesstattliche Erklärung:**

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe verfasst sowie Argumente oder Informationen aus anderen Quellen – auch Internetquellen – (Wiedergabe als Zitate oder in eigenen Worten) belegt wurden.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Nina Schwichtenberg



## **Anhang**

### **Anhang 1 – Interviewleitfaden**

Fragestellung: Wie eng ist der Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht und wie kann man Trauma und Sucht am effektivsten behandeln?

Fragen für einen Experten

1. Wie viele Klienten betreuen Sie, die neben einer Sucht eine Traumatisierung aufweisen?
2. Wie denken Sie über Therapien, die ausschließlich das Trauma oder die Sucht behandeln?
3. Sehen Sie es als sinnvoll an Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln?
4. Gibt es bei der gemeinsamen Behandlung von Trauma und Sucht Nachteile?
5. Nach welcher Therapiemethode arbeiten Sie?
6. Kennen Sie die integrative Therapie? Wenn ja, wie denken Sie über diese?
7. Spielt es eine Rolle in welchem Alter man ein Trauma erlebt, um neben dem Trauma eine Substanzmittelabhängigkeit zu entwickeln?
8. Wovon hängt es ab, ob jemand, der ein Trauma erlitten hat auch eine Substanzmittelabhängigkeit entwickelt?
9. Wozu dient der gleichzeitige Substanzgebrauch neben dem Trauma?

## Anhang 2 – Transkribierte Interviews

1. Thema: Trauma und Sucht- Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten
2. Befragte: Frau C.S., Psychologin (Sie stellt in der Transkription und auch in der Bachelor-Arbeit Person A dar.)
3. Interviewer: Nina Schwichtenberg, 23 Jahre
4. Ort des Interviews: Büro der Befragten im UKE
5. Datum/ Uhrzeit: 12.01.2012, von 11.15 bis 12.00 Uhr

Beginn der Transkription:

Interviewer: Wie viele Klienten betreust du, die neben einer Sucht auch eine Traumatisierung aufweisen? #00:00:14-1#

Person A: Ja, das ist zurzeit sehr unterschiedlich, dass was wir hier anbieten ist ja ein Gruppenangebot. Da ich zur Zeit mehr in der Forschung tätig bin begrenzt sich das zur Zeit wirklich eher auf Patienten, die wir halt in der Gruppe haben und im Rahmen der Gruppentherapie haben wir einmal immer so vier bis sechs Frauen in der Gruppe ist eine reine Frauengruppe, die wir hier anbieten. Wo wir halt nach diesem Konzept „Sicherheit finden“ was ich bestimmt nachher nochmal kurz erläutern werde behandeln oder eine Therapie anbieten können und da geht es vorwiegend um Stabilisierung und deshalb ist es eine ganz kleine Gruppe, die wir hier anbieten. Das hat aber auch schon einen Grund, dass die so klein ist.

Klar bin ich natürlich auch immer bemüht, dass neue Frauen, die sich fürs Gruppenangebot interessieren mit in die Gruppe zu bringen und aber auch da ist natürlich immer so die Begleitforschung natürlich wichtig, dass man vorher einfach nochmal mit den Fragebögen zusammen durchgeht und denn wirklich guckt wie können die in die Gruppe kommen und dort dann eine gewisse Zeit an der Therapie teilnehmen, um dann auch nach zwölf Gruppensitzungen quasi ins freie Feld entlassen zu werden. \*\* #00:01:36-4#

Interviewer: Wie denkst du über Therapien, die ausschließlich das Trauma oder nur die Sucht behandeln? #00:01:43-6#

Person A: \*\*\* Finde ich jetzt grundsätzlich ist, vollkommen in Ordnung. Ich denke mir man muss einfach gucken was hat derjenige quasi im Gepäck also was hat derjenige für Probleme bringt er mit sich und da denke ich mir schon es gibt es natürlich immer noch betroffene, die eine reine Suchterkrankung haben, da macht Suchttherapie auch total Sinn.

Da gibt es natürlich auch Menschen die halt eher eine Traumatisierung erfahren und sich so im Laufe der Zeit ein Substanzmissbrauch entwickelt hat, Substanzabhängigkeit vielleicht auch und da denke ich mir macht es schon Sinn durch zwei Brillen zu gucken also einmal durch die Suchttherapiebrille aber auch durch die Traumatherapiebrille, also das man so eine integrierte Behandlung eher im Fokus hat, weil ich denke mir am Trauma nur zu arbeiten und ganz die Sucht außen vor zu lassen, funktioniert bei den wenigsten. \*\*\*\* #00:03:01-8#

Interviewer: Das wäre jetzt auch die dritte Frage gewesen. Wenn man neben dem Trauma eine Sucht entwickelt hat, ob du es als sinnvoll siehst, die dann eben auch gemeinsam zu behandeln? #00:03:22-6#

Person A: \*\* Auf jeden Fall, Auf jeden Fall, weil das eine ist ganz oft zumindest berichten mir das auch die Frauen, die ich hier sehe wenn die Frauen eine Traumatisierung erfahren haben und eine Suchterkrankung im Laufe der Zeit entwickelt haben. Dann ist das ja wirklich wie so ein Teufelskreis der sich dann da aufbaut. Die Frauen erleben die PTBS Symptome tagtäglich, das ist nicht so, dass das einmal im Monat auftritt und dann nicht wieder sondern das ist was, mit den die tagtäglich leben.

Sie erleben diese Symptomatik tagtäglich und versuchen als Bewältigungsstrategie, konsumieren sie Substanzen was erst einmal die Symptomatik natürlich runter fährt. Sie können mit den Symptomen besser umgehen sie spüren die Symptome nicht so sehr haben aber dann natürlich das nächste Problem dadurch das sie dann Substanzen konsumieren begeben sie sich oftmals ja wiederum in gefährliche Situationen, dass sie zum Beispiel sich dann mit Menschen umgeben die vielleicht nicht sicher sind oder die vielleicht auch gefährlich werden können, die vielleicht auch die Betrunkenheit oder den Rauschzustand den die Frauen dann erleben eventuell ausnutzen könnten.

Es geschieht womöglich dann wieder eine Traumatisierung und auf einmal sind sie wieder in diesem Teufelskreis drin. Viele berichten auch das sie wenn sie die Substanzen weg lassen, dass sie wenn sie zum Beispiel jetzt in Entzug gehen und dann so peu a peu die Substanzen weg fallen und ihre Bewältigungsstrategien, man kann das wirklich wie so eine Art Bewältigungsstrategie auch sehen, weg fällt das auf einmal die PTBS Symptome wieder stärker werden und sie dann auf einmal wieder so den Drang haben okay ich möchte da gern was gegen setzen aber ich weiß nicht was.

Das heißt also da fehlen oftmals Bewältigungsstrategien was kann ich alternativ auch tun um mit dieser Symptomatik besser umgehen zu können und deshalb finde ich macht es total Sinn bei Menschen die eine Traumafolgestörung entwickelt haben und gleichzeitig ein Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit entwickelt haben durch beide Brillen zu gucken und beides auch integriert zu behandeln und statt nur an der Sucht rum zu doktern kommt man quasi bei der PTBS nicht weiter.

Während wenn man nur bei der PTBS arbeitet scheuen sich viele die sagen denn ne wenn wir ganz genau wissen da ist eine Suchterkrankung mit im Hintergrund dann ist Traumatherapie gar nicht möglich, weil die Frauen sich denn oder auch die Männer ja gar nicht richtig auf diesen Prozess auch einlassen können eine. Deshalb denke ich mir ist das schon total sinnvoll das eher integriert zu behandeln. #00:06:16-3#

Interviewer: Gibt es bei der gemeinsamen Behandlung von Trauma und Sucht Nachteile?  
#00:06:29-7#

Person A: \*\*\* Naja also der Nachteil ist es muss natürlich ein Therapeut sein der von beides Ahnung hat (lacht) Das ist schon mal ein entscheidender Nachteil und es gibt einfach viele Therapeuten die sagen ich mach Traumatherapie aber mit Sucht hab ich keine Erfahrung oder möcht ich vielleicht auch nichts zu tun haben und die dann eher so sagen okay kommen sie wieder oder auch zu Betroffenen sagen sie können gerne Traumatherapie machen aber dazu ist halt eine gewisse Abstinenz auch notwendig.

Es ist auch immer die Frage wie man Traumatherapie auch greift, eine Traumatherapie ist nicht nur konfrontative Traumatherapie, in dem Sinne das man Expositionen macht, sondern Traumatherapie kann auch schon viel früher anfangen nämlich indem man vielleicht eher stabilisiert indem man erst einmal guckt okay die Abstinenz erst mal zu sichern zu wahren das überhaupt erst mal eine Voraussetzung geschaffen wird um überhaupt konfrontative Traumatherapie zu machen.

Ich glaub das ist auch nochmal so eine Definitionssache die vielleicht für deine Arbeit auch wichtig ist da nochmal zu gucken was ist denn genau eigentlich auch Traumatherapie, ist es tatsächlich nur konfrontative Traumatherapie sei es jetzt EMDR oder auch kognitive \* KVT oder aber ist es nicht auch das was wir zum Beispiel auch mit „Sicherheit finden“ anbieten ein erster Schritt gerade bei den Betroffenen auch schon Stabilisierung, dass man wirklich guckt was gibt es, wie kann man die Abstinenz die gewonnen wurde von den Menschen wie können die gesichert werden um schon erste, um wirklich gute Voraussetzung zu schaffen, dass die Therapie auch konfrontativ weiter gehen kann. Man kann das wirklich wie so ein Prozess auch sehen. Stabilisierung als aller erster Schritt auch gerade bei den traumatisierten suchtkranken Patienten, Stabilisierung als erster Schritt.

Als zweiter Schritt quasi so die Konfrontation wo man sich ganz intensiv mit dem Trauma auseinandersetzt und dann als dritten Schritt der Traumatherapie der großen Traumatherapie so eine Art Reintegration also das man wirklich guckt wie kann ich eigentlich so mein Leben eigentlich auch gestalten wie kann ich das was ich erlebt hab tatsächlich auch in der Vergangenheit lassen und wie kann ich jetzt mein Leben neu gestalten mit dem was ich mir jetzt die ganze Zeit erarbeitet hab eine und das ist denn ja schon ein ganz schön großer Bereich und nicht nur die konfrontative Traumatherapie wie sie oft als Traumatherapie genannt wird. Ich denk mir das ist einfach noch ein größerer Begriff der da der sich dahin, gerade bei den traumatisierten suchtkranken sinnvoll ist zu betrachten so als großen Prozess. \*\*\* #00:09:33-8#

Interviewer: Du hast ja jetzt schon von dem Konzept also von der Therapie hier erzählt und nach welcher Therapiemethode arbeitet ihr hier dann genau? Kann man es Integrative Therapie nennen so wie zum Beispiel nach Petzold? #00:09:56-4#

Person A: Also es ist das Therapiekonzept das sagt ich ja schon heißt Sicherheit finden das ist ein Konzept aus den USA von der Frau Lisa Najavitz, die das konzipiert hat. Es ist eine integrative Behandlung, das heißt wir gucken immer auf beide Störungsbereiche nämlich wir gucken auf den Störungsbereich Traumafolgestörung und wir gucken auf den Bereich Suchterkrankung und in jeder Sitzung die wir hier haben arbeiten wir immer mit Themen.

Das heißt wir haben jede Gruppensitzung, die wir hier anbieten ein neues Thema dabei und anhand von diesem Thema erarbeiten wir sichere Bewältigungsstrategien. Immer vor dem Hintergrund das derjenige zukünftig abstinent leben möchte oder das die Abstinenz gesichert werden soll. Und wir gucken uns jedes Thema an einmal kann man wirklich sagen so durch die Traumabrille und einmal auch durch die Suchtbrille und gucken wie, wo sind da die Zusammenhänge was macht es vielleicht so schwer Hilfe zum Beispiel zu holen, Hilfe zum Beispiel für die Sucht aber auch Hilfe zu holen für die Posttraumatische Belastungsstörung.

Was macht es da so schwierig und wo sind da die Zusammenhänge auch weil oftmals ist es bei den Frauen so dass die das überhaupt noch gar nicht so sehen, \* das es da ein Trauma gibt und sie konsumieren um mit den Symptomen umzugehen.

Den sind oftmals die Zusammenhänge gar nicht so wirklich klar und unser Ziel ist halt wirklich Zusammenhänge zu erarbeiten und vor allem daraus hervorgehend sichere Bewältigungsstrategien mit den Frauen zu erarbeiten so dass sie zukünftig zum Beispiel nicht mehr konsumieren oder weniger konsumieren und natürlich mit dem Ziel irgendwann abstinent zu leben. Das heißt also wirklich wir gucken uns beide Störungsbilder an immer mit Themen, wie zum Beispiel um Hilfe bitten oder es gibt auch ein Thema das heißt rote und grüne Signale da geht es darum zu gucken was gibt es so für grüne Signale in meinem Verhalten die da drauf hin deuten das es mir doch eigentlich gut geht das ich in Sicherheit bin wie zum Beispiel das ich regelmäßig mir Mahlzeiten, das ich regelmäßig esse, das ich regelmäßig Therapietermine einhalte, das ich regelmäßig zum Arzt gehe, das ich gut für mich sorgen, dass ich mir auch kleine Freuden mache.

Und was gibt es aber denn im Gegensatz dazu aber auch für rote Signale in meinem Verhalten die daraufhin deuten ah ich steuere da auf was hin was nicht gut ist was gefährlich werden könnte eine wie zum Beispiel ein Rückfall, nämlich ich zieh mich zunehmend zurück das heißt wenn ich vorher Kontakte zu Freunden, Bekannten hatte, Selbsthilfegruppen ich nehme solche Termine nicht mehr wahr, wäre auch ein rotes Signal oder zum Beispiel auch das ich Körperpflege zum Beispiel auch vernachlässige, das ich zum Beispiel sonst wichtige Tätigkeiten die mir sonst total wichtig waren auf einmal vernachlässige also das wir da auch immer gucken was gibt es also was gibt es wirklich möglichst konkret hilfreiches für die Frauen um zukünftig sicherer \*\* durchs Leben zu gehen.

Da ist Sicherheit ein ganz großer Schwerpunkt. Was bedeutet Sicherheit überhaupt für mich ist meine Wohnung ein sicherer Ort an dem ich mich sicher fühl? Ist es sicher wenn ich abends um 11 noch alleine durch den Park gehe, weil ich mich einfach so gerne bewege oder gibt es nicht vielleicht auch andere Formen von Sicherheit. Also das sind einfach so grundsätzliche Dinge die wir halt in der Therapie erarbeiten und die ich meines Erachtens auch völlig sinnvoll finde.

\*\*\*\* Genau vielleicht noch eine Sache es klang ja schon, habe ich ja eben schon so ein bisschen angekündigt mit dieser großen Form der Traumatherapie, unsere Therapie, die wir anbieten ist tatsächlich im ersten Bereich angesiedelt wo es wirklich um Stabilisierung geht.

Also wir arbeiten nicht konfrontativ in der Gruppe so wie es viele glauben, dass sich jeder erzählt was für schreckliche Erlebnisse er hatte sondern wir arbeiten wirklich stabilisierend, das heißt wir gucken immer, wir besprechen nicht das Trauma in der Gruppe, sondern das Trauma ist in dem Sinne in der Gruppe kein Thema, sondern die Frauen sitzen da alle und wissen okay die haben alle was schreckliches erlebt, aber was es ist weiß ich nicht und es spielt in dem Sinne auch keine Rolle, weil es geht ja um Stabilisierung und nicht um Konfrontation.  
\*\*\* #00:14:52-8#

Interviewer: Spielt es eine Rolle in welchem Alter man ein Trauma erlebt hat, um neben dem Trauma eine Substanzmittelabhängigkeit zu entwickeln? \*\*\* #00:15:05-2#

Person A: Naja das \*\* birgt ja auch so mit immer die Frage, Alter würde ich glaube ich sagen \*\* sind mehrere Faktoren man kann es nicht nur aufs Alter schieben. Es ist ja auch immer so die Frage der Resilienz also welche Faktoren gibt es das Menschen eine PTBS ausbilden. Warum bilden einige Menschen aufgrund eines Traumas eine Posttraumatische Belastungsstörung aus und warum andere nicht so diese Frage der Resilienz da wissen wir noch ganz wenig.

Warum es bei dem einen der Fall ist und warum ist es bei dem anderen nicht der Fall. Es können genetische Komponenten sein aber mit Sicherheit auch Umweltfaktoren was für Unterstützung hab ich erfahren da gibt es schon Hinweise drauf die darauf hindeuten dass es gewisse Tendenzen gibt, aber warum der eine Störung ausbildet und der andere nicht, weiß man heutzutage nicht.

Was man schon weiß ist wenn \*\* Menschen früh traumatisiert wurden gerade auch noch durch die Bezugspersonen sei es jetzt Eltern nahestehende Verwandte, Geschwister und das auch nicht nur einmalig sondern auch noch über einen längeren Zeitraum dass das schon die Wahrscheinlichkeit erhöht auch eine Substanzmittelabhängigkeit auszubilden, gerade wenn dann auch noch Substanzen in der Familie eine Rolle spielen.

Ich weiß nicht inwiefern du was Suchtbehandlung das angeht das weißt das es da auch eine genetische Komponente bei den Suchterkrankungen gibt. Die Wahrscheinlichkeit dass jemand suchtmittelabhängig wird ist wenn seine Eltern auch Suchtmittelabhängig waren, die Wahr-

scheinlichkeit ist wesentlich höher als wenn die Eltern clean sind und nie irgendwie Substanzen konsumiert haben. Und deshalb denk ich mir sind es einfach mehrere Faktoren also ich denke mir je früher eine Traumatisierung stattgefunden hat desto höher ist die Wahrscheinlichkeit. Denn aber auch was für soziale Unterstützung haben die Betroffenen aber auch erfahren. Gabs da zum Beispiel die Oma an der man sich anvertrauen konnte.

Was ist damals passiert und hat man da Unterstützung erfahren oder gabs diese Oma oder diesen Opa vielleicht nicht. Dann aber halt auch was die Eltern natürlich auch für \*\* ja ich sag mal \*\* Suchterfahrung haben spielt da mit Sicherheit eine Rolle. Also ich glaub das kann man nicht wirklich nur aufs Alter reduzieren sondern es sind glaub ich immer mehrere Faktoren die da rein spielen. Mach das so Sinn? #00:18:07-8#

Interviewer: Das ist jetzt auch meine nächste Frage. Wovon hängt es ab, ob jemand der ein Trauma erlitten hat auch eine Substanzmittelabhängigkeit entwickelt? Das hast du mir jetzt gerade ja eigentlich schon ganz gut beantwortet. #00:18:35-9#

Person A: Genau. Ich glaube das sind einfach, man kann es nicht auf einen Faktor runter brechen ich glaube das sind immer mehrere Komponenten die da einfach eine ganz entscheidende Rolle spielen. Und ich glaube vor allem halt auch Unterstützung die man im Ressourcen wie man ja immer so schön sagt, die es dann da gibt die Oma, den Opa, den Bruder den man sich anvertrauen konnte und der dann einem geholfen hat oder vielleicht der Lehrer auch in der Schule der mitgekriegt hat, da passiert im Elternhaus vielleicht was, was da nicht hin gehört.

Da denke ich mir das sind einfach ganz wichtige Faktoren und natürlich auch Persönlichkeitseigenschaften glaube ich auch das das eine Rolle spielt. Ich denke mal nicht das es den einen Faktor gibt, sondern es ist einfach immer eine Konstellation von mehreren Sachen ist und ansonsten als Schlagwort kann ich dir da wirklich nur empfehlen halt auch noch Resilienzforschung dir da mal an zu gucken.

Da gibt wie gesagt wir wissen heute noch nicht warum nicht das so ist oder wie es kommt dass der eine PTBS ausbildet und der andere nicht und einfach für dich nochmal so zum Hintergrund da vielleicht auch nochmal zu gucken was gibt es in der Resilienzforschung dann noch. #00:19:57-2#

Interviewer: Wozu dient der gleichzeitige Substanzgebrauch neben dem Trauma? #00:20:07-3#

Person A: \*\*\*\* Hast du da eine Idee frage ich jetzt einfach mal zurück (LACHT) #00:20:11-3#

A: Also ja (LACHEN) ich habe mir da zum Thema Zusammenhänge etwas durch gelesen. Also es hängt auf jeden Fall mit der Selbstmedikationshypothese, der Sensibilitätshypothese und der Hochrisikohypothese zusammen. So das Selbstmedikation, wie du vorhin auch schon gesagt hattest, das man besser mit dem Trauma umgehen kann und mit dem was passiert ist wenn man eben im Rauschzustand ist so zusagen. Und bei der Sensibilitätshypothese \*\*\* geht es \*\*\* wahrscheinlich, damit man sich wahrscheinlich nicht mit dem Trauma auseinander setzen muss hätte ich jetzt so... und genau bei der Hochrisikohypothese das vor allem zum Beispiel Prostituierte leicht in dieses immer wieder neue traumatische Erlebnisse erleben, dadurch ist da Risiko viel höher das sie neben dem Trauma auch eine Sucht entwickeln. Genau das ist jetzt so kurz was ich dazu sagen würde. #00:21:31-7#

Person A: Also ich denk mir Selbstmedikation ist bei den Frauen die wir hier sehen \* einfach ein ganz entscheidender Punkt. Also die meisten Frauen konsumieren wirklich weil sie zum

Beispiel abends wenn sie zur Ruhe kommen, Bilder auftauchen.

Es ist tatsächlich so oftmals sind es auch die Patienten auf der Entzugsstation wo man denn auch so merkt, abends wenn alles ruhig wird, dann geistern die noch so übern Flur wollen nicht schlafen gehen wo man dann wirklich merkt da ist tatsächlich irgendwas da ist tatsächlich was anders bei den als bei den normalen Suchtkranken.

Das tatsächlich wenn sie so zur Ruhe kommen oder auch wenn bestimmte Auslöser, das sie dissoziieren zum Beispiel und da kann man sich natürlich sehr gut vorstellen, sind Substanzen, sei es Cannabis, sei es Alkohol natürlich fantastische Mittel also fantastisch in Anführungszeichen aber helfen da natürlich mit der Symptomatik einfach besser umzugehen zur Ruhe zu kommen abzuschalten.

Das was wirklich tagtäglich erlebt wird einfach abzdämpfen und ganz klar bei den Frauen die in der Prostitution auch noch sind, ist es oftmals auch so das überhaupt erträglich auch zu machen also was sie da tagtäglich leisten, das überhaupt überleben zu können also Selbstmedikation auf der einen Seite aber auch Überlebensstrategie auf der andern Seite.

Das es langfristig gesehen natürlich ein riesen Problem darstellt sei es jetzt Alkohol, Cannabis, Heroin, Medikamente klar das ist eindeutig. \*\*\* #00:23:46-9#

Interviewer: Okay das wären jetzt meine Fragen erst mal dazu. Vielen Dank für das Interview.

## Transkript 2

1. Thema: Trauma und Sucht – Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten
2. Person 1.: Frau M.K.; Person 2 Frau G.C., beides Suchttherapeuten (Frau M.K. stellt im Transkript, als auch in der Bachelor- Arbeit, Person B dar und Frag G.C stellt Person C dar.)
3. Interviewer: Nina Schwichtenberg, 23 Jahre
4. Ort des Interviews Büro der STZ Beratungsstelle Harburg
5. Datum/ Zeit: 23.01.2012, von 14.00 bis 15.00 Uhr

Beginn der Transkription

Interviewer: Wie viele Klienten betreut ihr, die neben einer Sucht auch eine Traumatisierung aufweisen? #00:00:12-3#

Person B: Ich würde eher andersrum die Frage fast stellen. Also ich persönlich denke, dass die meisten die hier her kommen und eine Suchterkrankung haben auch in irgendeiner Form traumatisches Erlebnis gehabt haben oder eine traumatische Erfahrung gemacht haben, weil Suchterkrankung ganz oft auch als Selbstheilungsversuch dann zu sehen ist. Also bei Frauen ist es zumindest so, dass mein persönliches Empfinden weit über 90% auch eine Gewalterfahrung haben. Bei Männern ist es zunehmend auch mehr, dass sie darüber sprechen würden ist so mein Gefühl oder? #00:00:57-3#

Person C: Ja dem würde ich mich anschließen. Also auf jeden Fall bei Frau und Sucht ist es ja auch erforscht, dass Frauen, fast alle Frauen, die süchtig sind auch traumatisiert sind. Das sie deshalb süchtig geworden sind. #00:01:22-4#

Interviewer: Wie denkt ihr über Therapie, da ihr ja jetzt eigentlich mehr auf die Suchttherapie spezialisiert seid, die ausschließlich das Trauma oder die Sucht behandeln? #00:01:33-5#

Person C: Ich glaube das geht gar nicht das getrennt zu behandeln, also ich finde das muss zusammen behandelt werden. Also nicht gleichzeitig, also ich finde es muss beides behandelt werden, weil Ursache und Wirkung, das gehört ja zusammen, genauso wie psychische Erkrankungen, die viele Menschen, die hier her kommen, sind ja auch psychisch erkrankt und sind deshalb süchtig geworden, deshalb kann man das nicht trennen voneinander. Das ist meine persönliche Meinung. #00:02:05-9#

Person B: Das denk ich auch. Ich denke halt, dass man gucken muss, was heißt denn überhaupt Behandlung von Trauma. Geht es hier um Bearbeitung oder geht es um Verarbeitung. Das sind für mich wirklich zwei Paar Schuhe. Etwas zu bearbeiten ist für mich definitiv immer richtig im Zusammenhang mit der Suchterkrankung, dass man eigentlich dazu lernen sollte, dass sie so Skills bekommen wo sie in bestimmten Situationen mit arbeiten können um sich zu stabilisieren, also das sie stabilisiert sind.

So und wenn es ums verarbeiten geht, würde ich mich persönlich mit meiner Ausbildung überfordert fühlen. Denn würde ich grundsätzlich immer da raten irgendwie noch eine Zusatztherapie zu machen NACH der Suchtbehandlung um, oder vielleicht auch parallel, das man so eine Art runden Tisch mit auch Psychologen machen kann, um das Traumata gleichzeitig zu behandeln, WENN die Person stabil genug ist.

Wichtig ist ja immer, dass es darum geht was der Klient oder die Klientin gerade, sag ich mal als Auftrag mit bringt und wie sehr sie auch stabil sind. Nicht das sie durchs arbeiten instabil werden und wieder in die Sucht rein kippen. #00:03:15-9#

Person C: Das finde ich auch so wie Person B ich würde gucken was für ein Auftrag bringen die Leute mit. Der Auftrag den die Leute hier mitbringen ist das Thema mit der Sucht, dass die irgendwie mit der Sucht belastet sind. Dann stellt sich im Lebenslauf heraus, dass sie Trauma erlitten haben, dann würde ich das nicht unbedingt behandeln, sondern erst wenn das von der Klientin auch kommt und behandeln heißt für mich auch nicht aufdeckend zu arbeiten, sondern höchstens wenn es ein Posttrau-



matisches Belastungssyndrom gibt also wenn es ein Leiden gibt, das offensichtlich im Moment da ist die Symptome würde ich behandeln,

Aber ich würde niemals das Trauma aufdecken ich würde erst mal gucken, das ist ja klassische Suchttherapie, dass die Menschen stabilisiert sind mit ihrer Sucht und denn würde ich anschließend eine Traumatherapie empfehlen. Das habe ich auch schon gemacht hier ist ja auch eine in Harburg eine Traumatherapeutin. Dass die Person wenn sie in schwierige Gefühlslagen rein kommt nicht wieder zum Suchtmittel greifen muss. #00:05:15-1#

Interviewer: Aber du würdest schon dazu tendieren, das die Frau erst abstinent sein soll bevor überhaupt mit dem Trauma weiter gearbeitet werden kann? #00:05:23-3#

Person C: Ja das ist die Frage, was heißt mit dem Trauma arbeiten? In der Traumatherapie wird ja sowieso nicht das Trauma am Anfang aufgedeckt, sondern es wird GANZ, GANZ viel stabilisierend gearbeitet, wenn das heißt mit dem Trauma zu arbeiten, dann würd ich mit dem Trauma arbeiten, wenn das heißt stabilisierend zu arbeiten und eine Suchttherapie geht ja auch erst mal stabilisierend um Ressourcen um wie können die Leute stabilisiert werden in ihrer Sucht. #00:05:53-3#

Interviewer: Eine kurze Antwort was mit dem Trauma arbeiten heißt. Und zwar ist es ja auch bei der integrativen Therapie so, da wird stabilisierend gearbeitet und mit beiden also mit der Sucht und mit dem Trauma und man kann erst diese Traumakonfrontation machen, wenn man, wenn die Suchtmittelabhängigkeit überwunden ist, also größtenteils überwunden hat. #00:06:16-0#

Person C: Genau so würde ich das auch sehen und da wir ja bestenfalls anderthalb Jahre für die Suchttherapie haben, also behandeln wir das Trauma so wie ich gesagt habe und alles Weitere müssen wir überweisen an ambulante Suchttherapeuten oder eben Kliniken, die auch \* mit traumatisierten arbeiten. \*\*\* Also wir überweisen ja auch an Suchtkliniken, Altenkirchen und so, die auch ganz klar Traumaarbeit machen. #00:06:54-2#

Interviewer: Also ihr habt ja jetzt eigentlich im Grunde meine dritte Frage schon ein bisschen beantwortet. Ob ihr es als sinnvoll anseht Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln? #00:07:01-0#

Person B: \*\* Das finde ich individuell, also ich hab gerade eine Klientin im Kopf irgendwie, die wirklich eine schwerste Traumatisierung hinter sich hat und die ich für eine stationäre Klinik abgeklärt habe und dieses Trauma ist alleine beim Abklären für die Klinik immer wieder von ihr thematisiert worden und ich habe es immer wieder ausbremsen müssen, weil ich einfach die Ausbildung nicht hab.

Sie wollte immer wieder in dieses Trauma rein gehen und mir erzählen wie schlimm das doch da alles gewesen ist. Hat natürlich auch ein bisschen was mit dem Sozialbericht dann auch zu tun, wenn es da um die biografische Anamnese geht irgendwie und das immer wieder aus zu bremsen ist in dem Moment absolut auch mein Auftrag gewesen, weil hier einfach nicht der Rahmen war.

Für mich war es denn einfach nur wichtig zu gucken, dass ich sie stabil halte, indem ich ihr immer wieder das Gefühl gebe, dass sie die Kontrolle hat bei all dem was sie tut, damit sie mir nicht raus geht und gleich wieder rückfällig ist. Und dann gibt es so, also da mach ich ein bisschen wahrscheinlich so was wie eine Traumaarbeit ohne das ich es großartig gelernt habe und das sind denn so Sachen, die ich in der Supervision oder bei Kollegen nach frage wie verhalte ich mich da gerade was mach ich da am besten. Aber denn gibt es auch wieder so Sachen wo die Leute sagen, da ist irgendwas und denn würde ich so wie Person C schon sagte, denn würde ich im Leben nicht drauf kommen, da weiter rum zu stochern. Also würde ich dann nicht so unbedingt behandeln und dieses Trauma und Sucht gemeinsam zu behandeln ich glaube, das entscheidet sich in dem Moment wo der Klient da ist.

So wie wir bei Punkt 1 schon gesagt haben, der Klient gibt uns den Auftrag was wir machen sollen. Und ich würde von mir aus auch nicht auf die Idee kommen, da irgendwie, irgendwo in irgendeiner traumatischen Erfahrung rum zu stochern, wenn es sich Im Gespräch ergibt, dass da eine traumatische Erfahrung ist oder? #00:08:59-7#

Person C: Ja hatte ich ja vorher schon gesagt, also die Zeit ist viel zu kurz. #00:09:05-5#

Person B: Sondern immer weiter verweisen an Fachkliniken beziehungsweise an Fachtherapeuten, Psychologen, die sich darauf spezialisiert haben. #00:09:11-9#

Person C: Aber wenn das zum Beispiel von den Klienten angesprochen wird, würde ich das auch nicht ablehnen oder so ich find das ist wie mit anderen Dingen des Lebens, das ist so eine künstliche Trennung also alles gehört dazu in die Therapie. Auch Depression auch Ängste so. #00:09:31-8#

Interviewer: Ich weiß nicht genau, ob ihr mir auf die 4. Frage eine richtige Antwort geben könnt, weil ihr versucht ja nicht unbedingt das Trauma noch mit zu behandeln, aber ich stell sie einfach mal. Gibt es bei der gemeinsamen Behandlung von Trauma und Sucht Nachteile von eurer Sicht aus? #00:09:54-0#

Person C.: #00:10:48-8# \*\*\*

Also es ist eher immer der Nachteil, dass sie dann wieder in die Sucht rutschen, also weil das ihr altes Bewältigungsmuster ist, wenn Flashbacks sind oder schlimme Gefühle kommen oder so. #00:11:07-5#

Person B: Ich stell mir das immer vor wie so eine Wunde. Also Trauma ist für mich immer so eine seelische Wunde, die so ansatzweise immer mal wieder ein Stück weit verschorft und wenn die denn anfangen zu erzählen oder irgend einen Trigger haben, dann reißt der ganz Krempel auf, also dann reißt die ganze Wunde auf und denn schick ich die womöglich so raus nach einer Gruppensitzung weil da irgendwas gewesen ist und denn denk ich auch das es sehr gut passieren könnte, das sie da viel schneller rückfällig werden, als wenn sie im geschützten Rahmen sind. #00:11:42-2#

Interviewer: Also die Frage steht hier nicht: Was ist denn eurer Meinung nach die beste Möglichkeit das man beides hinter sich lässt. Also würdet ihr sagen, man sollte erst die Sucht behandeln, erst das Trauma behandeln oder beides gemeinsam? #00:11:59-8#

\*\*\* #00:12:06-3#

Person B: Kommt für mich auf die Stabilität des Klienten drauf an das sind für mich also das sind individuelle Entscheidungen also jemand der völlig instabil ist und womöglich völlig suizidal da weiß ich nicht also wär ich überfordert \*\* würd ich mir Person 2 rufen (LACHT) #00:12:32-7#

Person C: Also im ambulanten Setting können wir nicht beides behandeln, wenn das ein stationäres Setting ist, kann man beides behandeln aber im Vordergrund steht und das ist die klassische Suchttherapie die Stabilisierung in der Sucht, weil bei allen schlechten Gefühlen Flashbacks und so weiter wird die Person wieder rückfällig werden. Sie will aber raus aus der Sucht also gehts erst mal darum in der Suchtbearbeitung stabil zu sein, dann kommen automatisch wahrscheinlich, weil die Bewältigungsmuster gibt es ja noch nicht, kommen automatisch wahrscheinlich die Erinnerungen, dann muss natürlich das Trauma behandelt werden, dann kommt vielleicht ein Suchtdruck, dann muss die Sucht wieder behandelt werden. Das ist immer so ein Kreislauf, aber im ambulanten Setting würde ich das Trauma nicht aufdeckend behandeln, sondern stabilisieren, stabilisieren, erst mal die Sucht stabilisieren und dann meinetwegen noch eine klassische Psychotherapie oder so was hinter her. #00:13:39-8#

Interviewer: Nach welcher Therapiemethode arbeitet ihr? #00:13:45-4#

Person C: Naja ich bin Gestalttherapeutin und hab auch eine Gestalttherapeutische Suchtausbildung gemacht und so arbeite ich auch und neuerdings mach ich auch EFT mit den Leuten. Das heißt Klopftherapie. Also wir arbeiten mit humanistischen Therapieverfahren, arbeiten aber auch tiefenpsychologisch, weil wir auch Lebensbericht und den Bericht auch tiefenpsychologisch verfassen müssen, also es ein Mix. #00:14:28-7#

Person B: Es geht ja auch darum die Suchtmittelfunktion heraus zu finden. Es geht ja auch Richtung TP. Also ich mach so eine tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung und ich finde schon so bei der Lebensberichterstattung oder bei der bei der Suchtmittelfunktion da geht es schon manchmal so mehr in die Tiefe rein. #00:14:45-2#

Person C: Ja klar das mein ich ja tiefenpsychologische Anteile. Genau und wir sind ja auch verpflichtet vom Rentenversicherungsträger diese \* bei den Diagnosen die tiefenpsychologischen Kategorien zu verwenden. #00:15:11-1#

Interviewer: Kennt ihr die integrative Therapie? Wenn ja, wie denkt ihr über diese? #00:15:17-1#

Person C: Na da gab es bisschen so eine Begriffsverwirrung, das hat ich ja am Telefon schon kurz angesprochen. Also für mich war die integrative Therapie immer, die Therapie, die von Petzold entwickelt wurde am FPI, das versteh ich unter integrativer Therapie und meine Suchttherapieausbildung war zum Beispiel auch eine integrative Therapie und deine integrative Therapie (LACHT) ist aber eine andere, deswegen sollten wir vielleicht erst mal über den Begriff sprechen. Ich glaub Person B hatte das glaube ich ähnlich #00:15:56-7#

Person 1: Ich habe extra mal gegoogelt, ob so das was ich im Kopf hatte auch richtig war und für mich also diese integrative was ich nachgelesen hab, war halt das die halt die unterschiedlichen Therapieformen vereint und man individuell beim Patienten guckt was brauch er, braucht er jetzt ein bisschen mehr Verhaltenstherapie, brauch er jetzt ein bisschen mehr Gestalttherapie und alles aber unter dem humanistischen Menschenbild also sehr Ressourcen orientiert so habe ich das jetzt nach gelesen so habe ich das jetzt verstanden. #00:16:26-9#

Interviewer: Ja sie vereint auf jeden Fall alle Therapien miteinander, das habe ich auch so genau. Nur was vielleicht, also ich bezieh die integrative Therapie schon auf die gemeinsame Behandlung von Trauma und Sucht. Das ist ja auch die Frau, die mal bei euch war C.S.. #00:16:50-7#

Person B: Vom UKE? #00:16:50-7#

Interviewer: Genau, die hat da dieses Programm "Sicherheit finden", das basiert ja auch so ganz stark auf Stabilisierung und das ist auch integrativ, das Programm was sie da macht. #00:17:07-9#

Person B: Also reden wir vom gleichen, das UKE, die auch in der Boje sind, die halt mit traumatisierten Frauen arbeiten wo es darum geht irgendwie Skills zu bekommen, irgendwie um in bestimmten Situationen nicht das Gleichgewicht zu verlieren also die Kontrolle zu behalten und es sind suchtmittelabhängige Frauen, die gleichzeitig versuchen sollen, das Suchtmittel zu reduzieren, aber da ist kein Abstinenzanspruch. Sie müssen Aufnahmefähig sein. #00:17:38-4#

Interviewer: Genau #00:17:41-2#

Person B: Und das Trauma wird nicht bearbeitet. Da haben wir nämlich den Punkt das Trauma wird dort NICHT bearbeitet. Wenn die Frauen anfangen über das Trauma zu reden, werden sie ausgebremst. #00:17:47-1#

Genau, genau also es geht nicht um Traumabearbeitung, sondern es geht nur darum Skills zu erlernen mit den traumatischen Erlebnissen klar zu kommen, da eine Stabilität drin zu finden. So hab ich das verstanden. #00:18:04-2#

Person C: Und die Frau nennt ihre Therapieform integrative Therapie? #00:18:06-1#

Interviewer: "Sicherheit finden" heißt es ja und es stammt schon von der integrativen Therapie und die meisten, nachdem sie die Stabilisierungsphase so zu sagen hinter sich haben, gehen dann nochmal in eine stationäre Therapie wo sie dann auch gegebenenfalls abstinent für sein müssen. Und das ist eben eine integrative Therapieform. #00:18:28-0#

Person C: Also erklär doch nochmal die integrative Therapie wie du sie verstehst und denn können wir ja sagen was wir darüber denken. #00:19:04-9#

Interviewer: Also wenn ich jetzt auch nochmal nach Petzold geh, der hat ja gesagt man soll eben den Menschen nicht an sich betrachten, sondern den ganzen sehen mit all seinen Problemen drum herum und hat halt auch gesagt, dass ganz viele Therapieformen in die integrative mit einfließen und das sie dadurch eben auch integrativ ist und dann nochmal wegen Trauma und Sucht. Dass die integrative Therapie die Form darstellt, die Trauma und Sucht gleichzeitig behandelt, das man nicht gezwungenmaßen abstinent sein muss, um das Trauma zu behandeln. Das ist das für mich. #00:19:50-5#

Person C: Achso okay, da muss ich sagen ich kenn mich da zu wenig aus. Also diese Frau war zwar auch hier da war ich leider nicht da, da hab ich einfach keine Ahnung. Würd mich nochmal interessieren was sie für Erfahrung damit macht im UKE #00:20:07-5#

Person B: Was ich spannend finde, das ist ich hab jetzt gerade eine Klientin, die dort an dem Programm teilnehmen wird die hab ich da unter gebracht und ich hab da auch keine Erfahrung, bin aber gespannt irgendwie, also die Klientin kommt nach wie vor weiter noch zu mir und ich bin gespannt irgendwie wie ich sie erleben werden, weil sie ist auch hochtraumatisiert und ich bin gespannt #00:20:32-8#

Person C: Und die Frauen müssen da nicht abstinent sein sie müssen nur teilnehmen können. #00:20:38-3#

Person B: Sie müssen teilnehmen können, sie müssen aufnahmefähig sein ja sie sollten an dem Tag nicht unbedingt ein Suchtmittel genommen haben, es sei denn sie sind substituiert und die Patientin, die ich habe, die ist Medikamentenabhängig und hat erst massiv runter gefahren von einem Mittel, das zweite Mittel nimmt sie noch und durfte aber, so wird sie jetzt aufgenommen, weil sie aufnahmefähig ist. Und sie macht mit einem Doktor mit dem reduziert sie runter. Und sie macht denn wenn sie bei null ist oder diesen Kurs mit gemacht hat oder diese Behandlung mit gemacht hat hoffe ich dass ich sie dann an dem Punkt hab, dass sie stationär beim St. Viehtus macht, die ja auch diese Trauma Station haben. #00:21:50-3#

Interviewer: Was ich noch als integrative Therapie, Christel Lüdecke, die hat in Göttingen, da ist eine Therapieeinrichtung, die macht integrative Therapie. Wo es auch darum geht erst mal stabilisieren, dann werden sie gegebenenfalls nochmal nach Hause geschickt, also nachdem die Stabilisierungsphase vorbei ist und dann kommt die Konfrontationsphase. #00:22:12-2#

Interviewer: Dann würde ich zur nächsten Frage kommen. Spielt es eine Rolle in welchem Alter man ein Trauma erlebt, um neben dem Trauma auch eine Substanzmittelabhängigkeit zu entwickeln? #00:22:28-8#

Person B: Glaub ich nicht. Also wenn man sich die Kriegsflüchtlinge an guckt, die haben teilweise ein Kriegstraumata und entwickeln dann Sucht als Selbstheilung. Die merken dann dass Alkohol oder andere chemische Substanzen oder Heroin wie auch immer eine sedierende Wirkung hat, die also die Flashbacks vom Trauma irgendwie weniger oder gar nicht aufkommen lassen und wenn sie einmal diese Erfahrung gemacht haben, dann hören sie auch oft zu greifen zu irgendwelchen sedierenden Mitteln. Von daher denke ich, dass das alter unabhängig ist. Ich glaube dass jeder Mensch egal welchen Alters auch eine Sucht entwickeln kann, wenn er traumatisiert ist. Das hat bestimmt auch was mit einer inneren Resillienz zu tun also diese innere Kraft ob es einer nicht macht oder doch macht aber ich glaub nicht, das jemand, wenn er in frühen Jahre Trauma erlitten hat, dass er deswegen später Suchtmittelabhängig wird, sondern ich glaube das Trauma und Sucht genauso wie bei Frauen, Gewalt und Sucht ganz eng miteinander verknüpft ist. #00:23:37-9#

Person C: Ja das denk ich auch. Ich denke, dass es einen Zusammenhang gibt, zwischen \*\* ob jemand früh ein Trauma erlitten hat in der frühen Kindheit und dann früh abhängig wird, also mit 14 schon Drogen konsumiert wie stark die Sucht ausgeprägt ist und wie schwierig sie auch zu behandeln ist.

Wenn du als Erwachsene eine Sucht entwickelst im späteren Alter ist es oftmals nicht so manifestiert als wenn du mit 14 drogenabhängig wirst #00:24:16-7#

Person B: Und wie schnell er sich Hilfe sucht. Wahrscheinlich wird ein Erwachsener schneller Hilfe suchen, als ein Kind, Jugendlicher. #00:24:27-2#

Person C: Und es ist vielleicht leichter zu behandeln, weil es noch nicht so extrem manifestiert ist oder die Menschen schon andere (SEUFZT) andere Bewältigungsstrategien haben. Als so ein Kind, das so früh traumatisiert ist. #00:24:45-9#

Interviewer: Wovon hängt es eurer Meinung nach ab, ob jemand der ein Trauma erlitten hat auch eine Substanzmittelabhängigkeit entwickelt, also wenn ihr jetzt von eurem Bereich mal so guckt was ist euch da vielleicht aufgefallen? #00:25:01-5#

Person B: Soziale Faktoren, Bindungen, Resilienz, also das sind so die drei die mir auf Anhieb einfallen. \*\*\* #00:25:25-1#

Person C: Tja frühe verlässliche Bezugspersonen zum Beispiel andere Bezugspersonen, Bewältigungsmechanismen, das ist ja dieses Zauberwort Resilienz, was jetzt in aller Munde ist und ja soziales Netzwerk. Also es kann sein, dass jemand ein Trauma hat was nicht in der Familie stattfindet und da ist ein gutes Netzwerk und da gibt es eine gute Behandlung zum Beispiel, das ist was anderes als wenn jemand missbraucht wird in der Familie und da kein Netzwerk hat zum Beispiel. Also auch die Bindung, wie du schon gesagt hast. #00:26:13-7#

Person B: Ob jemand auch Bindungen eingehen kann. Bindungsfähig ist irgendwie, also wir haben hier genug Menschen, die bindungsgestört sind, wenn die dann ein Trauma erleben, dann ist es wahrscheinlich das jetzt was sie tun werden auf jemanden zu zugehen und um Hilfe rufen, weil sie einfach wann auch immer frühkindlich oder auch später schlechte Erfahrungen mit Erwachsenen gemacht haben und sich auf diese Bindung womöglich in der Kindheit nicht verlassen konnten. Und dann setzt dieser Selbstheilungsprozesse ein. #00:26:41-9#

Person C: Ich glaube schon, also es gibt glaub ich also ich weiß nicht genau wo das steht aber zu untersuchen Frau und Sucht. Diese ganzen Mädchen, die ganz früh Drogenabhängig sind, die haben alle eine Traumatisierung erlitten. Und wenn du als Erwachsene Frau ein Trauma erleidest, musst du nicht unbedingt abhängig werden. Also du musst sowieso nicht abhängig werden, wenn du ein Trauma erlitten hast aber umgekehrt ist es so, die abhängigen Frauen haben alle ein Trauma entwickelt und besonders die jüngeren, die jungen, die auf der Straße leben oder so. #00:27:24-9#

Person B: Ich glaube auch je älter du bist und ein Trauma erleidest, umso weniger besteht eine Gefahr, dass du auch substanzabhängig wirst. Weil ich glaube einfach, das du auch im Laufe deines Lebens, Bewältigungsstrategien erarbeitest mit unterschiedlichen Enttäuschungen klar kommst, mit Überforderungen wie auch immer und wenn du bis dato, also angenommen eine über 45 jährige erleidet jetzt ein Trauma und hat bis dato aber nie irgendwie eine Substanzabhängigkeit gehabt, könnte ich mir gut vorstellen, dass sie das auch trotz des Traumas nicht entwickeln wird, weil sie einfach bis zu dem Zeitpunkt ganz andere Bewältigungsstrategien gelernt hat. #00:28:00-7#

Person C: Genau, das kommt auf die zeitliche Dauer drauf an. Ob die Behandlungschancen größer sind und das noch nicht so manifestiert ist, die Sucht und eben auch durch die Sucht ja auch soziale Dinge, wie Schulabschluss und Bindungsfähigkeit und Freunde und so weiter, das ist alles beeinträchtigt. Während wenn du als ältere Frau ein Trauma hast, hast du ja vielleicht schon eine Berufsausbildung und hast Freunde und eine Familie, die sich auch kümmern oder so. Also es hängt von diesen ganzen Faktoren eben ab, wie Beruf, Schule, Schulabschluss. #00:29:17-2#

Interviewer: Wozu dient eurer Meinung nach, der gleichzeitige Substanzgebrauch neben dem Trauma? #00:29:25-7#

Person B: Ich denke definitiv, das das eine Form von einem missglückten Selbstheilungsversuch ist, das eine und das andere auch um nicht zu denken, um nicht zu spüren, um nicht zu fühlen, um nicht zu denken, um Bilder nicht zu haben. Also quasi sich regelrecht weg beamen. #00:29:49-0#

Person C: Um nicht verrückt zu werden, #00:29:49-7#

Person B: um den Schmerz nicht zu spüren. Deswegen denke ich immer, dass es so eine Art von Selbstheilungsversuch ist. \*\* #00:30:15-9#

Interviewer: Habt ihr zum Schluss noch irgendetwas hinzuzufügen.