

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fachbereich Sozialpädagogik

Trauma und Sucht -  
Zusammenhängen von Traumatisierung und  
Substanzabhängigkeit auf der Spur

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 28.09.2005

Vorgelegt von: Susanne Junker

Matrikelnummer: 1628878

Adresse: Fährstraße 32, 21107 Hamburg

Betreuende Prüferin: Dipl. Psych. Prof. Ilse Goldschmidt

Zweiter Prüfer: Dr. med. Prof. Georg Schürgers

## Inhalt

Einleitung .....	3
1. Das Psychotrauma.....	6
1.1 Definitionen.....	6
1.2 Beschreibungen .....	10
1.3 Das Verlaufsmodell psychischer Traumatisierungen nach Fischer und Riedesser (1998).....	21
1.3.1 Die traumatische Situation .....	22
1.3.2 Die traumatische Reaktion .....	27
1.3.3 Der traumatische Prozess.....	28
2. Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit.....	31
2.1 Definitionen.....	31
2.2 Beschreibungen .....	35
2.2.1 Epidemiologie .....	35
2.2.2 Ausgewählte psychotrope Substanzen und ihre Wirkungen.....	37
2.3 Theoretische Ansätze zur Entstehung von Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit.....	42
2.3.1 Ein psychoanalytisch orientierter Ansatz .....	43
2.3.2 Ein interaktionstheoretischer Ansatz .....	49
2.3.3 Ergänzende Aspekte zur Entstehung von Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit .....	53
2.3.3.1 Lerntheoretische Aspekte .....	54
2.3.3.2 Aspekte aus Neurophysiologie und Biochemie .....	55
2.3.3.3 Das Suchtgedächtnis .....	58
2.3.3.4 Die Bedeutung genetischer Faktoren .....	59
3. Zusammenhänge zwischen Trauma und Sucht.....	60
3.1 Empirische Daten zum Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Substanzmissbrauch / Substanzabhängigkeit .....	60
3.2 Synthese der verschiedenen theoretischen Ansätze.....	64
3.2.1 These 1: Substanzgebrauch als Selbstmedikation gegen psychische Symptome.....	64
3.2.2 These 2: Substanzgebrauch als Selbstmedikation gegen physische Symptome.....	67
3.2.3 These 3: Substanzgebrauch zur Kompensation eigener Ohnmacht.....	69
3.2.4 These 4: Substanzgebrauch zur Kompensation fehlender menschlicher Unterstützung und Nähe.....	73
4. Trauma, Sucht und Soziale Arbeit – Schlussfolgerungen für die sozialarbeiterische Praxis .....	77
4.1 Selbstwirksamkeit.....	77
4.2 Sozialität .....	81
4.3 Weitere Faktoren .....	85
Schluss .....	87
Literaturverzeichnis .....	89

## Einleitung

Diese Arbeit ist eine Spurensuche nach Zusammenhängen zwischen Trauma und Sucht. Den Fachkräften in der Suchthilfe ist meist sehr bewusst, dass ihr Klientel Lebensgeschichten aufweist, die von sexualisierter Gewalt, Vernachlässigung oder körperlichen Misshandlungen geprägt sind. Alkoholmissbrauch oder psychische Krankheit in der Herkunftsfamilie werden ebenfalls häufig beobachtet. Der Zusammenhang zwischen Suchtkrankheit und Traumatisierung ist evident (vgl. Sachsse 2004: 372). Weniger evident sind Erklärungen, *warum* traumatisierte Menschen abhängig werden. Die Tatsache, dass viele Substanzabhängige traumatische Erfahrungen gemacht haben, kann zwar als Hinweis auf mögliche kausale Verknüpfungen verstanden werden, eine Ursachenklärung ist damit aber nicht gegeben. Über den Brückenschlag zwischen den Themenfeldern Trauma und Sucht soll versucht werden, mögliche Erklärungsansätze herauszuarbeiten.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit psychischen Traumatisierungen wurde in den letzten Jahren intensiviert. Die Beschäftigung mit sexualisierter Gewalt an Kindern, mit der Borderline-Störung oder mit selbstverletzendem Verhalten gab immer wieder Hinweise auf die Bedeutung von Traumatisierungen als ätiologischer Faktor von psychischen Störungen. Die Entstehung einer regelrechten Psychotraumatologie wurde so gefördert (vgl. Fischer/Riedesser 1998). Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für den Themenkomplex Trauma erfolgte vor allem durch Katastrophen wie das Zugunglück in Eschede oder die Tsunami in Südostasien (vgl. FAZ 27.07.05: Lebensgeschichten am seelischen Tiefpunkt). In der Sozialen Arbeit spielt das Thema für sich genommen keine besondere Rolle. Traumatisierte Personen finden meist nicht aufgrund ihres Psychotraumas den Weg in die sozialen Institutionen sondern wegen anderer sozialer Probleme. Die Behandlung von traumatischen Störungen fällt nicht in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit, hier sind Psychotherapeutinnen und -therapeuten gefragt. Dennoch scheint es sinnvoll, auch professionelle Helferinnen und Helfer in der Sozialen Arbeit im Umgang mit Traumaopfern zu schulen. Gerade in der Drogenhilfe, aber auch in Frauenhäusern oder Jugend-

wohngruppen begegnen Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen häufig Menschen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben und unter posttraumatischen Störungen leiden. Ein qualifizierter Umgang mit ihnen kann eine Chronifizierung der Störungen verhindern helfen, unangemessene Interventionen vermeiden und suchtpreventiv wirksam sein.

Die Themenbereiche Trauma und Sucht werden in dieser Arbeit zunächst getrennt voneinander betrachtet. Im ersten Kapitel wird das Psychotrauma vorgestellt. Unter Punkt 1.1 werden einige Trauma-Definitionen diskutiert. Im Anschluss soll das Phänomen anhand empirischer Daten und diagnostischer Kriterien erläutert und veranschaulicht werden. Vor allem zum tieferen Verständnis der Traumafolgen werden einige Diagnosen der Internationalen Klassifikationssysteme ausführlich dargestellt. Unter Punkt 1.3 folgt die Darstellung des Verlaufsmodells psychischer Traumatisierungen nach Gottfried Fischer und Peter Riedesser (1998). Ihr Konzept ermöglicht es, kausale Zusammenhänge zwischen dem traumatischen Ereignis und den Traumafolgen zu erkennen und therapeutische Ansatzpunkte zu entdecken.

In Kapitel Zwei wird die Substanzabhängigkeit beschrieben. Es wird wieder mit der Diskussion einiger Definitionen von Sucht und Abhängigkeit begonnen, um einen ersten Überblick über die verschiedenen Herangehensweisen an das Thema Sucht zu geben. Unter Punkt 2.2 werden zunächst einige Zahlen zu Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen<sup>1</sup> Substanzen aufgezeigt. Danach werden die in dieser Arbeit berücksichtigten Substanzen und ihre Wirkungen vorgestellt, um ihre Bedeutung für die Zusammenhänge von Trauma und Sucht verständlich zu machen. Unter Punkt 2.3 folgt die Vorstellung verschiedener theoretischer Ansätze zur Entstehung von Sucht und Abhängigkeit. Es werden ein psychoanalytischer und ein interaktionstheoretischer Ansatz dargestellt, da beide für den Brückenschlag zum Psychotrauma besonders geeignet erscheinen. Das gilt auch für die lerntheoretischen, neurophysiologischen und genetischen Aspekte, die ergänzend erläutert werden.

Die Spur der Zusammenhänge von Trauma und Sucht wird im dritten Kapitel aufgenommen. Zuerst werden empirische Daten vorgestellt, die auf das Vorhandensein solcher Zusammenhänge hinweisen. Im Anschluss werden unter 3.2 vier Thesen aufgestellt, die die Zusammenhänge zwischen Psychotraumatisierung und Substanzabhängigkeit begründen sollen. Dabei geht es um Substanzabhängigkeit im Sinne einer Selbstmedikation gegen physische und psychische Symptome, als Kompensation von Ohnmachtsgefühlen und als Kompensation fehlender menschlicher Nähe und Unterstützung.

Im vierten Kapitel werden Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen. Entsprechend der Thesen im vorangegangenen Kapitel liegt der Schwerpunkt auf der Förderung von positiver Sozialität<sup>2</sup> und Selbstwirksamkeit. Sozialität und Selbstwirksamkeit werden kurz in ihrer grundlegenden Bedeutung vorgestellt, um dann konkrete Maßnahmen zu ihrer Förderung abzuleiten. Die Betrachtung einiger weiterer Aspekte und Vorschläge schließt sich an.

---

<sup>1</sup> bewusstseinsverändernd, auf die Psyche wirkend (Wahrig-Burfeind 2001: 773)

<sup>2</sup> „Gesamtheit aller kommunikativen und sozialen Prozesse [eines Menschen, S.J.] auf dem Hintergrund von gesellschaftlichen Traditionen und kulturellen Klimata“ (Petzold 1993: 795)

## **1. Das Psychotrauma**

Es werden zunächst einige Definitionen diskutiert, die zum Begriff des Traumas vorliegen und die unter Punkt 1.2 näher erläutert und veranschaulicht werden sollen. Unter Punkt 1.3 wird ein aktuelles theoretisches Modell zu Entstehung und Verlauf psychischer Traumatisierungen vorgestellt, das Verlaufsmodell psychischer Traumatisierungen nach Fischer und Riedesser (1998).

### **1.1 Definitionen**

Das Wort Trauma kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet Wunde. Dieses Verständnis von Trauma als Wunde oder Verletzung durch Einwirkung von Gewalt ist allgemein verbreitet. Auch der Begriff vom Trauma als Schock und seelische Erschütterung ist inzwischen durchgesetzt (vgl. Wahrig-Burfeind 2001: 956). In der Medizin ist die Unterscheidung zwischen körperlichem und seelischem Trauma bedeutsam, da der Begriff ursprünglich in der Chirurgie verwendet wurde. Daher unterscheidet der Pschyrembel, ein Standardwerk der medizinischen Wörterbücher, zwischen körperlicher und psychischer Verletzung. Ein psychisches Trauma liegt demnach vor bei „erheblicher seelischer Belastung und/oder unzureichender Bewältigungsmöglichkeit“ (Pschyrembel 2002: 1684).

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 definiert zwar nicht den Begriff des Traumas, gibt aber in einigen Diagnosen Anhaltspunkte für seine Verwendung. So wird für die Diagnosestellung einer akuten Belastungsreaktion das „Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung“ vorausgesetzt (Dilling u.a. 2000: 120). Bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird von einem „kurz oder lang haltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß“ gesprochen, „das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (121). Und unter der Anpassungsstörung findet sich die „identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem [...] katastrophalen

Ausmaß“ (122). Die Beschreibung des Ausmaßes der Verletzung, das „bei nahezu jedem“ eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde, setzt dabei eine kulturelle Norm voraus, nach der bestimmte Erfahrungen bestimmte Reaktionen nach sich ziehen. Auch der Begriff der Außergewöhnlichkeit, auf den sich die Diagnosen berufen, unterliegt kulturellen Normen und ist anhand objektiver Kriterien nicht überprüfbar.

Eindeutiger sind die Kriterien des DSM-IV, dem aktuellen Diagnosehandbuch der American Psychiatric Association. Ein traumatisches Ereignis, wie es für die Posttraumatische Belastungsstörung vorliegen muss, ist gekennzeichnet durch folgende zwei Faktoren:

„(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.“ (Saß u.a. 2003: 520)

Das Trauma wird also konstituiert einerseits durch objektive Faktoren, andererseits durch die Reaktion der Betroffenen. Wegen der genaueren Erfassung der Trauma-Kriterien wird in Wissenschaft und Forschung vor allem auf diese Definition Bezug genommen.

Ein Konzept aus der Gesprächspsychotherapie legt Klaus Heinerth mit dem Begriff des psychologischen Notfalls vor. Er bezieht sich damit zunächst auf die Trauma-Definition von Höger und Wilk (2002, zit.n. Heinerth 2004: 156). Danach ist ein Psychotrauma eine psychische Verletzung, die gekennzeichnet ist durch

- „1. ein definiertes traumatisierendes Ereignis, das überwältigend beeinträchtigend ist,
2. durch Bedrohung oder Verlust der körperlichen, damit auch emotionalen Unversehrtheit,
3. durch Bedrohung oder Verlust von Sicherheit und
4. durch Kontrollverlust und Hilflosigkeit“ (ebd.).

Heinerth modifiziert diese Definition, indem er neben dem definierten traumatisierenden Ereignis auch „schleichende Verletzungen“ (156) in die Betrachtung der psychologischen Notfälle mit einbezieht. Diese Erweiterung scheint sinnvoll, da nicht jede Traumatisierung auf ein eindeutig umschriebenes Ereignis zurückgeführt werden kann. So können wiederholte Erfahrungen, die für sich genommen ohne traumatische Auswirkungen bleiben, in ihrer Summe zum Trauma akkumulieren. Auch diese Traumata folgen den allgemeinen Traumaverarbeitungsmechanismen. Dazu Heinerth: Es werden „auch schleichende Verletzungen in die Betrachtung einbezogen, da sie nach den gleichen Regeln die Integrität des Menschen verletzen – wenn auch nicht so augenfällig“ (ebd.). Allerdings ist an Heinerths Konzept zu bemängeln, dass er sich auf die Definition von Höger und Wilk bezieht, die einige Aspekte psychischer Traumatisierungen nicht erfasst bzw. an einigen Stellen mit unklaren Begriffen arbeitet (z.B. „überwältigend beeinträchtigend“ a.a.O.). So wird zum Beispiel die Traumatisierung durch Zeugenschaft nicht berücksichtigt oder die Möglichkeit der Traumatisierung durch eigene Gewaltanwendung, wie sie besonders bei Soldaten zu beobachten ist. Außerdem scheint fragwürdig, ob die Abweichung vom inzwischen durchgesetzten Begriff des Traumas für den wissenschaftlichen Diskurs sinnvoll ist, da sie eine einheitliche Definition erschwert.

Judith Herman ist psychiatrische Ärztin und arbeitet seit Jahren praktisch und theoretisch mit Opfern von Gewalt. Sie gilt als Expertin in der Psychotraumaforschung. In ihrem Buch „Die Narben der Gewalt“ (2003) befasst sie sich ausführlich mit allen Facetten psychischer Traumatisierung. Als zentrales Element psychischer Traumata benennt sie die Dialektik zwischen dem „Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen, und dem Wunsch, sie laut auszusprechen“ (9). Dieser Zwiespalt äußert sich im Wechsel von Intrusion und Konstriktion, d.h. von überflutenden Erinnerungsbildern auf der einen und Verdrängung und Rückzug auf der anderen Seite (vgl. 72 ff.). Herman weist darauf hin, dass traumatische Ereignisse *nicht* „außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung“ liegen, wie es 1980 noch im Diagnosehandbuch der American Psychiatric Association definiert wurde (Diagnostic and Statistic Manual of Psychiatric Disorders, zit.n. Herman 2003: 53). Sie vertritt im Diskurs um die



begriffliche Fassung des Traumas eine Position, die von der Alltäglichkeit psychischer Traumatisierungen ausgeht.

In Deutschland ist Luise Reddemann als Expertin und Vorreiterin in der Psychotraumaforschung und Traumatherapie anerkannt. Die Frage, wie Trauma zu definieren ist, beantwortet sie zusammen mit Cornelia Dehner-Rau folgendermaßen:

„Trauma heißt Verletzung. Diese kann sowohl körperlich als auch seelisch sein. Definitionsgemäß erfüllt ein traumatisches Ereignis folgende Kriterien: Die Person war selbst Zeuge oder Opfer eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das Leben anderer Personen bedroht war oder [das, S.J.] eine ernste Verletzung zur Folge hatte. Die Reaktion des Betroffenen beinhaltete Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ (Reddemann/Dehner-Rau, 2004: 18).

Dieses Zitat stammt aus einem als Ratgeber für Betroffene angelegtem Buch. Es zeigt in einfachen und verständlichen Worten, was ein Trauma ausmacht. Für die Arbeit mit traumatisierten Menschen und ihren Angehörigen scheint diese Definition gut geeignet.

In ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie (1998) verwenden Gottfried Fischer und Peter Riedesser den Begriff des Traumas differenzierter und eindeutiger, womit sie wissenschaftlichen Ansprüchen eher gerecht werden. Bei ihnen heißt es:

„Psychische Traumatisierung läßt sich definieren als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (351).

Fischer und Riedesser verstehen ihren Ansatz als ökologisch-dialektisch, da mit ihm einerseits die wechselseitige Beziehung von Person und Umwelt in den Blick gerückt wird (ökologische Perspektive), andererseits das Spannungsverhältnis zwischen subjektiven und objektiven Faktoren (dialektische Perspektive). Der

Vorteil dieser Herangehensweise liegt in der erweiterten Betrachtungsweise: Nicht nur das von außen Beobachtbare wird untersucht sondern auch die subjektive Verarbeitung und Bewertung des Geschehens und die wechselseitigen Rückwirkungen beider Aspekte aufeinander (vgl. Fischer/Riedesser 1998: 59). Damit entgehen Fischer und Riedesser dem oben aufgezeigten Problem der uneindeutigen Begrifflichkeiten. Sie berücksichtigen in ihrer Definition bereits die individuellen Bedeutungszuschreibungen, so dass sie nicht mit vermeintlich objektiven Zuschreibungen wie „überwältigend“ oder „außergewöhnlich“ arbeiten müssen. Nicht außergewöhnliche *Ereignisse* werden als traumatisierend definiert, sondern das *Erleben* eines außergewöhnlichen Geschehens. So kann theoretisch das gleiche Ereignis auf den einen traumatisierend wirken, während ein anderer keine besondere Beeinträchtigung davon trägt. Fischer und Riedesser unterscheiden zusätzlich zwischen traumatischer Situation, traumatischer Reaktion und traumatischem Prozess, die als wesentliche Momente des Verlaufsmodells der psychischen Traumatisierung verstanden werden (vgl. dazu Punkt 1.3).

Dieses Verständnis von Trauma als Gesamtheit von Ereignis, Reaktion und Prozess hat sich in der Fachliteratur durchgesetzt. Die ausschließliche Bezugnahme auf das einschneidende Ereignis ohne Berücksichtigung seiner Verarbeitung wird dem traumatischen Geschehen nicht gerecht. Ein Trauma ist eben nicht nur der Verkehrsunfall, sondern der Unfall, die unmittelbaren körperlichen und seelischen Folgen (Beinbruch, Schreckhaftigkeit), sowie die Reaktionen auf das Ereignis im weiteren Verlauf (Ärger, Schuldgefühle). Wenn in dieser Arbeit von Trauma oder Traumatisierung gesprochen wird, impliziert das immer diese drei Aspekte.

## **1.2 Beschreibungen**

Traumatische Erfahrungen können sehr unterschiedliche Formen annehmen. Wie aus den Definitionen hervorgeht, ist es individuell verschieden, ob ein Geschehen

als traumatisch erlebt wird oder nicht. Es werden zunächst einige Beispiele für potentiell traumatisierende Erfahrungen gegeben, um deren Bandbreite zu verdeutlichen. Folgende Ereignisse können für Menschen zum Trauma werden:

- Naturkatastrophen jeder Art (z.B. Erdbeben, Lawinen, Wirbelstürme, Überschwemmungen);
- technische Katastrophen (z.B. Flugzeugabstürze, Großbrände, Gebäudeeinstürze);
- Miterleben von oder Teilnahme an Krieg;
- Anschläge, Attentate;
- Verfolgung, Vertreibung;
- institutionalisierte oder vereinzelt begangene Folter;
- medizinische Eingriffe (z.B. Amputationen, Schwangerschaftsabbrüche);
- Geburtserleben (bei Mutter und Kind);
- Gefangenschaft (im Krieg, im Gefängnis, häusliche Gefangenschaft);
- Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle, Unfälle beim Sport;
- Verlust einer nahen Bezugsperson, insbesondere im Kindesalter oder unerwartet;
- Tod eines Kindes;
- Vernachlässigung in der Kindheit (körperlich, emotional);
- Gewalt und sexualisierte Gewalt;
- Miterleben von Gewalt oder sexualisierter Gewalt als Zeuge;
- Miterleben anderer traumatischer Ereignisse als Zeuge (vgl. z.B. Reddemann/Dehner-Rau 2004: 18).

Neben diesen direkten traumatischen Erfahrungen sind außerdem Traumatisierungen durch die Konfrontation mit Traumafolgen zu nennen wie sie bei professionellen Helfern zu beobachten sind (Sanitäter, Feuerwehrleute, Psychologinnen und Psychologen). Sie werden als sekundäre Traumatisierungen bezeichnet. Die Traumatisierung von Kindern durch das Zusammenleben mit

traumatisierten Eltern (z.B. Holocaust- oder Kriegsoffer) wird ebenfalls als sekundär oder als „Second-Generation-Phänomen“ bezeichnet (Reddemann /Dehner-Rau 2004: 18). Daneben findet sich in der Literatur die Bezeichnung der sekundären Traumatisierung für die Beeinträchtigungen, die eine bereits traumatisierte Person durch den Umgang des sozialen Umfeldes mit ihr erfährt. So können unsensible Befragungen, Schuldzuweisungen oder Bagatellisierung des Geschehens durch Angehörige, Einsatzkräfte oder Versicherungsvertreter die Gesundung erschweren bzw. die Entstehung posttraumatischer Störungen fördern (vgl. Ruppert 2002: 153, Weiler 2002: 4ff.).

Angesichts dieser Fülle möglicher traumatischer Erfahrungen wird deutlich, dass jeder Mensch in seinem Leben mit einem oder mehreren Traumata konfrontiert werden kann. Studien weisen darauf hin, dass 70 bis 75 Prozent der Gesamtbevölkerung mit mindestens einem Trauma im Lebensverlauf konfrontiert werden (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2004: 26, Resick 2003: 68).

Das akute Traumaerleben ist definitionsgemäß geprägt von Gefühlen intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen (Saß u.a. 2003: 520). Unter normalen Umständen wird der Körper bei Gefahr durch physiologische Mechanismen in Alarmbereitschaft versetzt, der Organismus reagiert mit Kampf, Flucht oder Erstarrung. Stehen Kampf oder Flucht als Handlungsmöglichkeiten in der Situation nicht zur Verfügung, bleiben als letzter Ausweg Erstarrung oder Dissoziation – in diesen Fällen ist bei Tieren der Totstellreflex bekannt. Manche Menschen haben die Fähigkeit, in dissoziative Zustände zu flüchten, d.h. sie spalten einen Teil ihres Bewusstseins ab und entgehen so dem überwältigenden Schmerz oder dem Entsetzen. Diese Zustände werden beschrieben als Nebensich-treten, Entfremdung (Depersonalisation) oder als Gefühl von Unwirklichkeit (Derealisation). Sie treten offenbar erst mit der innerlichen Kapitulation vor der Situation ein (vgl. Resick 2003: 12). Daneben kommt es peritraumatisch, d.h. während des traumatischen Ereignisses, zu einer Vielfalt emotionaler Reaktionen. So wurden zum Beispiel bei Vergewaltigungsoffern Verwirrung, Schrecken, Wut und Gedankenrasen beobachtet. Physiologische Reaktionen bestanden vor allem

in Zittern, Herzrasen und Taubheitsgefühlen (Veronen 1979, zit.n. Resick 2003: 13). Es ist davon auszugehen, dass in anderen traumatischen Situationen ähnliche Reaktionen zu beobachten sind, abhängig von der Intensität, Dauer und Intentionalität des Stressors.

Es kann unterschieden werden zwischen sogenannten Typ1-Traumata, die durch ein einmaliges Ereignis ausgelöst werden, und Typ 2-Traumata, die durch wiederholte bzw. vorhersehbare Ereignisse verursacht werden. Zu den Typ 2-Traumata gehören zum Beispiel chronische sexuelle Ausbeutung, häusliche Gewalt oder der Aufenthalt in einem Kriegsgebiet (vgl. Landolt 2004: 12).

Als Folge einer traumatischen Erfahrung treten in der Regel verschiedene Symptome auf, die als natürliche Reaktion betrachtet werden können (vgl. Resick 2003: 17). Zu den natürlichen Folgeerscheinungen eines traumatischen Erlebnisses zählen Desorientiertheit, Bewusstseinsverengung, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Unruhezustände oder Hyperaktivität. Sie treten üblicherweise direkt nach dem Ereignis auf und gehen innerhalb einiger Stunden bis weniger Tage zurück (vgl. Landoldt 2004: 24). Längerfristig, d.h. Tage bis Wochen nach dem Ereignis, können Symptome von Wiedererleben, Vermeidungsverhalten oder ein erhöhtes Erregungsniveau auftreten. Das Wiedererleben äußert sich zum Beispiel in Träumen, in denen das traumatische Geschehen wieder auftaucht, in Szenen direkten Wiedererlebens, in denen die Person fühlt, als ob sie sich in der traumatischen Situation befindet, oder in wiederkehrenden Bildern oder Gedanken an das Geschehen. Das Vermeidungsverhalten bezieht sich auf Orte, Gedanken, Handlungen oder Gefühle, die an das traumatische Ereignis erinnern. Das erhöhte Erregungsniveau geht einher mit Schlafstörungen, Reizbarkeit, Hypervigilanz<sup>3</sup>, und Konzentrationsschwierigkeiten. Erst wenn diese über einen bestimmten Zeitraum und mit einem bestimmten Muster auftreten, kann eine Diagnose nach der ICD-10 oder dem DSM-IV gestellt werden. In den beiden gängigen Diagnosehandbüchern der World Health Organisation bzw. der

---

<sup>3</sup> übermäßige Wachsamkeit (Saß u.a. 2003: 521)

American Psychiatric Association finden sich verschiedene Störungen, die in direkten Zusammenhang mit traumatischen Ereignissen stehen. So nennt die ICD-10 die akute Belastungsreaktion, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), verschiedene Anpassungsstörungen sowie die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (vgl. Dilling u.a. 2000). Im DSM-IV finden sich die akute Belastungsstörung, die Posttraumatische Belastungsstörung und einige Anpassungsstörungen (vgl. Saß u.a. 2003). Landolt weist darauf hin, dass viele psychische Krankheiten, die auf ein traumatisches Geschehen zurückzuführen sind, noch nicht in die Klassifikationssysteme aufgenommen wurden bzw. noch ungenügend definiert sind. Als Beispiel nennt er die komplizierte oder traumatische Trauer, die nach dem Tod einer bedeutsamen Bezugsperson auftreten kann und mit einer schweren Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit einhergeht (vgl. 2004: 34). Resick betont, dass „fast jede existierende psychische Störung in der Folge einer traumatischen Erfahrung entstehen kann“ (2003: 18). Diese klinischen Störungen seien „als Traumafolgen zwar häufig aber nicht so spezifisch“ wie zum Beispiel „depressive Störungen, Suchtstörungen und Angststörungen“ (ebd.), die neben oder statt der PTBS auftreten können.

Im Folgenden wird eine kurze Beschreibung der gängigen posttraumatischen Diagnosen gegeben, da sie das Verständnis des traumatischen Geschehens erleichtern können. Außerdem dienen sie der Forschung als Grundlage, was dazu führt, dass erhobene Daten nur im Zusammenhang mit diesen Diagnosekriterien verstanden werden können. Die *akute Belastungsreaktion* der ICD-10 bezieht sich auf den Zeitraum direkt nach dem belastenden Ereignis. Für die Diagnose „muss ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vorliegen. Die Reaktion beginnt innerhalb weniger Minuten, wenn nicht sofort“ (Dilling u.a. 2000: 120). Dabei werden ein anfänglicher Zustand von Betäubung, Desorientiertheit, eingeschränkter Aufmerksamkeit, Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug beobachtet. Alle Symptome sind rasch rückläufig und sollten gewöhnlich nach drei Tagen nur noch minimal vorhanden sein (120 f.).

Das DSM-VI beschreibt als erste Reaktion auf ein Trauma die *akute Belastungsstörung*. Sie wird diagnostiziert, wenn eine Person mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert wurde, das den „tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen“ beinhaltete (Saß u.a. 2003: 524 f.). Die Person muss mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen reagiert haben. Während oder nach dem Ereignis müssen dissoziative Symptome aufgetreten sein. Außerdem sind folgende Kriterien zu erfüllen: ständiges Wiedererleben des Ereignisses, Vermeidungsverhalten, Angst oder ein erhöhter Erregungszustand. Die Störung muss in klinisch bedeutsamer Weise Leiden verursachen und innerhalb von vier Wochen nach dem Ereignis mindestens zwei Tage lang bis maximal vier Wochen andauern (ebd.). Im Vergleich mit der akuten Belastungsreaktion der ICD-10 sind die Kriterien für die akute Belastungsstörung etwas spezifischer und erfassen einen deutlich längeren Zeitraum, an den sich diagnostisch die Posttraumatische Belastungsstörung des DSM-IV anschließt.

In der ICD-10 werden als chronologisch folgende Störungsbilder die *Anpassungsstörungen* beschrieben. Sie treten innerhalb eines Monats nach einem belastenden Ereignis oder einer entscheidenden Lebensveränderung auf und dauern mit Ausnahme der längeren depressiven Reaktion nicht länger als sechs Monate (Dilling u.a. 2000: 120). Die Anzeichen umfassen je nach spezifischer Diagnose depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, Störungen des Sozialverhaltens und das Gefühl, die alltäglichen Routinen nicht mehr bewältigen zu können (120 f.). Das DSM-IV legt ähnliche Kriterien für seine *Anpassungsstörungen* fest. Die Symptome müssen sich innerhalb von drei Monaten nach dem Beginn der Belastung entwickeln und sollten nach sechs Monaten wieder abgeklungen sein. Eine einfache Trauerreaktion wird im DSM-IV ausdrücklich von den Anpassungsstörungen ausgeschlossen, womit zum Ausdruck gebracht wird, dass Trauer mit vielen ihrer Erscheinungen eine normale und durchaus gesunde Reaktion darstellt.

Die *Posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS) ist die am häufigsten diagnostizierte Störung in Folge eines einmalig erlittenen Traumas (vgl. Landolt 2004: 28). In der ICD-10 wird sie mit folgenden Kriterien beschrieben:

- A. Die Betroffenen sind einem kurz oder lang haltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
- D. Entweder 1. oder 2.
  - 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
  - 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
    - a. Ein- und Durchschlafstörungen
    - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
    - c. Konzentrationsschwierigkeiten
    - d. Hypervigilanz
    - e. erhöhte Schreckhaftigkeit
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (Dilling u.a. 2000: 121 f.).

Abweichend hiervon beschreibt das DSM-IV die *Posttraumatische Belastungsstörung* (Posttraumatic Stress Disorder / PTSD) folgendermaßen:

- 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.



Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
1. Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
  2. Wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis. Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
  3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten). Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
  4. Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
  5. Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
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, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
  4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
  5. Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen,
  6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
  7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals<sup>4</sup> (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
1. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
  2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
  3. Konzentrationsschwierigkeiten,

---

<sup>4</sup> Erregungsniveau

4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
  5. übertriebene Schreckreaktion.
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als ein [sic] Monat.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (Saß u.a. 2003: 520 f.).

Die meisten Forschungsarbeiten beziehen sich auf diese Definition des DSM-IV, da sie an einigen Stellen genauer und spezifischer gefasst ist als die der ICD-10. Unterschiede finden sich vor allem bei der Definition des traumatischen Ereignisses, bei der Beschreibung einzelner Symptome und in Bezug auf die zeitlichen Vorgaben.

Die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV liegt nach Untersuchungen in den USA bei 8-12 Prozent der Gesamtbevölkerung (Resick 2003: 51). Je nach Art des traumatischen Ereignisses entsteht mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit eine PTBS: So ziehen sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen mit 31 Prozent die höchsten PTBS-Raten nach sich. Bei Verkehrsunfällen liegen die Raten bei 12 Prozent (Resick 2003: 55, 58). Insgesamt lässt sich sagen, dass Traumata, die von Menschen vorsätzlich herbeigeführt wurden – sogenannte man-made Traumata – mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer PTBS führen als unbeabsichtigte Traumatisierungen.

Frauen weisen höhere PTBS-Raten auf als Männer, obwohl Männer insgesamt häufiger Opfer von traumatisierenden Ereignissen werden als Frauen. Diese Tatsache lässt sich verstehen, wenn man sich die Art der Traumatisierungen ansieht: Frauen werden deutlich häufiger Opfer sexueller Übergriffe und Vergewaltigungen und tragen damit ein wesentlich höheres Risiko, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln als Männer. Diese werden eher Opfer von nicht-sexualisierter Gewalt (vgl. Resick 2003: 68).

Untersuchungen zur Komorbidität<sup>5</sup> der PTBS mit anderen Störungen belegen eine hohe Komorbiditätsrate. In der Studie von Kessler u.a. wiesen 88 Prozent der Männer und 79 Prozent der Frauen mit PTBS andere komorbide Störungen auf. In den meisten Fällen handelte es sich dabei um Depressionen, Drogenmissbrauch oder Angststörungen (Resick 2003: 61 f.).

Unter F62.0 wird in der ICD-10 die *andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* aufgeführt, ebenfalls eine Störung, die sich ursächlich auf ein traumatisches Ereignis zurückführen lässt. Sie ist gekennzeichnet durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl. Die Diagnose darf erst gestellt werden, wenn die Symptome über mindestens zwei Jahre bestanden haben und sich auf eine extreme Belastung zurückführen lassen wie zum Beispiel Folter oder andere andauernde lebensbedrohliche Situationen (vgl. Landolt 2004: 33). Für das DSM wird aktuell die Einführung einer ähnlichen Diagnose diskutiert. Das Konzept der *komplexen posttraumatischen Belastungsstörung* (im Englischen Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified, kurz DESNOS) umfasst neben den Symptomen der PTBS weitere Störungen wie Somatisierung<sup>6</sup>, Dissoziation, affektive Veränderungen und charakteristische Persönlichkeitsänderungen (vgl. Landolt 2004: 34; Herman 2003: 169 f.).

Da die individuelle Reaktion auf ein traumatisches Ereignis von vielen Faktoren abhängig ist, sollen abschließend noch einige Hinweise zu Schutz- und Risikofaktoren gegeben werden. Schutzfaktoren können Risiken vermindern, Gefühle von Ohnmacht und Wehrlosigkeit verringern und negative Einflüsse

---

<sup>5</sup> Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander (Pschyrembel 2002: 884)

<sup>6</sup> Verleiblichung; Wiederbelebung früher somatischer Reaktionsmuster durch eine psychosoziale Belastungssituation (Pschyrembel 2002: 1554)

aversiver Faktoren kompensieren. Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau nennen folgende Ressourcen für die Bewältigung eines Traumas:

- Selbstwirksamkeit (d.h. das Leben wird als verstehbar, sinnhaft und kontrollierbar erlebt),
- soziale Unterstützung und
- die Fähigkeit zur aktiven Bewältigung und Kommunikation (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2004: 47, auch Resick 2003: 158).

Risikofaktoren dagegen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, posttraumatische Störungen zu erleiden. Es wird unterschieden zwischen objektiven, subjektiven und individuellen Faktoren. Als objektive Risikofaktoren werden genannt:

- Art, Intensität und Dauer der Traumatisierung,
- Wiederholung,
- Ausmaß körperlicher Verletzung,
- von Menschen verursachtes Trauma,
- absichtsvolles Herbeiführen des Traumas,
- nicht wieder gut zu machender Verlust,
- Höhe materieller Schädigung,
- ständiges Erinnertwerden (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2004: 59, auch Resick 2003: 133 ff.).

Als subjektive Risikofaktoren gelten:

- unerwartetes Eintreten,
- wenig Einflussmöglichkeiten auf das Geschehen,
- Erleben von Schuld,
- Fehlen fremder Hilfe (Reddemann/Dehner-Rau 2004: 59 f., Resick 2003: 133 ff.).

Außerdem werden als individuelle Risikofaktoren genannt:

- jugendliches oder hohes Alter,
- Geschlecht,
- Zugehörigkeit zu sozialer Randgruppe,
- niedriger sozioökonomischer Status,
- mangelnde soziale Unterstützung,
- seelische oder körperliche Vorerkrankungen und

- familiäre Vorbelastungen durch Traumata (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2004: 60, Resick 2003: 132).

Bei den zuletzt genannten individuellen Faktoren ist der dynamische Zusammenhang zur Traumabewältigung nicht eindeutig geklärt. So können sozioökonomische Faktoren Aussagen machen über das Ressourcenpotential, sie können aber auch mittelbar ein Indikator sein für die erhöhte Wahrscheinlichkeit, Opfer eines Verbrechens zu werden. Auch das Fehlen sozialer Unterstützung kann einerseits als mangelnde Bewältigungsressource verstanden werden, andererseits kann es als Folge der traumatischen Erfahrung auftreten (vgl. Resick 2003: 114 f., 152 ff.).

Die bisherigen Ausführungen sollten die verschiedenen Erscheinungsformen traumatischer Erfahrungen und Reaktionen deutlich machen. Im nächsten Abschnitt wird nun das Verlaufmodell psychischer Traumatisierungen nach Fischer und Riedesser (1998) vorgestellt, mit dessen Hilfe ein Verständnis traumatischer Erfahrungen auf der theoretischen Ebene geschaffen werden soll.

### **1.3 Das Verlaufmodell psychischer Traumatisierungen nach Fischer und Riedesser (1998)**

In ihrem ökologisch-dialektischen Ansatz zum Verständnis psychischer Traumatisierung gehen Fischer und Riedesser von einem psychodynamischen Verlaufmodell aus. Demnach lässt sich eine psychische Traumatisierung in drei wesentliche Elemente unterteilen: in die traumatische Situation, die traumatische Reaktion und den traumatischen Prozess. Diese werden bestimmt von der grundlegenden Paradoxie traumatischer Vorgänge: eine Handlung ist dringend erforderlich, z.T. überlebensnotwendig, in der Situation aber unmöglich. In ihrer Trauma-Definition ist entsprechend von einem „vitalen Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ die Rede (Fischer/Riedesser 1998: 351, Hervorh. S.J.). Das traumatische Geschehen ist im Zusammenhang mit dem sozialen

System (Mikro-, Meso- und Makroebene) zu sehen, in dem das Trauma erfahren wird.

### **1.3.1 Die traumatische Situation**

Die traumatische Situation bestimmt die erste Phase des Verlaufsmodells. Der Begriff der Situation wird verwendet, um objektive und subjektive Faktoren in ihrer Wechselwirkung aufeinander zu berücksichtigen. Fischer und Riedesser beziehen sich auf eine Definition von Konrad Thomas, der Situation bestimmt als „Einheit von Subjekt und Gegebenheit, bestimmbar durch das Thema, umgrenzt von einem Horizont“ (1969: 60, zit.n. Fischer/Riedesser 1998: 64). Gegebenheiten sind Situationsfaktoren, wie sie sich für das erlebende Subjekt darstellen. Das Thema einer Situation wird bestimmt durch objektive und subjektive Aspekte: Das Thema einer Prüfungssituation zum Beispiel ergibt sich aus den institutionellen Vorgaben (mündliche Prüfung im Fach Psychologie) und den persönlichen Bedeutungszuschreibungen des Prüflings (wichtige Prüfung, schlechte Vorbereitung). Situationsthemen sind eng verknüpft mit den sozialen Rahmenbedingungen.

Mit dem Begriff des Scripts werden Normierungen, Standardisierungen und subjektive Elemente einer Situation erfasst. Scripte enthalten nach Lindsay und Norman (1981, hier zit.n. Fischer/Riedesser 1998: 65) folgende Arten von Handlungsabläufen:

- „1. Kulturell normierte Abläufe.
2. Situativ gesteuerte, d.h. durch die gegenseitigen Erwartungen der Interaktionspartner bestimmte Abläufe.
3. Personengesteuerte Handlungsabläufe, die sich auf die beteiligten Persönlichkeiten und ihre individuelle Biographie zurückführen lassen.“

Als Vokabel aus der Sprache des Films kann das Script bildhaft verstanden werden als Drehbuch, das Situationen und sogar ganzen Lebensläufen zugrunde liegt. Mit diesem Bild wird auch deutlich, dass Situationen ineinander über und

auseinander hervor gehen. Die Grenze zwischen einzelnen Situationen bezeichnet Thomas als Horizont (1969, zit.n. Fischer/Riedesser 1998: 66). Der Erlebnishorizont begrenzt die individuelle Situationserfahrung. Es ist möglich, diesen Horizont mit Hilfe von Metakommunikation zu überschreiten und damit in eine neue Situation einzutreten. Im oben genannten Beispiel könnte der Prüfling durch die Thematisierung der formalen Prüfungssituation (Fehlen eines Beisitzers) die Ausgangssituation verlassen und in eine Diskussion über die rechtlichen Rahmenbedingungen der nun aufgehobenen Prüfungssituation einsteigen. Dieser „offene Horizont“ (ebd.) fehlt in der traumatischen Situation. Für diese werten Fischer und Riedesser die Unmöglichkeit von Metakommunikation als charakteristisches Merkmal<sup>7</sup>.

An der Stelle der traumatischen Situation, an der die subjektiven Bedeutungszuschreibungen mit den objektiven Gegebenheiten mit maximaler Passung zusammen fallen, ergibt sich das zentrale traumatische Situationsthema. Fischer und Riedesser sprechen von „maximaler Interferenz zwischen traumatischer Situation und Persönlichkeitssystem“ (Fischer/Riedesser 1998: 355). Einfacher ausgedrückt: Das zentrale traumatische Situationsthema meint die „zentrale subjektive Bedeutung, die eine traumatische Situation für die betroffene Persönlichkeit annimmt: was die Person zutiefst getroffen und verletzt hat“ (ebd.). So kann sich bei mehreren Personen, die dem gleichen traumatischen Geschehen zum Opfer fallen, das zentrale Situationsthema trotz äußerlich gleicher Bedingungen unterscheiden. Das Miterleben des gewaltsamen Todes eines Menschen kann bei dem einem vor allem durch Brutalität und Gewalt traumatisch wirken, bei einer anderen wäre möglicherweise die Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit bedeutsamer. Das zentrale traumatische Situationsthema entsteht immer im Zusammenspiel situativer und lebensgeschichtlicher Faktoren. Unter Umständen können frühere Traumatisierungserfahrungen dazu

---

<sup>7</sup> Es muss angemerkt werden, dass die Bedeutung von Metakommunikation nur für zwischenmenschliche Traumata Gültigkeit findet. Der Urlauber, der am asiatischen Strand von einer Welle überflutet wird, hat von vorne herein keine Möglichkeit, gegen diese Einspruch zu erheben. Das macht einen wesentlichen Unterschied von man-made und anderen Traumatisierungen aus. Bei ersteren handelt es sich immer um ein interaktionelles Geschehen, das zumindest von den Voraussetzungen her gemeinschaftlich gestaltet werden kann. Der Entzug

geführt haben, dass die Person bereits früher traumakompensatorische Maßnahmen entwickelt hat. Diese dienen als Schutz vor neuen Traumatisierungen und werden bewusst und unbewusst eingesetzt. Sie haben zur Folge, dass das aktuell erlebte Trauma durch unbewusste Wahrnehmungsschemata (Traumaschemata) wahrgenommen wird, die die aktuelle Reaktion maßgeblich bestimmen. Ursache hiervon ist die „Tendenz zur rekognoszierenden (wiedererkennenden) Assimilation aller Reize“ (351) durch das Traumaschema, d.h. die neue Situation wird vor allem auf solche Hinweise untersucht, die an das alte Trauma erinnern.

Situationen werden als singulär oder verallgemeinerbar erfahren. Mit Hinweis auf Piaget stellen Fischer und Riedesser fest, dass „jedes kognitive Schema auf Allgemeingültigkeit [zielt], die durch zusätzliche Erfahrungsprozesse dann differenziert und modifiziert werden kann“ (71). Das bedeutet, dass alle Erfahrungen – auch traumatische – zunächst generalisiert werden, bevor sie eine Differenzierung erfahren. Wenn also ein traumatisierter Mensch nach einem Erlebnis von Todesnähe eine allgegenwärtige Bedrohung seines Lebens erfährt, obwohl diese objektiv nicht gegeben ist, dann liegt das an den allgemeinen Mechanismen der Informations- und Wahrnehmungsverarbeitung. Erst durch zusätzliche Erfahrungen von Sicherheit und Schutz kann die Generalisierung relativiert werden – rein rationale Verweise auf die Ungefährlichkeit von Situationen reichen gewöhnlich nicht aus. Über generalisierte Wahrnehmungsschemata prägen traumatische Situationen das allgemeine Verständnis von der Welt. Sie „werden vom erlebenden Subjekt als ‚repräsentativ‘ für zentrale Aspekte des Weltbildes genommen. Sie führen zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverhältnisses in bestimmten Bereichen oder – wenn sie sich der Erfahrung von Todesnähe verbinden – auch insgesamt“ (71). Die Fähigkeit, die für eine angemessene Bewältigung des Alltags erforderlich ist, zwischen bedrohlichen und unbedrohlichen Situationen unterscheiden zu können, wird eingeschränkt.

---

der Mitgestaltungsmöglichkeiten wird offenbar als besonders schwerwiegend empfunden und begünstigt die Entstehung von posttraumatischen Störungen.



Traumatische Situationen enden nicht mit dem Ausgang aus dem traumatischen Ereignis. Diese Sicht wäre objektivistisch und der Untersuchung traumatischer Vorgänge nicht angemessen. Subjektiv und intersubjektiv enden sie für die betroffene Person erst dann, „wenn die zerstörte zwischenmenschliche und ethische Beziehung durch Anerkennung von Verursachung und Schuld wiederhergestellt wurde“ (72). Die Verschränkung von Einzelerfahrung (Singularität) und Verallgemeinerbarkeit (Generalität) wird an dieser Stelle deutlich: Traumaopfer benötigen nicht nur eine individuelle Anerkennung ihres Leidens und Wiedergutmachung des Schadens; sie sind auch darauf angewiesen, gesellschaftliche Anerkennung zu erfahren, um sich als Überlebende wieder in die Gesellschaft integrieren zu können (vgl. 72 f.).

Die physiologischen Mechanismen der Wahrnehmungsverarbeitung und -speicherung werden in traumatischen Situationen außer Kraft gesetzt. Ursache hierfür sind die dissoziativen Zustände, die während traumatischer Erfahrungen häufig auftreten. Sie sind in erster Linie als Selbstschutzmechanismen zu verstehen. Für die Integration der Traumatisierung in den schematisierten Wissensbestand sind sie allerdings hinderlich, da dissoziierte, fragmentierte Schemata entstehen, die sich den normalen Koordinationsregeln des Gedächtnisses entziehen. Fischer und Riedesser sprechen von Veränderungen im Zeit-, Raum- und Selbsterleben sowie von einer „*unterbrochene[n] Handlung* in einer vital bedeutsamen Problemsituation“ (79). Die unterbrochene Handlung führe peritraumatisch zu Erstarrung oder zu einem panikartigem Bewegungsturm. Langfristig setze sich die „*Tendenz zur Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen*“ (80) durch. Diese verstehen sie als Ursache der posttraumatischen Wiedererlebensphänomene. Auftretende dissoziative Zustände interpretieren Fischer und Riedesser als kompensierende Wahrnehmungsdistanzierung in einer Situation, in der Kampf- oder Fluchtverhalten unmöglich oder wirkungslos sind. Die traumatisierte Person fliehe dann zumindest innerlich, es komme zu einer „*Fluchtbewegung in der Wahrnehmung*“ (80), die sich zum Beispiel in einer Tunnelsicht oder dem Erleben von Unwirklichkeit äußere.

Auf der Ebene der Psychobiologie und Gedächtnisbildung ergänzen Fischer und Riedesser ihr Verständnis von der gestörten Wahrnehmungsverarbeitung. Die Erfassung und Enkodierung der traumatischen Situationskonstellationen verläuft über neurohormonale und biochemische Prozesse. Während des Traumas befindet sich der Mensch in einem Zustand höchster affektiver Erregung. Die traumatischen Gedächtnisengramme werden in Verbindung mit diesem Erregungszustand gespeichert und können nur gleichzeitig mit diesem erinnert werden. Es wird hier vom sogenannten heißen Gedächtnis gesprochen, das in der Mandelkernregion (Amygdala) des limbischen Systems angesiedelt ist. Es bewahrt Gedächtnisinhalte als sensorische (visuelle, akustische, olfaktorische) Eindrücke mit ihren jeweils zugehörigen Affektkonstellationen auf. Das Bild eines zuschlagenden Gewalttäters kann zum Beispiel aufgrund der besonderen traumatischen Informationsspeicherung nur zusammen mit dem Gefühl von Entsetzen und Angst erinnert werden – eine distanzierte, nüchterne Erinnerung ist dem Traumaopfer zunächst nicht möglich. Zuordnungen von Raum, Zeit oder Kausalität werden in der Hippocampusregion des limbischen Systems gespeichert, die dem sogenannten kühlen Gedächtnis zuzuordnen ist. Sie ist in der traumatischen Situation durch die Wirkung der ausgeschütteten Stresshormone gehemmt. In Studien zeigte sich, dass das expressive Sprachzentrum (Broca-Areal) bei künstlich hervorgerufenen Intrusionen im Vergleich mit der stark aktivierten Mandelkernregion wenig tätig ist. Dies wird als Hinweis darauf gewertet, dass die bei Traumaopfern oft beobachtete Unfähigkeit, das traumatische Geschehen in Worte zu fassen, seine physiologischen Hintergründe hat. Zur Integration der traumatischen Gedächtnisengramme in das kühle Gedächtnis scheint es also erforderlich zu sein, die Verbindung von kategorialen Bestimmungen und dem traumatischen Geschehen wieder herzustellen und die Symbolisierungsfähigkeit zu unterstützen (vgl. Fischer/Riedesser 1998: 88ff.). Geschieht dies nicht, bleiben die traumatischen Erinnerungen in Form von Intrusionen aktiv, die oft als bildhafter und wortloser Panikzustand erlebt werden – „speechless terror“ (90).

### 1.3.2 Die traumatische Reaktion

Die traumatische Reaktion beschreiben Fischer und Riedesser in Anlehnung an Mardi Horowitz (1976, hier zit.n. Fischer/Riedesser 1998: 92 f.). Horowitz beschreibt die normale Stressreaktion, deren pathologische Abweichungen zu einer traumatischen Reaktion führen können. Die normale Stressreaktion nach Horowitz gliedert sich in folgende Phasen:

1. Aufschrei, Wut, Angst und Trauer,
2. Verleugnung,
3. wiederkehrende Gedanken und Erinnerungen,
4. Durcharbeiten und Auseinandersetzung mit dem stressauslösenden Geschehen,
5. relativer Abschluss, sobald eine weitgehend vollständige Erinnerung an das Geschehen möglich ist, ohne dass diese zwanghafte Züge annimmt (vgl. Horowitz 1976, zit.n. Fischer/Riedesser 1998: 92 f.).

Die traumatische Reaktion unterscheidet sich insofern, als dass es zu Beginn zu einer Überflutung mit überwältigenden Eindrücken kommt. Die Verleugnungsphase ist gekennzeichnet durch extremes Vermeidungsverhalten, das unter Umständen unterstützt wird durch den Gebrauch von Drogen oder Medikamenten. Die wiederkehrenden Erinnerungen bestehen bei der traumatischen Reaktion vor allem in intrusiven Phänomenen, d.h. es findet ein ständiges *zwanghaftes* Wiedererleben statt. Statt einer Durcharbeitung kommt es zu sogenannten „frozen states“ (93). Sie sind gekennzeichnet durch körperliche Symptome, den Verlust der Hoffnung, die traumatische Erfahrung abschließen zu können, Charakterveränderungen als Versuch, mit der nicht zu bewältigenden Erfahrung zu leben, ausgeprägte Vermeidungshaltung und Störungen der Arbeits- und Liebesfähigkeit (vgl. ebd.). Fischer und Riedesser heben hervor, dass Horowitz als erster auf den biphasischen Charakter der traumatischen Reaktion hingewiesen hat, der im Wechsel von Eindringen und Verleugnung traumatischer Erinnerungsbilder besteht, im Oszillieren zwischen Intrusion und Konstriktion (vgl. Herman 2003: 72 ff.). Horowitz versteht diesen biphasischen Charakter als Ausdruck einer zugrunde liegenden Vollendungstendenz, d.h. einer Tendenz,

unterbrochene Handlungen wiederaufzunehmen und abzuschließen<sup>8</sup>. Er nimmt an, dass eine Art Arbeitsgedächtnis (working memory) dafür sorgt, dass die traumatischen Inhalte immer wieder in das Bewusstsein drängen. Im günstigen Fall kann so eine allmähliche Auseinandersetzung mit den traumatischen Inhalten stattfinden. In der traumatischen Reaktion dagegen kommt es zu den pathologischen Entgleisungen, die oben aufgeführt wurden. Ein Mensch, der in der Verleugnungsphase verharret, wird beispielsweise einen immer höheren Kraftaufwand leisten müssen, um die verdrängten Erinnerungen im vorbewussten Bereich zu halten (vgl. 94). Ein erfolgreicher Abschluss der Traumaverarbeitung ist nur möglich, „wenn die Fähigkeit zur Selbstberuhigung so weit gestärkt ist, daß ein kontrolliertes Wiedererleben der traumatischen Situation möglich wird“ (95). Fehlt diese, bleibt die traumatische Reaktion dauerhaft bestehen. Dieser Zustand ist vor allem bei Opfern extremer Traumatisierungen zu beobachten (vgl. auch komplexe PTBS, Abschnitt 1.2). Findet die traumatische Reaktion keinen gelingenden Abschluss, kann es auch zu einer vorzeitigen Unterbrechung des Verarbeitungsprozesses kommen. In solchen Fällen wird vom traumatischen Prozess gesprochen.

### **1.3.3 Der traumatische Prozess**

Tritt die Traumaverarbeitung in den traumatischen Prozess ein, werden die intrusiven Phänomene dauerhaft unterdrückt. Dies gelingt mittels umfangreicher „Umbaumaßnahmen“ (97), die die psychischen Strukturen, Beziehungsschemata und kognitiv-affektiven Wissensbestände im Sinne der Konstriktion verändern. Fischer und Riedesser sprechen in Anlehnung an die somatische Traumatologie von Einkapselung des Traumaschemas, also des in der traumatischen Situation

---

<sup>8</sup> Fischer und Riedesser führen hier als Indiz den sogenannten Zeigarnik-Effekt an, der diese These untermauern soll. Der Zeigarnik-Effekt steht für das Phänomen, dass nicht vollendete Handlungen besser erinnert werden als zu Ende geführte. Er gilt allerdings in der Kognitionspsychologie als weitgehend relativierter Befund (vgl. Fröhlich 2000: 478). Als weitere Belege für die Existenz einer Vollendungstendenz nennen Fischer und Riedesser die Tendenz zur guten Gestalt, ein Konzept aus der Wahrnehmungspsychologie, den Freud'schen Wiederholungszwang, der als Versuch verstanden wird, unbewältigte lebensgeschichtliche Erfahrungen zu einem Abschluss zu bringen, und mit dem Verweis auf Piaget die Tendenz zur Selbstbestätigung durch Wiederholung („reproduzierende Assimilation“, Fischer/Riedesser 1998: 93).

aktivierten Wahrnehmungs- und Handlungsschemas. Durch diese Einkapselung kann das Traumaschema nur noch begrenzt wirksam werden. Die betroffene Person entwirft halb bewusst, halb unbewusst eine Gegenstrategie zum Traumaschema, die sich an naiven Theorien über Verursachung und Heilung des Traumas bzw. der Prävention erneuter Traumatisierung orientiert. Diese Gegenstrategie bezeichnen Fischer und Riedesser als traumakompensatorisches Schema. Das traumakompensatorische Schema wird mitbestimmt „durch Zufälligkeiten der traumatischen Situation. Oft führt die Erinnerungsverzerrung dazu, daß situative Umstände, die nur zufällig zur traumatischen Situation gehörten als deren genuiner Bestandteil oder auch als kausale Faktoren fehlinterpretiert werden“ (98). Bei Kindern sind die traumakompensatorischen Schemata zudem abhängig von der kognitiven Entwicklungsstufe. Zur Veranschaulichung: Bei einer Person, die von randalierenden Jugendlichen vom Fahrrad gerissen und zusammengeschlagen wurde, könnte das traumakompensatorische Schema so aussehen, dass sie zukünftig vermeidet, Rad zu fahren. Dies geschieht in der Annahme, das Radfahren hätte die Jugendlichen provoziert und der Verzicht darauf könne ein ähnliches Geschehen in Zukunft verhindern. Es wird deutlich, dass das Streben nach Kontrolle zu rational nicht nachvollziehbaren Mechanismen führt, die der betreffenden Person aber ein Gefühl wiedererlangter Sicherheit geben und in dieser Hinsicht nicht als sinnlos abgetan werden dürfen. Die Symptombildung (im Beispiel der Verzicht auf das Fahrradfahren) wird von Fischer und Riedesser als Kompromissbildung zwischen den Tendenzen des Traumaschemas und denen des traumakompensatorischen Schemas verstanden. Sie wird vollzogen im „minimalen kontrollierten Handlungs- oder Ausdrucksfeld“ (345). Dabei wird die originäre unkontrollierbare traumatische Situation in ihren wichtigsten Elementen an einer minimalen Szenerie abgehandelt, in der sie kontrollierbar gestaltet werden kann. Das traumakompensatorische Schema wird über implizite (unbewusste) Erinnerung stimuliert, was die Entwicklung von Phobien und scheinbar grundlosen Panikattacken begünstigt, da die angstausslösenden Faktoren und ihr Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung bewusst nicht rekonstruierbar sind. Die relative dynamische Balance zwischen Traumaschema und traumakompensatorischen Maßnahmen ist abhängig von inneren und

äußeren Faktoren, die dazu führen können, dass die Symptome sich im traumatischen Prozess verändern (vgl. 352).

Ein weiterer wichtiger Faktor, der im traumatischen Prozess zum Tragen kommt, ist das Desillusionierungsschema. Die Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht im Trauma evoziert eine resignative Stimmung, die auf das Trauma bezogen angemessen erscheint. Im traumatischen Prozess allerdings wird sie im Desillusionierungsschema dauerhaft festgeschrieben und führt zu einer Art „negativer Ontologie“ (99). Das Selbst- und Weltverständnis ist in der Form erschüttert, dass viele negative Überzeugungen aktiviert werden: die Welt ist schlecht, unsicher, verräterisch, man selbst ist unfähig zu handeln, selber schuld an allem usw. Dass solche Schemata für eine gelingende Lebensbewältigung dysfunktional sind, muss kaum hinzugefügt werden. Einer gelingenden Integration des Traumas in die eigene Lebensgeschichte stehen sie entgegen. Die Gefahr erneuter Stimulation des Traumaschemas bleibt bestehen.

Fischer und Riedesser zeigen an einem Fallbeispiel, wie Strukturveränderungen im Verlauf des traumatischen Prozesses entstehen. Sobald Situationen eintreten, die an die ursprüngliche traumatische Erfahrung erinnern, setzen unbewusste Abwehrmechanismen ein – in diesem Fall also traumakompensatorische Maßnahmen. Nach Freud wird im Abwehrprozess das Ich gespalten in einen unbewussten Teil, der die Abwehr vornimmt, und in einen bewussten Teil, der die Resultate der Abwehr registriert. Fischer und Riedesser leiten hieraus die Mechanismen des traumakompensatorischen Schemas ab. Dieses operiere ähnlich den Abwehrmechanismen im unbewussten Bereich, führe aber zu sehr gezielten Wahrnehmungen oder Handlungen (vgl. 110). Solche traumakompensatorischen Schemata können vom höheren Selbstbezug abgespalten sein und deshalb quasi reflexartig funktionieren. Sie unterliegen den Wiederholungstendenzen, die Piaget als rekognitive und reproduktive Assimilation bezeichnet (vgl. Fischer/Riedesser 1998: 110) und unterliegen üblicherweise nicht der bewussten Reflexion und Überarbeitung. Vielmehr dienen sie als ‚Notfallreaktion‘, die als vertikale oder horizontale Kontrolloperationen verstanden

werden können. Vertikale Kontrolloperationen zeichnen sich durch den Verlust des Selbstbezugs aus, so dass sich das Selbst nicht mehr als Urheber seiner Kontrollhandlungen versteht. Horizontale Kontrolloperationen führen zu fraktionierten Scripts, zum Erleben einer Reihe unverbundener Szenen und Erlebniszustände (vgl. 113). Die Wahrnehmung aller Szenen in ihrem traumatischen Zusammenhang geht verloren, es werden nur noch solche Aspekte bewusst aufgenommen, die in das traumakompensatorische Schema passen.

## **2. Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit**

Im folgenden Kapitel sollen die wesentlichen Aspekte von Sucht und Abhängigkeit erläutert werden. Zunächst werden einige Definitionen von Sucht, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit vorgestellt und diskutiert. Im Anschluss werden die verschiedenen Erscheinungsformen der Sucht beschrieben und ihre Folgen umrissen. Im Rahmen einer kleinen Stoffkunde werden einige ausgewählte Substanzen vorgestellt. Zuletzt sollen verschiedene theoretische Ansätze zur Suchtentstehung erläutert werden, um auch auf dieser Ebene ein Verständnis für deren Mechanismen herzustellen.

### **2.1 Definitionen**

Zunächst scheint es angebracht darauf hinzuweisen, dass der Begriff der Sucht etymologisch nicht mit der Suche verwandt ist. Sucht kommt von siechen, krank sein und ist wortgeschichtlich dem Feld der Krankheit zuzuordnen – er verweist nicht auf eine philosophisch-spirituelle Suche (vgl. Böhnisch/Schille 2002: 42). Aus der Internationalen Klassifikation psychiatrischer Störungen (ICD) wurde der Begriff der Sucht bereits 1964 als nicht wissenschaftlich entfernt und durch den der Abhängigkeit ersetzt. Dieser impliziert die Unterscheidung zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit, die für das Verständnis von süchtigem

Verhalten sinnvoll ist (vgl. Schmidt 1999: 70). ICD-10 und DSM-IV differenzieren in weitgehender Übereinstimmung zwischen schädlichem Gebrauch bzw. Substanzmissbrauch und Abhängigkeitssyndrom bzw. Substanzabhängigkeit. *Schädlicher Gebrauch*, im allgemeinen auch als Missbrauch oder Abusus bezeichnet, wird diagnostiziert bei deutlichem Nachweis,

„dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist [...] für die körperlichen oder psychischen Schäden, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zur Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann“ (Dilling u.a. 2000: 77).

Das Konsummuster muss entweder einen Monat lang bestanden haben oder im letzten Jahr wiederholt aufgetreten sein (ebd.). Im DSM-IV wird in Bezug auf den *Substanzmissbrauch* von einem „unangepaßte[n] Muster von Substanzgebrauch“ (239) gesprochen, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Es muss innerhalb des letzten Jahres entweder

- zu wiederholtem Gebrauch gekommen sein, der häufig zu einem Versagen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führte oder
- zu einer körperlichen Gefährdung oder
- zu wiederkehrenden Problemen mit dem Gesetz im Zusammenhang mit dem Konsum oder
- zu fortgesetztem Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme (vgl. Saß 2003: 239).

Im Pschyrembel findet sich zusätzlich der Hinweis, dass wiederholter Missbrauch zu Abhängigkeit führen kann (2002: 1073).

Das *Abhängigkeitssyndrom* nach der ICD-10 beinhaltet folgende Merkmale, von denen drei einen Monat lang oder innerhalb der letzten zwölf Monate wiederholt bestanden haben sollten:

- starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren,
- verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch,
- körperliches Entzugssyndrom,



- Toleranzentwicklung,
- Einengung auf den Substanzgebrauch oder
- anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen  
(vgl. Dilling u.a. 2000: 77 f.).

Die Beschreibung der *Substanzabhängigkeit* des DSM-IV stimmt mit der des Abhängigkeitssyndroms praktisch überein (vgl. Schmidt 1999: 71).

Im Pschyrembel werden mit Hinweis auf das DSM-IV verschiedene Stoffgruppen genannt, die zu einer Abhängigkeit führen können: „Alkohol, Amphetamine oder ähnlich wirkende Sympathomimetika<sup>9</sup>, Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzien [...], Coffein, Cocain, Nicotin, Opiate [...], Phencyclidin, Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika<sup>10</sup>“ (Pschyrembel 2002: 3). Auf das Vorkommen eines multiplen Substanzmissbrauchs wird hingewiesen. Als Ursachen für die Abhängigkeitsentstehung werden neben der Verfügbarkeit und pharmakologischen Wirkung der Droge die Struktur der Persönlichkeit sowie das soziale Lebensumfeld des Betroffenen genannt. Der Abhängigkeit gehe häufig eine Phase des Missbrauchs voraus. In Abgrenzung zum gewohnheitsmäßigen Konsum wird auf das Fehlen der typischen Merkmale psychischer und physischer Abhängigkeit verwiesen. Der Pschyrembel bleibt mit dieser Definition eng an den Substanzkonsum gebunden. Er verweist aber auch auf die Möglichkeit, den Begriff der Abhängigkeit für bestimmte Handlungen oder Verhaltensweisen zu verwenden (z.B. Spielsucht, Kaufsucht) – dies gilt nicht für die oben genannten Diagnosen von Abhängigkeitssyndrom und Substanzabhängigkeit!

Roland Voigtel ist Psychoanalytiker und Autor eines theoretischen Ansatzes zur Suchtentstehung, der weiter unten ausführlich vorgestellt wird. Voigtel stellt beim Vergleich verschiedener definitorischer Ansätze fest, dass der deutsche Sprachgebrauch von einem „weiten Suchtbegriff“ (Voigtel 2001: 96) geprägt sei. Zu diesem Voigtel: „Der weite Suchtbegriff ist kein Begriff, weil er nichts begreift.

---

<sup>9</sup> Substanzen, die die Wirkungen des Sympathikus nachahmen, z.B. Appetitzügler (vgl. Pschyrembel 2002: 1617)

<sup>10</sup> angstlösende Medikamente (vgl. Pschyrembel 2002: 97)

Statt dessen deckt er alles ab und erklärt alles für möglich“ (Voigtel 2001: 96). Auf die psychiatrisch-deskriptiven Definitionen bezogen stellt er fest:

„Abhängigkeit wird dann als krankhaft bezeichnet, wenn sie nicht mehr in einem maßvollen Verhältnis zur Autonomie steht. [...] Das ‚richtige‘ Gleichgewicht ist dann wieder eine Frage der Konvention oder der persönlichen Meinung des Therapeuten“ (ebd.).

Tatsächlich hängen die oben beschriebenen Kriterien für Substanzmissbrauch oder Abhängigkeitssyndrom von den normativen Vorstellungen einer Gesellschaft ab. Voigtel kritisiert, dass die Ursachen für die Entstehung von Sucht in den meisten Definitionen ungeklärt bleiben (15 f.). Auch Peter Osten, der sich aus Sicht der Intergrativen Suchttherapie mit den gängigen Diagnosen befasst, bemängelt:

„[...] die meisten Diagnosen [bestehen] (im Sinne der Klassifikation) nur aus Statusbeschreibungen und (impliziten) Verlaufskriterien. Die Folge hiervon ist eine Reduzierung menschlicher Leidensformen auf das ‚Bild einer Krankheit ohne Geschichte‘ (Massing 1994) – und damit vielfach ohne Sinn“ (Osten 2004: 221).

Um diesem weit gefassten und deskriptiven Verständnis von Sucht und Abhängigkeit eine präzisere und erklärende Definition entgegen zu setzen, macht Voigtel folgenden Definitions-Vorschlag:

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

Voigtel vernachlässigt hier den Blick auf den Kontext des Individuums – „Lebensgeschichte“ und „Notlage“ sind als Begriffe seiner Definition individuumzentriert. Diese heuristisch ansetzende Definition scheint dennoch als Ergänzung zu den medizinisch-deskriptiven Kategorien sinnvoll zu sein.

Eine umfassendere Definition von Sucht bietet die Integrative Suchttherapie nach Hilarion Petzold. Hier heißt es:

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/ der Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört. Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage“ (Petzold 2004: 515).

Diese Definition läßt allerdings mit dem Verweis auf die „multikausale Genese“ Erklärungen zur Suchtentstehung außen vor.

## **2.2 Beschreibungen**

Es wird zunächst ein Überblick über das Vorkommen von Substanzkonsum, Missbrauch und Abhängigkeit gegeben. Im Anschluss werden exemplarisch die Substanzen Alkohol, Heroin, Kokain und Crack in ihren Wirkungen vorgestellt.

### **2.2.1 Epidemiologie**

Psychotroper Substanzkonsum, Missbrauch und Abhängigkeit sind in der deutschen Gesellschaft weit verbreitet. Regelmäßiger Alkoholkonsum gehört zum Alltag genauso wie das Rauchen oder die Einnahme von psychotropen Medikamenten. Klaus Hurrelmann bezeichnet Ecstasy und Cannabis aufgrund der zunehmenden Normalisierung ihres Konsums als „illegale Alltagsdrogen“ (Hurrelmann 2002: 10). Die Zahlen aus dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung für das Jahr 2003 belegen: Es gibt 5,1 Mio. erwachsene Raucher, die 20 oder mehr Zigaretten pro Tag rauchen. Zählt man die Raucher mit einem riskanten Rauchverhalten ab sechs Zigaretten pro Tag dazu, kommt

man auf 11,3 Mio. erwachsene Raucher. Das sind 25 Prozent der 18-59-Jährigen (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2004: 60). Der Alkoholkonsum in Deutschland bezogen auf den Pro-Kopf-Konsum von Reinalkohol zählt zu den höchsten weltweit. Entsprechend viele Erwachsene zwischen und 18 und 59 Jahren tranken im Jahr 2003 Bier (58 Prozent), Wein oder Sekt (59 Prozent) oder Spirituosen (34 Prozent) (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2004: 59). In einer Repräsentativbefragung von 1995 gaben 19,5 Prozent der Frauen und 11,5 Prozent der Männer an, in den letzten vier Wochen mindestens einmal pro Woche mindestens ein potentiell psychotrop wirkendes Medikament eingenommen zu haben (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungs- oder Abführmittel, Appetitzügler) (John u.a. 1998b, zit.n. John 1999: 6). In einer anderen repräsentativen Studie gaben 1,4 Prozent der Befragten ohne schwerwiegende Krankheiten an, ohne Schlaf- und Beruhigungsmittel nicht auskommen zu können (Kraus/Bauernfeind 1998, zit.n. John 1999: 6).

In der großen „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland“ (Kraus/Augustin 2001), die regelmäßig von der Bundesregierung in Auftrag gegeben wird, kommen die Kriterien des DSM-IV für Substanzabhängigkeit zur Anwendung. Danach musste im Jahr 2000 bei 8 Prozent der Erwachsenen eine Nikotinabhängigkeit diagnostiziert werden, das sind 3,9 Mio. abhängige Raucher (vgl. Kraus/Augustin 2001: 54). 3,1 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 59 Jahren erwiesen sich als alkoholabhängig im Sinne des DSM-IV, das sind 1,5 Mio. Personen (vgl. 41). Eine Abhängigkeit von Medikamenten nach dem DSM-IV wurde bei 2,9 Prozent der 18-59-Jährigen festgestellt, das entspricht 1,4 Mio. Personen (vgl. 47).

Vergleicht man diese Zahlen zum legalen Konsum mit denen illegalen Substanzkonsums, fallen letztere wesentlich geringer aus. So gaben ‚nur‘ 14,2 Prozent der befragten erwachsenen Westdeutschen an, in ihrem Leben mindestens einmal eine illegale Substanz konsumiert zu haben. In Ostdeutschland waren es 4,8 Prozent. Die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz war Cannabis (13,4 Prozent West und 4,2 Ost)

(Kraus/Bauernfeind 1998, zit.n. John 1999: 6). Die Lebenszeitprävalenzen für den Konsum der anderen illegalen Substanzen gestalten sich wie folgt:

- Designerdrogen (Ecstasy u.ä.) 2,4 Prozent
- Kokain 2,4 Prozent
- Opiate 1,4 Prozent
- Amphetamine 3,3 Prozent
- LSD 2,4 Prozent (Drogen- und Suchtbericht 2004: 60 ff.).

Die Zahlen für missbräuchlichen oder abhängigen Konsum illegaler Substanzen im Sinne der Klassifikationssysteme liegen noch deutlich darunter. Als illegale Substanzen wurden in der Untersuchung von Kraus und Augustin (2001) Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Opiate und Kokain berücksichtigt. Ein Missbrauch illegaler Substanzen nach dem DSM-IV lag danach bei 0,3 Prozent der Bevölkerung vor, das sind 145.000 Personen. Eine Abhängigkeit nach dem DSM-IV wiesen 0,6 Prozent der Bevölkerung auf, also 290.000 Personen (Kraus/Augustin 2001: 29). Illegale Substanzen scheinen also eher im Rahmen einer Abhängigkeit konsumiert zu werden als im gelegentlichen Missbrauch.

### **2.2.2 Ausgewählte psychotrope Substanzen und ihre Wirkungen**

An dieser Stelle sollen Alkohol, Heroin, Kokain und Crack exemplarisch in ihren Wirkungen und Wirkmechanismen beschrieben werden. Heroin, Kokain und Crack sind die typischen Substanzen der Drogenszene und damit bedeutsam für die Soziale Arbeit im Rahmen der Drogenhilfe. Alkohol ist zwar weder illegal noch auf die ‚Szene‘ beschränkt, spielt aber beim multiplen Gebrauch und bei der Polytoxikomanie<sup>11</sup> eine wesentliche Rolle. Außerdem sind Alkoholabhängigkeit und -missbrauch zwei der häufigsten komorbiden Diagnosen bei der posttraumatischen Belastungsstörung, so dass Alkohol bei der folgenden Betrachtung mit berücksichtigt werden soll.

Neben Medikamenten, Koffein und Nikotin muss *Alkohol* als Einstiegsdroge in die ‚härteren‘ Substanzen gewertet werden (vgl. Hurrelmann 2002: 15). Er ist aufgrund seiner leichten Verfügbarkeit ein kostengünstiges Substitut, wenn die illegalen Mittel nicht zu bekommen sind. Alkohol ist für seine enthemmende und aggressionsfördernde Wirkung bekannt. Daneben ist er sedierend, schlaffördernd, angstlösend und euphorisierend. Konkret kommt es bei Konsum je nach Höhe der Trinkmenge zu unterschiedlichen Erscheinungen: Euphorie, Enthemmung, gesteigerter Redefluss, Beeinträchtigung der Wahrnehmung und des Reaktionsvermögens, Sinken der geistigen Leistungsfähigkeit, Sprachstörungen, Stimmungslabilität, starke Rauschzustände mit Bewusstseinsbeeinträchtigung, Aufhebung des Erinnerungsvermögens, Lähmungserscheinungen. Ab ca. 3,5 Promille treten komatöse Zustände auf. Die tödliche Dosis liegt bei 5-8 Promille Blutalkohol. Das sogenannte Post-Alkohol-Intoxikations-Syndrom – besser bekannt als Kater – umfasst Kopfschmerzen, Übelkeit, Magenbrennen und einen stark reduzierten Allgemeinzustand. Bei chronischem Missbrauch kommt es zu Persönlichkeitsveränderungen, hirnorganischen Schäden, Polyneuropathien<sup>12</sup>, chronischer Gastritis, Tumoren in Mund- und Rachenraum und im Magen-Darm-Trakt sowie zu Leberschäden. Plötzliches Absetzen führt bei Abhängigen zu massiven psychischen und physischen Entzugerscheinungen, wie zum Beispiel Brechreiz, Durchfälle, erhöhte Schweißneigung, Schlafstörungen, Krampfanfälle, Tremor, Wahrnehmungsstörungen, optische Halluzinationen, ängstliche, dysphorische oder depressive Verstimmung bis hin zum lebensbedrohlichen Delirium tremens (vgl. Mann 1999: 191).

Psychotrope Substanzen greifen in die neuronale Informationsübertragung ein. Diese findet in den Nervenzellen an den Synapsen statt, den Verbindungsstellen zwischen den einzelnen Neuronen. Das informationstragende Neuron schüttet in den synaptischen Spalt bestimmte Übertragungssubstanzen aus, die sogenannten Transmitter. Die Transmittermoleküle setzen sich am informations-

---

<sup>11</sup> Polytoxikomanie: Abhängigkeit von mehreren Substanzen (Pschyrembel 2002: 1341)

<sup>12</sup> Nervenerkrankung mit Reiz- und Ausfallerscheinungen, die an den unteren Extremitäten beginnt (vgl. Pschyrembel 2002: 1337)

empfangenden Neuron an speziellen Andockstellen fest, den Rezeptoren. Durch die Anlagerung wird im Neuron die Informationsweiterleitung ausgelöst. Psychotrope Substanzen greifen in dieses Geschehen direkt ein: sie besetzen die Rezeptoren bestimmter Transmitter, regen deren Ausschüttung an oder blockieren den Rücktransport der Moleküle aus dem synaptischen Spalt in die Synapse. Neurobiologisch betrachtet aktiviert Alkohol bestimmte Rezeptoren (GABA<sub>A</sub>-Rezeptoren), wodurch die angstlösende, beruhigende und schlaffördernde Wirkung ausgelöst wird. Daneben hemmt er die NMDA-Rezeptoren, so dass die Ausschüttung von Glutamat verringert wird. Glutamat ist ein wichtiger anregender Transmitter, das heißt durch die NMDA-Hemmung werden viele Prozesse verlangsamt. Die auch zu beobachtende anregende Wirkung von Alkohol ist auf eine erhöhte Dopaminausschüttung zurückzuführen. Die gehobene Stimmungslage lässt sich zurückführen auf die alkoholinduzierte Freisetzung der Endorphine (vgl. BMBF 2004: 76).

*Heroin* wird üblicherweise intravenös injiziert, es kann aber auch geraucht oder geschnupft werden. Die angestrebten Wirkungen bestehen in einem tiefen, angenehmen Entspannungszustand, scheinbar leichterem Fließen der Gedanken und intensiverer Wahrnehmung. Sie gehen einher mit Euphorie, Sedierung, Analgesie und Angstlösung; zum Teil treten Bewusstseinsverminderung oder Halluzinationen auf. Heroin hemmt die Rezeptoren des GABA-Systems, was zu einer Aktivierung des anregenden Dopamin-Systems führt. Außerdem besetzt es die Rezeptoren der körpereigenen Endorphine und ruft deren Wirkungen hervor (vgl. BMBF 2004: 80, Bonnet/Gastpar 1999: 239). Da Heroin sich auf fast alle Organe auswirkt, bringt der Konsum einige ‚Nebenwirkungen‘ mit sich, zu denen typischer Weise die Hemmung von Husten- und Atemzentrum, Obstipation sowie die Senkung von Puls und Blutdruck gehören (vgl. Bonnet/Gastpar ebd.). Allgemein gilt Heroin als gut verträglich, chemisch reine Opiate scheinen den Körper auch bei längerem Konsum nicht zu schädigen. Gesundheitliche Folgen sind vor allem auf die beigefügten Streckmittel und auf die Applikationsformen zurückzuführen (vgl. Bürki 2000: 246). So kommt es zu Abzessen, Venenentzündungen, Blutvergiftungen und erhöhter Infektanfälligkeit. Durch das sogenannte Needle Sharing können Infektionskrankheiten übertragen werden.

Eine besondere Rolle spielen hierbei Hepatitis B und C sowie HIV. Bei regelmäßigem Konsum kommt es zu einer raschen Toleranzentwicklung vor allem gegenüber der euphorisierenden und sedierenden Wirkung. Bei Absetzen kommt es zu starken Entzugserscheinungen wie Muskelkrämpfen, Schwitzen, Übelkeit und Craving<sup>13</sup>. Dauerkonsumenten nehmen Heroin deshalb vor allem zur Vermeidung der Entzugserscheinungen, eine Euphorisierung tritt kaum noch ein (Hasler 2000: 60). Als Langzeitfolgen treten Venenschäden, Lebererkrankungen, Magen- und Darmstörungen, Karies und Zahnausfall auf. Durch den hohen Beschaffungsdruck und die Kriminalisierung des Konsums kommt es zu einem sozialen Verfall, der Isolation und Verwahrlosung mit sich bringt. Heroinabhängige sehen sich dazu häufig zur sogenannten Beschaffungskriminalität und Prostitution gezwungen.

*Kokain* liegt als Pulver vor und wird in der Regel geschnupft oder intravenös injiziert. Es wirkt über die Stimulation des Zentralnervensystems. Über die Hemmung der Dopaminwiederaufnahme in die neuronalen Speicherdepots wird dessen Wirkung verstärkt. Dies hat eine vorübergehende euphorische Stimmung mit dem Gefühl von gesteigerter psychischer und physischer Leistungsfähigkeit zur Folge, was charakteristischer Weise zu Größenphantasien führen kann. Die Abnahme von Hemmungen führt zu Ideenflucht, Rededrang und Distanzlosigkeit. Hungergefühl und Schlafbedürfnis sind vermindert, die Körpertemperatur ist erhöht. Es kann zu Halluzinationen mit und ohne Realitätsverlust kommen. Der Kokainrausch ist typischer Weise von drei aufeinander folgenden Phasen geprägt: Nach der anfänglichen kurzen Euphorie (1) kommt es zu einer Phase veränderter negativer Wahrnehmungen (2), worauf schließlich das Ausklingen (3) folgt, das sich durch depressive Verstimmungen, Antriebslosigkeit, Gleichgültigkeit und Erschöpfung auszeichnet. Diese Dreiphasigkeit führt dazu, dass es während des Kokainrausches zu einer häufigen und wiederholten Substanzeinnahme kommt, um die Hochphase aufrechtzuerhalten (vgl. Bürki 2000: 248, BMBF 2004: 81). Als ‚Nebenwirkungen‘ treten eine Senkung der Krampfschwelle sowie ein Anstieg von Blutdruck, Körpertemperatur, Puls- und Atemfrequenz auf. Zu den Folgen des

---

<sup>13</sup> unwiderstehliches Verlangen nach der Substanz (vgl. Zieglänsberger 2000: 28)



chronischen Konsums zählen Schädigungen der Blutgefäße, der Nasenschleimhäute (wenn Kokain geschnupft wird) und von Herz, Leber und Nieren. Durch die ständige psychische Überreizung kann es zu einem Zusammenbruch des vegetativen Nervensystems kommen, was sich in Veränderungen der Gehirnaktivität, Appetitlosigkeit, Abmagerung, Schlaflosigkeit und dem Auftreten von Wahrnehmungsstörungen äußert. Typisch sind Kokainpsychosen (Wahrnehmung kleiner Insekten unter der Haut, sog. Cocaine Bugs). Es besteht die Gefahr von Infarkten, Herzrhythmusstörungen, amnestischen Syndromen und Persönlichkeitsveränderungen. Kokain gilt als „Prototyp einer Droge mit hohem psychischen Abhängigkeitspotential“ (Hasler 2000: 66). Dieses äußert sich im Craving, das als Entzugserscheinung auftritt und gekennzeichnet ist durch ein starkes Verlangen nach der Substanz, was einhergeht mit Dysphorie, Gier, Schlaflosigkeit und Erregtheit (vgl. Köhler 2000: 119). Bei einer ausgeprägten Abhängigkeit kann es ähnlich wie beim Heroin zu sozialen Verfallserscheinungen kommen (vgl. Köhler 2000: 122, Bürki 2000: 248, Schmidt 1999: 79).

*Crack* ist eine andere Verarbeitungsform des Kokain und wird geraucht. Vor allem durch die abweichende Konsumform unterscheidet es sich in der Wirkung vom geschnupften oder injizierten Kokain. Der als stark euphorisierend empfundene Rausch dauert nur wenige Minuten an, tritt aber sofort ein. Als besondere ‚Nebenwirkungen‘ treten neben den typischen kokaininduzierten Erscheinungen Schädigungen der Atemwege und der Lunge auf. Crack führt im Gegensatz zu Kokain schnell – bereits nach einigen Wochen regelmäßigen Konsums – zur psychischen *und* physischen Abhängigkeit mit schweren Entzugserscheinungen: Muskelschmerzen, Herzrasen, Depressionen, Ängste (vgl. Pschyrembel 2002: 321, Köhler 2000: 113).

Eine wichtige Rolle bei den aufgeführten Substanzen spielen multipler Substanzgebrauch und Polytoxikomanie. Der multiple Substanzgebrauch ist geprägt von chaotischem und wahllosen Konsum mehrerer Substanzen. Bei der Polytoxikomanie handelt es sich um die gleichzeitige Abhängigkeit von mehreren

Substanzen (vgl. Schmidt 1999: 74). Gerade bei den Abhängigen von illegalen Drogen kommt es zu diversen Formen des Mischkonsums von legalen und illegalen Substanzen, Tabak und Alkohol sind dabei nicht zu unterschätzen. Bei vorrangig Heroin konsumierenden Personen werden besonders häufig Cannabis, Kokain oder Alkohol zusätzlich eingenommen. Konsumenten, die bevorzugt Cannabis, Halluzinogene oder Kokain zu sich nehmen, kombinieren diese häufig mit Alkohol und Beruhigungsmitteln (vgl. Ladewig 2000: 269). Die einzelnen Wirkstoffe können sich gegenseitig hemmen, sie verstärken sich aber auch additiv oder potenziell. Die Risiken vervielfachen sich entsprechend. So verstärken sich beispielsweise Nikotin und Kokain in ihrer gefäßverengenden Wirkung, womit sich das Schlaganfallrisiko erhöht. Heroin und Kokain als ‚Cocktail‘ gemischt erhöhen das Abhängigkeitspotential (BMBF 2004: 81). Mischintoxikationen von Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen) und Alkohol oder Opioiden können tödlich verlaufen (vgl. Ladewig 2000: 270).

### **2.3 Theoretische Ansätze zur Entstehung von Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit**

Bei der Vorstellung der verschiedenen Theorien zur Entstehung von Sucht werden in einführenden Werken klassischer Weise psychoanalytische, lerntheoretische, soziologische und biologische Ansätze referiert. Diese lassen sich bis heute um diverse weitere Konzepte ergänzen. Beispielhaft seien die Systemtheorie, das Konzept der Schutz- und Risikofaktoren oder sozialisations-theoretische Ansätze genannt. Sucht lässt sich in all ihren Dimensionen nur verstehen, wenn eine Integration der verschiedenen Sichtweisen versucht wird. Für die Betrachtung der Zusammenhänge von Trauma und Sucht erweisen sich zwei Ansätze als besonders geeignet, da sie den Brückenschlag zwischen den beiden Bereichen ermöglichen: Zunächst wird eine neuere psychoanalytisch orientierte Theorie nach Roland Voigtel vorgestellt. Es folgt die Beschreibung eines interaktionstheoretischen Ansatzes nach Helmut Kuntz. Ergänzend werden lerntheoretische Annahmen, neurophysiologische und genetische Aspekte sowie das Suchtgedächtnis erläutert.

### 2.3.1 Ein psychoanalytisch orientierter Ansatz

Roland Voigtel beschreibt in seinem Buch „Rausch und Unglück. Die psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen der Sucht“ (2001) drei verschiedene Suchtformen: die schwere Sucht, die symptomatische und die reaktive Sucht. Bei der schweren Sucht unterscheidet er zwischen einer distant-adaptiven, einer fusionären und einer masochistischen Form. Zum besseren Verständnis soll seine Definition von Sucht an dieser Stelle wiederholt werden (vgl. auch Punkt 2.1):

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

Schwere Süchte entstehen nach Voigtel in den ersten Lebensjahren in der Interaktion zwischen mütterlichem Objekt und kindlichem Selbst. In der Interaktion kommt es zu einer Verunsicherung des Selbst durch das Objekt.

„Die Unsicherheit bezieht sich darauf, ob ein verlässlicher Kontakt zwischen einem konturiertem Objekt und einem von diesem abgegrenzten Selbst besteht. Sie betrifft die Existenz bzw. Spürbarkeit des Objekts und im Verbund damit die Existenz bzw. Spürbarkeit des Selbst“ (156).

Die schwere *Sucht distant-adaptiver Form* (156 ff.) entsteht bei fehlender Annahme des Kindes durch die erste Bezugsperson. Die mangelnde Zuneigung wird von der Bezugsperson aufgrund verinnerlichter sozialer Erwartungen nicht offen zugegeben. Desinteresse und Ablehnung werden hinter einer Pseudo-Versorgung mit Liebe und Fürsorge versteckt. Das Kind spürt, dass die unterschwellige Feindseligkeit nicht zum Thema werden darf. Aus Angst vor dem Ausbruch der feindseligen Gefühle bzw. vor einer völligen Abwendung bleibt es ‚brav‘ und passt sich an. Es entwickelt keinen Widerstand gegen die Bezugsperson, baut die Fähigkeit zum Nein und zur Abgrenzung nicht auf und

kann so das entstehende Selbst nicht trainieren. Gleichzeitig erfährt es zu wenig Spiegelung seines Selbst, zu wenig Steuerung, Verstärkung, Halt und Begrenzung und kann kein Gefühl von sich als deutlich konturiertem Selbst entwickeln. Das Selbst bleibt schwach und abhängig vom Bezugsobjekt. Das Objekt wiederum kann aufgrund der tabuisierten Feindseligkeit und Ablehnung vom Kind nicht wirklich begriffen und erfasst werden. Darum wird es auch nur unzureichend introjiziert. Das Kind

„entwickelt in sich eine hohe Unsicherheit (wegen der Falschheit), aggressive Anspannung (gegen die Ablehnung und zur Einhaltung des Wahrnehmungs-Verbots bei gleichzeitigem Versuch, doch wahrzunehmen) und ein Ohnmachtsgefühl (wegen des Tabus) sowie ein Gefühl der Leere und Distanz (wegen des fehlenden begrifflichen Kontakts mit dem Objekt).“ (159)

In der weiteren Entwicklung wäre ein so disponiertes Kind laut Voigtel geprägt von einer hohen affektiven Spannung. Versagensängste, Schamgefühle, Frustrationsintoleranz und ein Gefühl innerer Desorientiertheit sind wahrscheinlich. Beziehungen werden eher vermieden und eine sichere Geschlechtsidentität kaum erreicht. Daneben kann es zu kompensierenden Größenphantasien kommen. Zur Stabilisierung der ungefestigten psychischen Strukturen kann sich ein solches Kind und später der oder die Jugendliche soziale Zusammenhänge suchen, in denen feste Regeln gelten (Sportvereine, Sekten u.ä.). Die ursprünglichen negativen Affekte, die aus der Interaktion mit der Bezugsperson hervorgingen und fortwirken, werden im Zuge einer verleugnenden Konversion in andere Zusammenhänge verschoben. Zum Beispiel kann die Wut, die ursprünglich auf die abweisende Mutter gerichtet war, auf aktuelle Missachtungserfahrungen zurückgeführt und ausgelebt werden. Die Affekte können auch umgewandelt werden in somatische Beschwerden und so ganz aus dem Feld seelischer Symptomatik verschwinden. Die distant-adaptive Sucht findet in der Adoleszenz in solchen Situationen einen Anstoß, in denen ein nicht vorgezeichnetes, selbstverantwortliches Verhalten verlangt wird, das der oder die Jugendliche nach eigener Einschätzung nicht leisten kann. Das Suchtmittel dient dann mit seinen affektiven Wirkungen der Projektion eines bezogenen Objekts. Dieses wird aber gleichzeitig als vom Selbst initiiert und deshalb als unbezogen erfahren. Voigtel spricht von einem „magisch-paradoxen und verleugnenden

Abwehrgeschehen“ zwecks „Aufrechterhaltung von Illusionen gegenüber einer depressiven und ängstigen Einsicht, ein unsicheres, affektgeschütteltes Selbst zu haben“ (162). Er nennt diese Form der Sucht *distant-adaptiv*, da sie zum einen wesentlich vom Erleben einer „Halbdistanz“ (163) geprägt sei. Zum anderen ermögliche sie eine angepasste, adaptive Lebensführung. Als typische Formen *distant-adaptiver* Sucht nennt Voigtel das Spiegeltrinken oder Kettenrauchen.

Die *fusionäre Suchtstruktur* (167 ff.) ist Folge eines nachgiebigen und steuerungslosen Verhaltens der ersten Bezugsperson. Dieses kann entstehen, wenn die Mutter selbst keine Verantwortung für die Gestaltung der Interaktion mit dem Kind und dessen Erziehung übernehmen will und die Führung dem Kind überlässt. Möglich ist auch, dass sie das Kind benutzt, um ihre eigenen unterdrückten Größenphantasien auszuleben. Der Sohn oder die Tochter werden dann nicht als eigenständige Person aufgefasst, sondern als Teil des Selbst. Dadurch erfährt das Kind keinen Widerstand in seinen Handlungen und Bedürfnissen und kann kein Gespür für die eigenen bzw. für die Grenzen des Objekts entwickeln. Es kommt beim Kind zur Phantasie einer „selbstbezogenen Symbiose bzw. Fusion“ (168), in der ein vom Selbst unabhängiges Objekt nicht existiert. Die Mutter will die Grenzen des Kindes nicht sehen, das Kind kann es deshalb nicht. Das tatsächliche Getrenntsein wird geleugnet und das Selbst-Objekt zur Erweiterung des Größenselbst funktionalisiert. Eine triangulierende Beziehung, die eine Trennung zwischen Selbst und Erweiterungsobjekt ermöglichen könnte, scheitert an deren fehlender Attraktivität für das Kind, das auf sein Größenselbst kaum verzichten will (vgl. 169). Im Streben nach uneingeschränkter Wunschkraft und Frustrationsfreiheit ignoriert es Anforderungen aus der Realität und entwickelt eine nur unzureichende Realitätskompetenz. Die in der Adoleszenz zur Ausprägung kommende Sucht dient auf verschiedene Weise der Aufrechterhaltung der Fusion: negative Affekte als Reaktionen auf die fordernde Wirklichkeit werden unterdrückt, die affektive Realitätswahrnehmung wird gedämpft. Das Suchtmittel tritt an die Stelle des verloren gegangenen Erweiterungsobjektes, dessen Bestand durch die pubertären Entwicklungsaufgaben (Loslösung aus dem Elternhaus, Entwicklung von Selbständigkeit und Autonomie) in Frage gestellt wird. Die Droge füllt die

Leere bei dessen Verlust und erlaubt die Illusion von Objektfreiheit – Voigtel spricht vom „Freiheits-Rausch“ (170). Da das Suchtmittel unbezogen ist, kann es die Funktion des Erweiterungsobjekts nicht wirklich übernehmen. Da aber der oder die Betroffene nur zur Substanz eine ‚Beziehung‘ aufnimmt bzw. aufnehmen kann, endet er oder sie faktisch in der Einsamkeit, Hilflosigkeit und Leere, die mit der drohenden Auflösung der Symbiose befürchtet und durch die Sucht eigentlich abgewehrt werden sollte. Die laut Voigtel typischen egomanischen jungen Männer mit fusionärer Suchtstruktur konsumieren Kokain, Haschisch und Alkohol – Mittel, die Größenphantasien und manische Affektzustände befördern (vgl. 171).

Die *masochistische Suchtstruktur* (174 ff.) geht auf eine Einengung des Selbst des Kindes zurück. Grenzüberschreitungen jeglicher Art, Ignorieren der kindlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten, negative Zuschreibungen und offene Ablehnung fördern ein Selbst, das sich als ständig gefährdet und ausgeliefert erfahren muss. Die Anstrengungen des Kindes richten sich entsprechend auf die Unterdrückung des eigenen Wollens und auf die Verleugnung der Gefährdung. Es bemüht sich protektiv, die Absichten der Bezugspersonen vorherzusagen. In der Phantasie des Kindes werden die Eltern zu allmächtigen Objekten, von denen allein Glück und Unglück des Kindes abhängen. Es entsteht ein passiv-hilfloses Selbst, das das Objekt idealisiert. Mit der Verleugnung der eigenen affektiven Autonomie geht zugleich die Möglichkeit verloren, ein auf die eigenen Gefühle antwortendes Gegenüber vorzustellen. Da die Vorstellung hiervon fehlt, kann ein solches bezogenes Objekt nicht introjiziert werden und die reflexive Fähigkeit, sich selbst wie ein einführender Anderer anzunehmen, bildet sich nicht aus. Eine angemessene Wahrnehmung der eigenen Affekte wird kaum entwickelt, ihre Verbalisierung bleibt mangelhaft. Verantwortung wird nach außen projiziert und vom Selbst abgelehnt. Diese sado-masochistische Beziehungsphantasie ist zu verstehen als eine Überformung des konkreten Beziehungstraumas. In der masochistischen Unterwerfung steckt die Hoffnung, doch noch ‚richtig‘ angenommen zu werden und ein ungestörtes Selbst ausbilden zu können. Reicht die sado-masochistische Unterwerfung als Abwehr gegen Angst und Ohnmacht nicht aus, entwickelt das Kind Schutzphantasien von euphorischer Objektfreiheit, Normfreiheit und Allmacht. Über die Identifikation mit dem Aggressor kann es zur

Entlebung und Versachlichung des Anderen kommen. Das gestattet ‚schuldlos‘ sadistisches Verhalten und ermöglicht eine Verleugnung der eigenen Unterwerfung durch Agieren (vgl. 183). In einem letzten Entwicklungsschritt, der sich frühestens in der Adoleszenz vollzieht, wird das Begehren nur noch auf unbelebte Objekte gerichtet. Bei den anstehenden Entwicklungsaufgaben mit dem Erfordernis, sich aus der Familie zu lösen, entdeckt der oder die Jugendliche, dass die geforderte Selbständigkeit misslingt. Die Sucht findet ihren Anfang, wenn die Bevormundung wegfällt oder nach einer Zeit der Autonomie wieder eintritt. Sie erfüllt dann einerseits die Funktion einer Distanzierungshilfe, andererseits die eines Ersatzobjekts. Daneben kann sie durch eine erneute entsubjektivierende Traumatisierungserfahrung angestoßen werden.

Betrifft die Suchtstruktur nicht den Kern der Persönlichkeit wie bei den schweren Suchtformen, sondern entwickelt sie sich als Teil einer Abwehrformation eines anderen psychischen Leidens, so spricht Voigtel von *symptomatischer Sucht* bei Neurosen (189 ff.). Diese hat ihren Ursprung zeitlich nach den schweren Süchten und entwickelt sich auf der Grundlage ausgebildeter Selbst- und Objektrepräsentanzen. Die Frage nach der Prädisponierung zur Sucht zielt hier nicht auf die Ausbildung dieser Repräsentanzen sondern auf ihre Qualität: Dabei ist die Frage, ob das Objekt gut genug ist, um auch ein gutes Selbst entstehen zu lassen. Die Internalisierung des äußeren Objektes zur Entwicklung des Über-Ich hängt von der Qualität der Beziehungen ab. Wird das Kind akzeptiert und einführend angenommen, so kann es ein Über-Ich ausbilden, das nicht rigide und streng ist und seine Entfaltung fördert. Bei ‚bösen‘ äußeren Objekten gelingt dies nicht. Das Kind übernimmt die negativen äußeren Zuschreibungen und verurteilt sich selbst. Im Unterschied zur schweren Sucht können hier die Objektrepräsentanzen auf der Grundlage einer Bezogenheit verinnerlicht werden, das Kind erfährt ein Mindestmaß an Einfühlung und Grenzziehung. Der Gebrauch des Suchtmittels dient bei der neurotischen Sucht zur temporären Befreiung von den durch das harte Über-Ich ausgelösten Affekten von Angst, Schuld, Scham und Autoaggression. Der oder die Süchtige „benutzt das Suchtobjekt also zielgerichtet als externalisierten Gegenspieler zum internalisierten Objekt, wobei das externalisierte Objekt graduell ‚gnädiger‘ ist, als das im Über-Ich

internalisierte“ (194). Nach Voigtel handelt es sich um eine „begrenzte Regression zum frühen äußeren Objekt unter Beibehaltung der grundsätzlich internalisierten Wertungen“ (ebd.). Durch die Wirkung der Droge wird dem positiven Selbstgefühl mehr Raum verschafft, Hemmungen werden aufgehoben. Die symptomatische Sucht bei Neurosen wird unter Umständen gestützt und aufrechterhalten durch ihren symbolischen Stellenwert (z.B. als Protesthandlung gegen Autoritäten) oder durch unbewusste Identifikationen (sich selbst Leid zufügen, weil die Mutter auch immer gelitten hat). Als Substanzen eignen sich im Rahmen der symptomatischen Sucht besonders enthemmende und Kontakt erleichternde Mittel (Entaktogene), wie zum Beispiel Alkohol, Ecstasy oder Kokain.

Als letzte Suchtform beschreibt Voigtel die *reaktive Sucht*. Diese kann auch bei psychisch gesunden und funktionierenden Strukturen als Reaktion auf ein traumatisches Geschehen entstehen, bei dem „die Selbststeuerung für diese dramatisch negativ veränderten Umstände nicht mehr ausreicht bzw. zusammenbricht“ (221). Voigtel verweist hier auf die Definition von Fischer und Riedesser: Trauma als „vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Fischer/Riedesser 1998: 351). Ein Trauma könne positive Objektrepräsentanzen zerstören, etablierte Persönlichkeitsstrukturen labilisieren und Ich-Fähigkeiten beeinträchtigen sowie eine Regression auf frühe Abwehrmechanismen bewirken (vgl. Streek-Fischer 1998, zit.n. Voigtel: 221). Voigtel betont bei seiner Beschreibung des traumatischen Geschehens die Erfahrung von Hilflosigkeit und fehlender Unterstützung durch andere sowie die Erfahrung völligen Ausgeliefertseins. Sucht entstehe in diesem Zusammenhang als Abwehr der „Entsubjektivierung“ (224).

„Das Suchtobjekt [...] verändert bzw. betäubt die unaushaltbaren Affekte der angespannten Hilflosigkeit und verzweifelten Verlassenheit durch seine sachliche Wirkung. Es ist da und wirkt [...] ähnlich wie eine tröstende Mutter [...] (Illusion eines anwesenden Objekts). Zugleich ist es nur ein Ding, an dessen Hilfe man nicht glauben muß (wie man es bei einem Menschen muß), ein Instrument, das in der Gewalt des Benutzers ist, der andere Hilfe



nicht braucht (Illusion der Autarkie) und sich nicht hilflos fühlen muß (Abwehr von Scham).“ (224 f.)

Eine eindeutige Abgrenzung der reaktiven Sucht zu den früher entstehenden Suchtformen ist kaum möglich. Vorschädigungen durch Traumatisierungen in Kindheit und Jugend sind bei traumatischen Prozessen nicht selten. Bereits etablierte Abwehrstrukturen werden nach einer erneuten Traumatisierung reaktiviert (vgl. Traumaschema und traumakompensatorisches Schema unter Punkt 1.3). Voigtel weist darauf hin, dass die reaktive Sucht als Reaktion auf ein Trauma die extremste Variante dieser Suchtform darstelle. Daneben könne sie sich als Abwehr alltäglicher Zwangslagen entwickeln, sozusagen als „Schmiermittel“ (225) für die Norm des sozial reibungslosen Funktionierens: „Sie entsteht aus politisch und soziologisch erklärbaren Notlagen und Zwangssituationen bestimmter Bevölkerungsteile und folgt bestimmten sozialen Bewegungen und ökonomischen Strukturen“ (227). Die Substanz werde zunächst funktional eingesetzt, um eine bestimmte Situation zu bewältigen. Über Konditionierungsprozesse und andere, den Gebrauch fördernde Umstände könne sich so eine regelrechte Substanzabhängigkeit entwickeln. Beispielhaft nennt Voigtel den Gebrauch der „Bürodrogen“ (225) Kaffee und Nikotin, die einerseits den eingeschränkten Bewegungsdrang unterdrücken, andererseits die Aufmerksamkeit aufrechterhalten sollen.

### **2.3.2 Ein interaktionstheoretischer Ansatz**

Helmut Kuntz beschreibt in seinem Buch „Der rote Faden in der Sucht“ (2000) die Entstehung der Sucht als Folge des Verlusts von Urheberschaft und Wirksamkeit. Kuntz legt seinen Fokus auf diese beiden Selbstempfindungsbereiche, da er bei abhängigen Personen oft eine Herkunftsgeschichte konstatiert, die ein prägendes Beziehungsmuster herausgebildet hat, „dessen Kern-Erfahrung darin besteht, den Anderen mit dem eigenen Handeln nicht wirksam erreichen zu können“ (Kuntz 2000: 280). Sucht könne dann entstehen, „wenn das Selbst-Gefühl von Wirkmächtigkeit durch die aktuellen Lebensumstände untolerierbar belastet wird“ (ebd.). Kuntz gründet seinen Ansatz auf Erkenntnisse des Säuglingsforschers

Daniel Stern, der sich intensiv mit der Entstehung des Selbst in den ersten Lebensjahren befasst hat. Stern beschreibt die Entstehung des Selbstempfindens in verschiedenen Stufen, denen Kuntz jeweils spezifische suchtsbedingende Störungsformen zuweist. In den ersten zwei Lebensmonaten taucht ein erstes Selbstempfinden auf – nach Stern die *Phase des auftauchenden Selbst* (Stern 1992: 61 ff.). Der Säugling entdeckt aufgrund bestimmter Strukturen im Wahrnehmungs- und Affektbereich in sich und der Welt Zusammenhänge, Regelmäßigkeiten und invariante Konstellationen und bekommt dadurch ein Gefühl von auftauchender Ordnung. Diese Regelmäßigkeiten sind die Grundbausteine des auftauchenden Selbst- und Objektempfindens. Die ersten Erfahrungen sind körpernahe Vorgänge, Kuntz nennt deshalb das auftauchende Selbst auch „Körperselbst“ (Kuntz 2000: 47). Die Wahrnehmung des Säuglings ist ganzheitlich: „Es gibt also keine anfängliche Hör-, Seh-, Körper- und Fühlwelt, die im Laufe der Entwicklung zu einer Einheit koordiniert werden, sondern eine ganzheitlich erlebte Welt, die sich im Laufe der Erfahrung in viele einzeln unterschiedene Welten aufgliedert“ (49). Wenn der Säugling in der Phase des auftauchenden Selbst bereits unter Vernachlässigungen, Störungen oder invasiven Eingriffen zu leiden hat, die seine Bewältigungs- und Regulierungsmechanismen übersteigen, werden die weitere Selbstentwicklung, die Ausbildung eines Kern-Selbst und Kern-Anderen und damit die gesamte soziale Bezogenheit massiv gefährdet (vgl. 65). Das *Kern-Selbstempfinden* entwickelt sich in den folgenden Monaten. Der Säugling ‚erkennt‘, dass er ein vom Anderen getrenntes Wesen ist, das er aber mit dem Anderen in Beziehung treten kann. Im Kern-Selbstempfinden erlebt sich der Säugling als zusammenhängende physische Einheit, als Wesen mit eigenen Affekten und als Urheber von Handlungen. Diese Selbstempfindungen werden zusammengehalten vom Erleben der eigenen Beständigkeit und Kontinuität, die ihren Ursprung im Gedächtnis hat (vgl. 52). Fehl-, Unter- oder Überstimulierung können das Maß des vom Kind Regulierbaren überschreiten. Ebenso kann die ungenügende Spiegelung der kindlichen Vitalität das Erleben von Urheberschaft, Affektivität und Kohärenz beschädigen oder die Fähigkeit zur Selbstregulierung zerstören. Kommt es aufgrund dessen zu einer partiellen Auflösung des Kern-Selbst-Empfindens, leidet der Säugling „archaische Qualen“ (dieser Begriff stammt ursprünglich von D.W. Winnicott, wurde von Stern übernommen und hier zitiert nach Kuntz 2000: 70).

Diese können als Fragmentierungs- oder Vernichtungsängste, als Gelähmtheit oder als Dissoziationserleben auftreten. Sie können bis in die Adoleszenz oder das Erwachsenenalter überdauern und zur Genese einer Substanzabhängigkeit beitragen (vgl. ebd.).

Bis zum achtzehnten Lebensmonat entwickeln sich das *subjektive Selbstempfinden* und die *intersubjektive Bezogenheit*. Über gemeinsame Erlebnisse geteilter Affektivität entwickelt das Kind ein ‚Wissen‘ über die eigene und die Affektivität seiner Bezugspersonen. Interaktionen zwischen Kind und Eltern werden zunehmend geprägt vom Austausch von Gefühlen, von gemeinsamen affektiven Erlebnissen, nicht mehr wie bisher vom Austausch von Handlungsmustern. Durch selektive Abstimmung durch die Bezugspersonen gewinnt die innere, affektive Erlebniswelt des Kindes Kontur. Im ungünstigen Fall können die selektiven Prozesse bestimmte Gefühlsaspekte ganz übergehen. Da sie nicht gespiegelt werden, fallen sie aus der interpersonalen Welt heraus. Auf diese Weise kann ein „falsches Selbst“ (71) angelegt werden. Reagieren die Eltern immer nur auf die fröhlichen, unbeeinträchtigten Seiten des Kindes, werden Traurigkeit und Aggression nicht als Teile des kommunizierbaren Selbstempfindens wahrgenommen. Ein falsches, vermeintlich gutgelauntes Selbst entsteht, die negativen Affekte überdauern im intrapersonalen, oft unbewussten Bereich. Das Kind verliert aufgrund solcher Prozesse die Sicherheit über seine eigenen Affekte und kann sich nur schwer im zwischenmenschlichen Bereich orientieren. Für Kuntz führen solche Erfahrungen oft zu einem Empfinden von „Ich stimme nicht“ (72), das typisch sei für viele Suchtkranke. Auch das Gefühl, den anderen nicht erreichen zu können, entstehe durch fehllaufende Abstimmungsprozesse, das Empfinden von Urheberschaft und Wirksamkeit werde so beeinträchtigt.

In der weiteren Entwicklung folgt das *verbale Selbstempfinden*. Mit dem Spracherwerb entsteht die Fähigkeit, über sich selbst und die Dinge zu kommunizieren. Die Bedeutungen der Wörter und Worte werden in der Interaktion zwischen Eltern und Kind ausgehandelt und gemeinsam konstruiert. Fallen dabei

das unmittelbare Erleben und seine sprachliche Fassung auseinander, kommt es zu Brüchen im Selbstempfinden und zu Entfremdungserfahrungen (vgl. 73). Verlassenheitsgefühle und Trauer können die Folge sein, „weil den Gemeinsamkeitserlebnissen auf der sprachlichen Ebene die innere Verbundenheit fehlt“ (73). In diesem Zusammenhang kann auch die Ausdrucksfähigkeit für das innere Erleben gestört werden. Das gutgelaunte Kind aus dem Beispiel oben bekommt keine Handhabe für den Ausdruck seiner negativen Emotionen. Weil die verbalisierte Fröhlichkeit im Selbstempfinden aber mit anderen negativen Affekten einhergehen kann, fühlt es sich ‚fremd in den Worten‘. In der Phase des *narrativen Selbstempfindens* setzt sich die Entwicklung der Verbalisierungs- und Symbolisierungsfähigkeit fort. Die eigene Lebensgeschichte wird intersubjektiv konstruiert und erzählt. Kuntz betont, dass die Bedeutung dieser Konstruktion nicht unterschätzt werden dürfe. Insbesondere wenn sie die tatsächlich erlebte Geschichte überschreibe und überforme, so dass erlebte und erzählte Wirklichkeit auseinanderfallen, könne es zu Störungen kommen, die das Gefühl der eigenen Wirkmächtigkeit und Ausdrucksfähigkeit beeinträchtigen (vgl. 90) – wer eine Lebensgeschichte konstruiert, die mit seinem eigenen Empfinden nicht übereinstimmt, wird schwerlich das Gefühl entwickeln, sein Leben konstruktiv gestalten zu können.

All diese Entwicklungsstufen gehen ineinander über und entwickeln sich das ganze Leben fort. Kuntz fügt den von Stern beschriebenen Phasen eine weitere hinzu, die ihm zum besseren Verständnis der Entstehung von Sucht erforderlich scheint: die *Phase der Wandlungsprozesse zum integrativen Selbst* während Pubertät und jungen Erwachsenenalter. Sie wird im günstigen Falle mit dem Erreichen eines integrativen Selbst abgeschlossen (vgl. 85). In den Wandlungsprozessen der Pubertät müssen vor allem die Lebensthemen von Trennung, Bindung und Individuation ständig neu bearbeitet werden. Kuntz spricht von der Entwicklungsaufgabe, eine „bezogene Individuation“ (80) herzustellen. Er versteht diese als eine auf das soziale Umfeld ausgedehnte Erweiterung der intersubjektiven Bezogenheit nach Stern. Entscheidend für die erfolgreiche Neuorganisation der Persönlichkeit in der Pubertät sei die gelingende Integration aller Selbstempfindungsbereiche im Gefühl der eigenen Identität. Diese wiederum

sei wesentlich abhängig von der Gewissheit, „mit dem eigenen Handeln wirksam und erfolgreich Einfluss auf den Gang der Dinge zu nehmen“ (82). Stelle sich dieses Erleben der eigenen Wirksamkeit nicht ein, werde das Selbstgefühl unterhöhlt, eine Anfälligkeit für abweichendes Verhalten entstehe (ebd.).

Auch beim erfolgreichen Abschluss der pubertären Lebensphase sieht Kuntz im weiteren Lebensverlauf mögliche Gefährdungen der Selbstempfindungen. Diese seien gegeben, wenn die angemessene Funktionsfähigkeit des integrierenden Selbst überfordert wird bzw. wenn „die tragenden Selbst-Empfindungen von Urheberschaft und Wirksamkeit und damit das Vertrauen in die Sinnhaftigkeit der eigenen Willensbekundungen sowie die Wirksamkeit des eigenen zielgerichteten Handelns zusammenbricht“ (91). Es sind also jederzeit im Leben Konstellationen möglich, die zumindest eine Anfälligkeit für süchtiges Verhalten entstehen lassen. Letztendlich müssen zur Ausprägung einer Sucht „in kritischen Lebenslagen weitere ursächliche Auslösefaktoren hinzukommen“ (93). Der Gebrauch von Suchtmitteln ist dabei immer auch eine „mit-verantwortete“ (82) Entscheidung und Wahl.

### **2.3.3 Ergänzende Aspekte zur Entstehung von Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit**

Die Modelle der Suchtentstehung aus Medizin, Psychologie, Soziologie u.a. sind als „unterschiedliche Aspekte des gleichen Phänomens“ (BMBF 2004: 39) zu verstehen. Die Prozesse in den verschiedenen Bereichen (Körper, Psyche, Umwelt) stehen in Wechselwirkung zueinander und sollten für ein umfassendes Verständnis der Suchtgenese nicht unabhängig voneinander betrachtet werden. Darum seien hier zum besseren Verständnis der Entstehung von Missbrauch und Abhängigkeit noch lerntheoretische, neurophysiologische und genetische Faktoren erläutert.

### 2.3.3.1 Lerntheoretische Aspekte

Konditionierungsprozesse spielen vor allem eine stützende Rolle bei den Prozessen der Abhängigkeitsentwicklung. Im Rahmen der klassischen Konditionierung können über mehrfachen Substanzgebrauch zunächst neutrale Reize mit dem Konsumgeschehen in Verbindung gebracht werden und so später den Wunsch nach der Substanz auslösen. Als konditionierte Stimuli können zum Beispiel eine Umgebung oder Verhaltensweisen wirken. So kann die Tasse Kaffee beim Raucher den Wunsch nach der Zigarette aufkommen lassen, eine bestimmte Discothek den Wunsch, eine Ecstasy-Pille zu nehmen, oder das Zusammensein mit bestimmten Bekannten das Verlangen nach einem Bier. Als positive oder negative Verstärker im Sinne des operanten Konditionierens können die als angenehm empfundenen Substanzwirkungen oder die Entzugserscheinungen betrachtet werden. So können zum Beispiel durch den wiederholten Gebrauch von Heroin die auftretenden körperlichen Entzugserscheinungen wie Magenkoliken, Zittern, Schwitzen etc. vermieden werden (vgl. Rommelspacher 1999: 30). Im Rahmen der Angst- und Stressreduktionshypothese wird davon ausgegangen, dass die durch die „Drogenwirkung erreichte Erregungsreduktion oder -veränderung Verstärkerwert im Sinne des operanten Lernmodells erreicht. Voraussetzung ist dabei in jedem Fall, daß Angst und Streß den potentiellen zukünftigen Abhängigen, aber auch den bereits Süchtigen kennzeichnen“ (Ferstl 1991: 34). Das heißt, wer sich im Zuge der Stressreduktion nach einem anstrengenden Arbeitstag ein Glas Wein genehmigt, wird durch die erfahrene Entspannung in seinem Verhalten verstärkt, eine Wiederholung wird wahrscheinlich. Für Alkohol ist die stressregulierende Wirkung belegt (vgl. auch Punkt 2.3.3.2). Da nicht alle gestressten und ängstlichen Menschen, die zu Entspannungszwecken zu psychotropen Substanzen greifen, eine regelrechte Abhängigkeit entwickeln, eignet sich diese Hypothese nicht zur Erklärung der *Entstehung* von Sucht.

Daneben gilt in der Lerntheorie das soziale Lernen, das Lernen am Modell als „eine der entscheidendsten Determinanten für die Nachahmung und damit den

Einstieg in den Drogenkonsum“ (Ferstl 1991: 32). Die Motivation für die Nachahmung liegt meist im Wunsch nach Zugehörigkeit, der Gebrauch bestimmter Substanzen (z.B. Zigaretten bei Jugendlichen) soll diese im sozialen Kontext verdeutlichen und herstellen. Das Streben nach Zugehörigkeit kann als auslösender Faktor einer Suchtgenese wirksam werden, das soziale Lernen erhält den Substanzkonsum aufrecht.

### **2.3.3.2 Aspekte aus Neurophysiologie und Biochemie**

Die psychotropen Substanzen beeinflussen direkt verschiedene neurophysiologische Prozesse:

„Beginnend mit natürlichen Anpassungsreaktionen auf Drogen aller Art wechseln Nervenzellen (Neuronen) zunächst ihren Erregungszustand. Sie ändern schon nach kurzer Zeit Art, Menge und Zusammensetzung zahlreicher Biomoleküle, die an der Übertragung von Signalen beteiligt sind. Schließlich können sich bei längerem Substanzmissbrauch auch die Verknüpfungen der Neuronen untereinander wandeln – bis hin zu Veränderungen bestimmter Hirnteile, die mit dem bloßen Auge sichtbar sind“ (BMBF 2004: 39).

Die Informationsübertragung in den Nervenzellen wird über verschiedene Wirkmechanismen der psychotropen Substanzen gestört (Besetzung der Rezeptoren, Verhinderung des Transmitter-Rücktransports, Aktivierung von Transmittern, vgl. Punkt 2.2.2). Diese Eingriffe in den Transmitterstoffwechsel führen zu Veränderungen auf verschiedenen neurophysiologischen Ebenen:

- Ebene der Neuromodulation (relativ globale Beeinflussung der neuronalen Informationsverarbeitung, z.B. Verfügbarkeit von Transmittern),
- Ebene der Neurotransmission (Beeinflussung der direkten neuronalen Informationsverarbeitung) und
- Ebene der Neuroplastizität (neurobiologische Anpassungen des Gehirns, z.B. Bahnung bestimmter Verbindungen von Nervenzellen, vgl. Kufner 2002: 129).

Die Entwicklung einer Sucht vollzieht sich vor allem über das sogenannte Belohnungssystem. Dieses ist im mesolimbischen System angesiedelt und funktioniert hauptsächlich über den Transmitter Dopamin. Bei lebenswichtigen Verhaltensweisen wie Nahrungsaufnahme, Schlaf, Sexualität, aber auch bei der Aufnahme von Drogen wird im Belohnungssystem Dopamin freigesetzt. Das Dopamin ruft eine gehobene Stimmungslage hervor und erhöht gleichzeitig die Aufmerksamkeit für bestimmte, Belohnung verheißende Stimuli, die mit der Aktivität in Zusammenhang stehen. Das mesolimbische System nimmt praktisch eine Hierarchisierung der Reize vor, so dass die Aufmerksamkeit für diejenigen Reize, die in Zusammenhang mit den genannten Aktivitäten stehen, steigt und diese eher wahrgenommen und verarbeitet werden. Das neu geschaffene Ordnungssystem wird dann in hippocampalen<sup>14</sup> und kortikalen<sup>15</sup> Hirnabschnitten gespeichert (vgl. Rommelspacher 1999: 32 f.). Dieser Prozess stützt die lebenserhaltenden Aktivitäten – aber auch die Konsummotivation wird so im mesolimbischen System dauerhaft etabliert. Der Wunsch nach Substanzkonsum wird so auch über abstinente Phasen hinweg aufrecht erhalten (vgl. Zieglgänsberger 2000: 27 f. und BMBF 2004: 43 f.).

Bei mehrfacher Einnahme sensitivieren Substanzen mit Abhängigkeitspotential das Belohnungssystem, seine Reagibilität wird verstärkt, so dass zunehmend positive Verstärkereffekte auftreten (vgl. Rommelspacher 1999: 33). Diese Sensitivierung bedeutet eine qualitative und/oder quantitative Veränderung einzelner Substanzwirkungen. Eine quantitative Veränderung wäre beispielsweise die Vergrößerung des maximal erreichbaren Effekts (intensiverer Rausch), eine qualitative Veränderung wäre die Zunahme stereotyper Verhaltensweisen bei chronischem Opiatkonsum. Die Sensitivierung erfolgt vermutlich unter Beteiligung der Amygdala, dem Teil des Gehirns, der für die emotional gefärbte Erinnerungsspeicherung verantwortlich ist (vgl. Köhler 2000: 61, siehe auch Punkt 1.3 über die Entstehung traumatischer Intrusionen). Bei wiederholtem Substanzgebrauch gilt für die meisten Drogen, dass der Körper eine Toleranz

---

<sup>14</sup> auf den Hippocampus bezogen. Im Hippocampus werden kategoriale Gedächtnisinhalte gespeichert (Zeit, Raum etc.)

<sup>15</sup> zur Hirnrinde gehörend



entwickelt. Rommelspacher spricht von einer „Rechtsverschiebung der Dosis-Wirkungskurve“ (Rommelspacher 1999: 34). Das heißt, es wird eine zunehmend höhere Dosis für die gleiche Wirkung erforderlich. Toleranz entsteht entweder gegenüber allen, meistens aber nur gegenüber einzelnen Substanzwirkungen. LSD gilt als Droge mit hohem Toleranzpotential, nach kurzfristig mehrfacher Einnahme wird fast keine Wirkung mehr erzielt. Bei Benzodiazepinen entwickelt sich eine Toleranz gegenüber der sedierenden Wirkung, bei Nikotin gegenüber den aversiven Wirkungen. Bei Opiaten lassen die dämpfenden Effekte nach und bei Alkohol kommt es unter anderem zur Toleranz gegenüber der sedierenden und der hypothermen<sup>16</sup> Wirkung (vgl. Rommelspacher 1999: 34). Es wird zwischen einer pharmakokinetischen und einer zellulären Toleranz unterschieden. Bei pharmakokinetischer Toleranz werden die konsumierten Stoffe schneller abgebaut, bei zellulärer Toleranz findet eine neuronale Anpassung statt. Ist eine Toleranz etabliert, beeinflusst sie Applikationsverhalten und Einnahmemenge (34 f.). Wer nach mehrmaligem LSD-Konsum keine Wirkung mehr spürt, wird auf die Einnahme verzichten. Eine Heroinkonsumentin, die sich vor allem beruhigen und entspannen will, wird aufgrund der Toleranz die Dosis erhöhen oder vom ‚Blech rauchen‘<sup>17</sup> auf die intravenöse Injektion umsteigen.

Die neuronalen Schaltkreise, die mit dem Belohnungssystem verbunden, von der Substanzwirkung aber nur indirekt betroffen sind, versuchen durch antagonistische Mechanismen eine Homöostase im Transmitterhaushalt aufrechtzuerhalten. Über diese Vorgänge werden bei chronischem Substanzmissbrauch die Stresssysteme des Gehirns sensibilisiert. Herrscht Homöostase, so laufen die Interaktionen der neuronalen Systeme koordiniert ab. Bei fortgesetztem Konsum kann es allerdings zur Abkopplung einzelner Systeme kommen, was zu dem für das Abhängigkeitssyndrom typischen Kontrollverlust führt (Rommelspacher 1999: 34).

---

<sup>16</sup> die Körpertemperatur senkend

<sup>17</sup> Heroin auf einer Alufolie erhitzen und die Dämpfe inhalieren

Nicht nur bei Alkohol kann der Substanzkonsum als Mittel zur Stressregulation verstanden werden. Die Spannungs-Abbau-Hypothese postuliert, dass die durch Stress hervorgerufene verstärkte Endorphinausschüttung später zu einem Endorphindefizit führt. Die durch das Ethanol freigesetzten Endorphine wirken erwiesenermaßen stressregulierend (vgl. Kufner 2002: 131), weshalb in dieser Phase das Verlangen nach Alkohol steigt. Bei seinem Konsum wird so über die Anregung einer erneuten Endorphinfreisetzung im Neurotransmitterhaushalt ein Ausgleich für das Defizit geschaffen (vgl. Rommelspacher 1999: 36). Ein intaktes Stressregulationssystem scheint also erforderlich zu sein, um das Risiko für Alkoholismus bei wiederholten Stresserfahrungen zu vermindern (vgl. BMBF 2004: 44).

### **2.3.3.3 Das Suchtgedächtnis**

Der Begriff des Suchtgedächtnisses bezieht sich darauf, dass süchtiges Verhalten gelernt und gespeichert wird und nur schwer oder überhaupt nicht mehr gelöscht oder kontrolliert werden kann (vgl. Kufner 2002: 124). An der Entstehung dieses Suchtgedächtnisses sind die oben beschriebenen neurobiologischen Prozesse beteiligt (Sensitivierung, Toleranzentwicklung, Konditionierung). Für folgende Bereiche süchtiger Prozesse sind laut Tretter relativ suchtspezifische Gedächtnisleistungen erforderlich:

- die Reizkonstellation als Auslöser süchtigen Verhaltens,
- der Konsumeffekt bzw. die erlebte Substanzwirkung,
- der Verhaltensantrieb, d.h. das unwiderstehliche Verlangen nach der Droge,
- die Reflexion des eigenen Drogenkonsums (vgl. Tretter 2001, zit.n. Kufner 2002: 125).

Die verschiedenen Gedächtnisformen werden unterteilt in explizites und implizites Gedächtnis. Die expliziten Gedächtnisinhalte sind – im Gegensatz zu den impliziten Inhalten – in der Regel bewusst und verbalisierbar. Das explizite Gedächtnis wird weiter untergliedert in das episodische und das semantische Gedächtnis (episodisch: bezieht sich auf emotional gefärbte Ereignisse, semantisch: Bezug auf Faktenwissen). Im impliziten Gedächtnis werden

motorische, perzeptuelle und kognitive Fähigkeiten gespeichert ebenso wie assoziative Verbindungen unterschiedlicher Stimuli (Priming), klassisch konditionierte Verhaltensweisen und Anpassungsprozesse (vgl. Küfner 2002: 125 f.). Bei der Suchtgenese sind vermutlich alle Gedächtnisformen beteiligt, insbesondere aber das episodische Gedächtnis und das Priming. Ersteres speichert die Substanzwirkung, letzteres verbindet diese mit der Reizkonstellation. Hält also das episodische Gedächtnis bei der Heroininjektion eine starke Euphorisierung fest, so verbindet das Priming diese unter anderem mit dem ‚Setzen des Drucks‘<sup>18</sup>. Wolffgramm und Heyne gehen davon aus, dass zunächst ein „Drogenumgangsgedächtnis“ (Wolffgramm/Heyne 2000, zit.n. Küfner 2002: 126) entwickelt wird, danach erfolge eine Prägung auf die Substanz. Diese führe zu einem festen Reiz-Reaktions-Schema, das bei bestimmten Stimuli das starke Verlangen nach der Substanz aufkommen lasse (vgl. ebd.).

#### **2.3.3.4 Die Bedeutung genetischer Faktoren**

Aus medizinischer Sicht entsteht Abhängigkeit aus dem Substanzgebrauch heraus aus einem Wechselspiel von genetischer Disposition, Umwelteinflüssen und Substanzeffekten (vgl. Rommelspacher 1999: 28). Genetisch bedingte Dispositionen machen besonders empfänglich für bestimmte Wirkungen einer Substanz oder im Gegenteil besonders unempfindlich. So steht eine genetisch bedingte verminderte Ethanolempfindlichkeit oft in Zusammenhang mit einer Alkoholkrankung. Entsprechend disponierte Personen erleben kaum negative Folgeerscheinungen beim Alkoholkonsum und neigen deshalb eher zu einem erhöhten oder chronischem Konsum (vgl. Köhler 2000: 30, 59). Für die Alkoholabhängigkeit ist die genetische Bedingtheit für 50 Prozent der alkoholkranken Männer und für 25 Prozent der alkoholkranken Frauen belegt (vgl. Rommelspacher 1999: 28). Auch für die Abhängigkeit von Opiaten ist eine genetische Disposition zumindest tierexperimentell nachgewiesen (Köhler 2000: 90). Auf den Menschen übertragen wären Störungen im Stoffwechsel der Transmitter denkbar, zum Beispiel eine Minderaktivität im endogenen

---

<sup>18</sup> einen Druck setzen – eine psychotrope Substanz injizieren, meist Heroin oder Kokain

Opiatsystem (Köhler 2000: 30). Der Opiatkonsum könnte dann den defekten Stoffwechsel ‚reparieren‘. Insgesamt lässt sich festhalten, dass genetische Faktoren vor allem in ihrer Multiplizität und Komplexität wirken, die Bedeutung einzelner genetischer Variablen hingegen ist relativ unbedeutend (vgl. Rommelspacher 1999: 28).

### **3. Zusammenhänge zwischen Trauma und Sucht**

Im folgenden Kapitel sollen nun auf Grundlage der bisher aufgezeigten Aspekte die Zusammenhänge zwischen Trauma und Sucht herausgearbeitet werden. Zunächst werde ich empirische Daten hierzu vorstellen, um dann anhand der oben beschriebenen theoretischen Ansätze nach inhaltlichen Übereinstimmungen zu suchen.

#### **3.1 Empirische Daten zum Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Substanzmissbrauch / Substanzabhängigkeit**

Ulrich Sachsse schreibt über den Widerspruch, der sich aus der Offensichtlichkeit traumabedingter Verursachung von Abhängigkeit und dem Fehlen empirischer Belege ergibt:

„Im klinischen Alltag sind Zusammenhänge zwischen Suchtkrankheit und Traumatisierung evident. Sowohl alkoholranke Patienten als auch illegal Drogenabhängige berichten von traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend im Kontext ihrer Suchtkrankheit. [...] Obwohl es genügend klinische Hinweise auf den Zusammenhang zwischen traumatisierenden Kindheitserfahrungen und späterer Suchtentwicklung gibt, sind empirische Studien hierzu nicht sehr zahlreich.“ (Sachsse 2004: 372)

Immerhin seien die vorhandenen Studien in ihren Ergebnissen eindeutig: traumatisierende Kindheitserfahrungen sind ein ätiologisch relevanter Faktor für die Entwicklung einer Suchtkrankheit (vgl. ebd.).

Lenkt man den Blick auf Traumatisierungen, die nicht ausschließlich in der Kindheit stattfinden müssen, so findet man in der Literatur vor allem Daten, die die Komorbidität von Posttraumatisches Belastungssyndrom und anderen Störungen aufzeigen. So stellen Kessler u.a. 1995 in einer großen epidemiologischen US-amerikanischen Untersuchung fest, dass von den in ihrer Studie befragten Personen mit PTBS 88 Prozent der Männer und 79 Prozent der Frauen komorbide Störungen aufweisen. Bei den Frauen sind die häufigsten komorbiden Diagnosen

- schwere depressive Störungen (49 Prozent),
- simple und soziale Phobien (29 bzw. 28 Prozent),
- Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit (28 Prozent) und
- Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit (27 Prozent).

Das Bild bei den Männern stellt sich etwas anders dar, hier sind die häufigsten komorbiden Diagnosen

- Alkoholmissbrauch bzw. –abhängigkeit (52 Prozent),
- schwere depressive Störung (48 Prozent),
- Verhaltensstörung (43 Prozent),
- Drogenmissbrauch bzw. –abhängigkeit (35 Prozent) und
- simple Phobien (31 Prozent) (vgl. Kessler u.a. 1995, zit.n. Resick 2003: 61).

Aus den aufgeführten Daten geht allerdings nicht hervor, ob die komorbiden Störungen bereits vor dem Bestehen der PTBS vorlagen und ob ein kausaler Zusammenhang zwischen ihnen besteht. Kessler u.a. untersuchten deshalb, ob das erste Auftreten der PTBS vor dem ersten Auftreten der anderen Störungen lag. Es zeigt sich, dass PTBS als primäre Diagnose besonders häufig vorkam mit Depression (53-78 Prozent) und Drogenmissbrauch (53-84 Prozent – die breite Spanne zwischen den Zahlen ergibt sich aus unterschiedlichen Messkriterien, vgl. Kessler u.a. 1995, zit.n. Resick 2003: 61 f.). Resick folgert: „Es kann also als erwiesen betrachtet werden, dass [...] sich komorbide Depressionen und

Drogenmissbrauch als Folge einer PTB<sup>19</sup> entwickeln können“ (2003: 62). Es ist zu vermuten, dass sich Substanzmissbrauch und -abhängigkeit auch als Folge von traumatischen Erfahrungen entwickeln können, wenn eine diagnostizierbare PTBS nicht vorliegt. Das Auftreten sub-syndromaler Symptomgruppen könnte dafür schon ausreichend sein.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich vermutlich erklären mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien bei Männern und Frauen sowie mit der Art der erlebten Traumatisierung. Insgesamt ist die Verteilung der Trauma-Arten unterschiedlich auf die Geschlechter verteilt (vgl. Resick 2003: 45). Besonders deutlich wird das beim Vergleich der unterschiedlichen Gewalterfahrungen: Frauen erleben eher sexualisierte Gewalt, Männer eher körperliche Angriffe (vgl. ebd.). Deutlich wird aber, dass sowohl Männer als auch Frauen in Folge posttraumatischer Belastungsstörungen gehäuft Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit entwickeln.

Resick stellt beim Vergleich verschiedener Studien zum Auftreten komorbider Störungen bei PTBS fest, dass Drogenmissbrauch als komorbide Störung in Abhängigkeit von der untersuchten Population auftritt. Studien mit Kriegsveteranen weisen hohe Raten von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit auf, Studien mit anderen Populationen (jugendliche Flüchtlinge, Überlebende einer Flutkatastrophe) dagegen keine oder nur geringfügig erhöhte Raten. Resick interpretiert diese Ergebnisse so, dass Drogenmissbrauch eher eine maladaptive Bewältigungsstrategie als eine unabhängige, komorbide Störung darstelle. Aus dem Bewältigungsversuch könne sich eine sekundäre Störung entwickeln, wenn andere Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen oder das soziale Netz nicht mehr zur Verfügung stehe (vgl. Resick 2003: 64).

---

<sup>19</sup> Resick verwendet die Abkürzung PTB für die Posttraumatische Belastungsstörung

Neben diesen Studien liegen Untersuchungen zur Komorbidität von PTBS mit anderen Störungen vor, die sich mit einzelnen traumatischen Erfahrungen befassen, insbesondere mit sexualisierter Gewalt. Burnam u.a. untersuchten das Auftreten psychischer Störungen bei sexuell angegriffenen Probanden und in einer Kontrollgruppe. Die Gesamtstichprobe setzte sich aus 53 Prozent Frauen und 47 Prozent Männern zusammen. Bei den Opfern sexualisierter Angriffe wurden deutlich höhere Werte gefunden für schwere depressive Störungen, Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Phobien, Panik- und Zwangsstörungen (vgl. Burnam u.a. 1988, zit.n. Resick 2003: 59). Die Gesamtgruppe wurde über weitere fünf Jahre beobachtet. Dabei zeigte sich, dass die Opfer sexualisierter Angriffe im weiteren Verlauf vermehrt Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit entwickelten (ebd.). Kilpatrick u.a. stellen fest, dass Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, mit höherer Wahrscheinlichkeit Alkohol- und Drogenprobleme entwickeln als nicht Betroffene. Besonders schwerwiegend scheint der Befund, dass erhöhter Drogenkonsum mit einer höheren Gefahr einer erneuten Viktimisierung einhergeht (vgl. Kilpatrick u.a. 1997, zit.n. Resick 2003: 36).

Auch Opfer, die sexualisierte Gewalt in der Kindheit erlebt haben, unterliegen einem erhöhtem Risiko, als Langzeitfolge Drogenmissbrauch und -abhängigkeit zu entwickeln (vgl. Schetky 1990, zit.n. Resick 2003: 36). Das zeigt auch eine deutsche Studie, in der Christel Zenker die Ursachen weiblicher Sucht untersucht. Sie stellt fest, dass es eine Abhängigkeit gibt zwischen Einstiegsalter, Suchtverhalten, begleitenden psychischen Störungen und der Stärke der in Kindheit und Jugend erlittenen Kränkungen und Mangel Erfahrungen (vgl. Zenker 2002: 34). Von allen befragten substanzabhängigen Frauen geben 57 Prozent an, bis zum sechzehnten Lebensjahr Schläge und Prügel erlitten zu haben – Frauen, die illegale Substanzen konsumieren, sind davon am häufigsten betroffen. Von sexualisierten Gewalterfahrungen berichten 34 Prozent der befragten Frauen (vgl. Zenker 2002: 35).

### 3.2 Synthese der verschiedenen theoretischen Ansätze

Im folgenden werden vier Thesen begründet und erläutert, die erklären können, warum traumatisierte Menschen in erhöhtem Maße anfällig sind für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit. Es geht hierbei um Aspekte der Selbstmedikation bei psychischen oder physischen Beschwerden und um die Kompensation eigener Ohnmacht bzw. fehlender menschlicher Unterstützung und Nähe.

#### 3.2.1 These 1: Substanzgebrauch als Selbstmedikation gegen psychische Symptome

Die These von der Selbstmedikation geht davon aus, dass Konsumentinnen und Konsumenten psychotroper Substanzen diese einsetzen, um Symptome zu bekämpfen, die zusammen mit psychischen Störungen auftreten (vgl. Krausz/Lambert 2000: 207). Diese These wird hier ausgeweitet auf körperliche Symptome, die in Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen stehen. Bei der Selbstmedikation geht es um die ‚Behandlung‘ *subjektiv* wahrgenommener Symptome, nicht um eine Therapie, die sich an medizinischen Aspekten orientiert. Wie in Kapitel 1 gezeigt, ziehen traumatische Ereignisse normalerweise verschiedene Symptome nach sich, die bei bestimmten Symptomkombinationen zu diagnostizierbaren Störungen führen. Hier sei noch einmal an die wesentlichen Merkmale erinnert: *Wiedererleben* in Form von Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen, Träumen, Flashbacks, körperlichen Reaktionen; *Vermeidung* von Reizen, die an das Trauma erinnern, wie Gedanken, Gefühle, Gespräche, Orte und Menschen; Gefühl der Nichtzugehörigkeit; Gefühl eingeschränkter Zukunft und Symptome *erhöhten Arousals* wie Schlafstörungen, Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit und Wutausbrüche. Konstriktive und intrusive Reaktionen werden hier als psychische Symptome behandeln. Der als erhöhter Arousal zusammengefasste Symptomkomplex wird bei den physischen Beschwerden erläutert. Diese Trennung unterliegt einer gewissen Willkür, da physische und psychische Reaktionen immer sowohl im Physischen als auch im Psychischen ihre



Verankerung haben. Mit der Trennung soll vor allem deutlich werden, dass auch körperliche Beschwerden mit der Einnahme psychotroper Substanzen bekämpft werden können.

Das unkontrollierbare Wiedererleben des Traumas, aber auch ständig sich aufdrängende Gedanken an das Erlebte oder die Trauer über die erfahrene Verletzung verursachen bei traumatisierten Menschen erhebliches Leiden. Butollo u.a. sprechen in diesem Zusammenhang sogar von „ständiger innerer Retraumatisierung“ (Butollo u.a. 1999: 48) durch die intrusiven Phänomene. Die Stimmung der Traumatisierten ist gedrückt bis depressiv, einige empfinden großen Ärger. Davidson und van der Kolk befassen sich mit der psychopharmakologischen Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie beschreiben die wichtigsten Ziele beim Einsatz von Medikamenten bei der PTBS:

1. Reduktion der Häufigkeit und/oder Schwere der intrusiven Symptomatik.
2. Reduktion der Tendenz, eintreffende Reize als Wiederkehr des Traumas zu interpretieren.
3. Reduktion der konditionierten Übererregung bei Reizen, die an das Trauma erinnern, sowie Reduktion der generalisierten Übererregung.
4. Reduktion des Vermeidungsverhaltens.
5. Verbesserung der depressiven Stimmung und emotionalen Betäubung.
6. Reduktion der psychotischen und dissoziativen Symptomatik.
7. Reduktion impulsiver Aggression gegen sich selbst und andere (Davidson/van der Kolk 2000: 361).

In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass all diese Wirkungen auch mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen erzielt werden können. Aufgrund individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit und wegen der nicht klar nachzuvollziehenden neurochemischen Wirkungsweisen lässt sich weder bei den psychopharmakologischen Medikamenten noch bei den illegalen Substanzen eindeutig vorhersagen, welche Wirkung sie in Bezug auf die PTBS haben. Daneben sind die Wirkungen immer abhängig sind von den inneren und äußeren Rahmenbedingungen des Konsums. Es ist aber davon auszugehen, dass Konsumentinnen und Konsumenten psychotroper Substanzen, die sie in

Eigenregie einnehmen, sehr schnell herausfinden, wie sie am besten gegen ihre Symptomatik vorgehen können. Im Zweifelsfall werden mehrere Substanzen gegen die verschiedenen Symptome eingesetzt – in diesem Fall spricht man von multiplen Substanzgebrauch oder Polytoxikomanie. Hier soll es nicht darum gehen, empirische Befunde über pharmakologische Wirkungen bestimmter Substanzen darzustellen, sondern es sollen mögliche Mechanismen aufgezeigt werden, die Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Substanzabhängigkeit erklären können. Wie die Selbstmedikation bei psychischen Symptomen auf die einzelnen Substanzen bezogen aussehen könnte wird im Folgenden beschrieben.

Traumatisierungen machen auf breiter Ebene Angst – Angst vor einer Wiederholung der traumatischen Erfahrung, Angst vor intrusivem Wiedererleben, Angst, die durch das erschütterte Vertrauen in die Welt verursacht wird. Alkohol ist anxiolytisch und kann wirkungsvoll gegen diese Symptome eingesetzt werden. Gleichzeitig hebt er durch die Freisetzung von Endorphinen die Stimmung. Damit kann er depressive Symptome wie Bedrücktsein und Verzweiflung, die wie gezeigt oft zusammen mit PTBS auftreten, mindern. Die enthemmende Wirkung des Alkohols kann konstriktiven Symptomen entgegen wirken. So erleichtert sie möglicherweise den Kontakt zu anderen und eröffnet so einen Zugang zu Trost und Mitgefühl, der bisher durch konstriktiven Rückzug versperrt war. Die Einschränkung der affektiven Reagibilität kann unter Umständen durch Euphorisierung und Enthemmung aufgehoben werden. Die enthemmende Wirkung kann aber auch aggressives und autoaggressives Verhalten fördern, was im Sinne der Selbstmedikation als unerwünschte Nebenwirkung gewertet werden muss.

Die Anwendung von Heroin zeigt ähnliche Effekte. Heroin ist wie Alkohol angstlösend und beruhigend und kann die durch das Trauma verursachten Ängste vermindern. Das Gefühl von emotionaler Unverwundbarkeit, das durch die starke Euphorisierung entsteht, kann ihren Abbau unterstützen. Gleichzeitig ist die euphorisierende Wirkung antidepressiv einsetzbar. Als eher konstriktives Element

der Selbstmedikation ist die Bewusstseinsbeeinträchtigung zu sehen, die das Vermeiden von traumatischen Erinnerungen unterstützt: man macht sich ‚dicht‘. Durch die sedierende Wirkung können aggressive Impulse, Wut und Ärger gedämpft werden. Gegen Heroin als Mittel der Selbstmedikation spricht, dass die leicht halluzinogene Wirkung bei empfindlichen Menschen Intrusionen hervorrufen kann.

Die Einsatzmöglichkeiten von Kokain und Crack gegen psychische posttraumatische Symptome ergeben sich vor allem aus der starken Euphorisierung und aus der Steigerung des Selbstwertgefühls. Beide Substanzeffekte mildern auf unterschiedliche Weise die depressive Symptomatik. Eine Verringerung autoaggressiver Impulse kann deshalb vermutet werden. Die kokaininduzierte Antriebssteigerung kann konstruktiven Verhaltensweisen entgegenwirken und Aktivität, Interesse und Teilnahme wiederbeleben. Wie beim Heroin muss bei Kokain und Crack eine durch die halluzinogene Wirkung hervorgerufene Zunahme intrusiver Wiedererlebensphänomene befürchtet werden. Der Konsum wäre dann für die Konsumentin oder den Konsumenten im Sinne der Selbstmedikation ‚kontraindiziert‘.

### **3.2.2 These 2: Substanzgebrauch als Selbstmedikation gegen physische Symptome**

Zu den physischen Symptomen werden hier vor allem die Erscheinungen des erhöhten Arousal, aber auch Phänomene körperlichen Wiedererlebens und konkrete, durch das Trauma verursachte Schmerzen gezählt. Der erhöhte physische Erregungszustand führt dazu, dass Betroffene ständig auf der Hut sind vor neuem Schrecken. Sie sind überwach, reizbar, oft impulsiv überreagierend und unruhig. Diese Angespanntheit führt zu Schlafstörungen, Konzentrations-schwierigkeiten und erhöhter Schreckhaftigkeit. Alkohol kann gegen diese Phänomene wirksam eingesetzt werden, da er beruhigt und den allgemeinen Erregungszustand ‚herunterfahren‘ kann. Er ist schlafanstoßend, so dass

Menschen, die aufgrund ihres Hyperarousals nur schlecht oder gar nicht schlafen können, in ihm eine willkommene Einschlafhilfe finden. Wie gezeigt (vgl. 2.3.3.2) scheint Alkohol einigen Studien zu Folge besonders wirksam beim Einsatz gegen Stress zu sein. Die durch Stress hervorgerufene verstärkte Endorphinausschüttung, von der bei posttraumatischen Störungen auszugehen ist, zieht ein Endorphindefizit nach sich. Dies wird über den Konsum von Alkohol ausgeglichen, das Stresserleben reduziert (vgl. Rommelspacher 1999: 36). Heroin ist ebenfalls geeignet, den traumainduzierten erhöhten Erregungszustand zu dämpfen. Durch die Sedierung kann ein Gefühl großer innerer Ruhe und Entspannung entstehen, die Erregung fällt vom traumatisierten Menschen ab. Kokain und Crack sind zur Bekämpfung des erhöhten Erregungszustandes kontraindiziert. Beide Substanzen gehören zu den Stimulanzien und regen den Organismus an. Der durch das Trauma bereits erhöhte Erregungszustand wird durch Crack und Kokain noch verstärkt, da sie durch die Blockierung der Dopamin-Rezeptoren diesen anregenden Neurotransmitter in Aktion halten. Das führt neben einem Wohlgefühl zu psychomotorischer Stimulation und einer Erhöhung von Blutdruck, Puls und Atemfrequenz. Denkbar ist, dass Kokain und Crack helfen, den erhöhten Erregungszustand besser auszuhalten. Durch eine Minderung des Schlafbedürfnisses kann die Überwachheit leichter aufrecht erhalten werden. Insgesamt kann dem Körper mehr abverlangt werden als ohne chemische Unterstützung. Das kommt einigen Traumaopfern in ihrem Bestreben nach umfassender Kontrolle ihrer Sicherheit vermutlich entgegen. Letztendlich muss beim Vorliegen einer Kokain- oder Crack-Abhängigkeit davon ausgegangen werden, dass die beobachtbare psychische Überreizung sowohl auf das Trauma als auch auf den Substanzkonsum zurückgeführt werden kann.

Traumatische Vorgänge gehen oft mit schweren körperlichen Verletzungen einher, die als besonders riskant für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung gelten. Aber auch weniger schwere Verletzungen können Folge von Traumatisierungen sein: Schnittwunden, Prellungen, Knochenbrüche etc. Daneben kann die ständige Übererregung zu Verspannungen führen, die Kopf- oder Nackenschmerzen verursachen können. Wer aus ursprünglich anderen Motiven zu Heroin oder Alkohol greift, wird als Nebeneffekt oft eine

Schmerzlinderung erfahren. Heroin ist ein starkes Analgetikum und deshalb besonders geeignet zur Schmerzbekämpfung. Alkohol verfügt ebenfalls über eine schmerzlindernde Wirkung. Bei der Entwicklung vom Substanzmissbrauch zur Abhängigkeit ist die analgetische Wirkung als positiver Verstärker denkbar. Kokain ist nur als Lokalanästhetikum geeignet und in dieser Wirkung bei illegalem Konsum wahrscheinlich schlecht handhabbar. Crack nimmt keinen wesentlichen Einfluss auf das Schmerzsystem.

Auch als physische Symptome zu betrachten sind körperliche Intrusionen, also Formen des Wiedererlebens, bei denen körperliche Empfindungen, die während des Traumas auftraten, erneut hervorgerufen werden. Das können Schmerzen sein, aber auch andere körperliche Reaktionen wie Würgen, Atemnot, Magenkrämpfe, Mundtrockenheit, Zittern etc.. Je nach Erscheinung können Drogen jeder Art dagegen eingesetzt werden: Schmerzlinderung, Beruhigung, Euphorisierung oder Bewusstseinsminderung sind denkbar als Mechanismen, über die die unterschiedlichen körperlichen intrusiven Phänomene in ihrer als quälend oder lästig empfundenen Wirkung eingeschränkt werden können.

### **3.2.3 These 3: Substanzgebrauch zur Kompensation eigener Ohnmacht**

Traumatische Ereignisse gehen definitionsgemäß mit dem Empfinden absoluter Ohnmacht und Hilflosigkeit einher. Der Mensch erfährt sich als machtlos und unfähig, handelnd die Situation zu verändern. Die bewusste und aktive Auseinandersetzung mit den Umständen ist unter den Bedingungen des Traumas nicht möglich. Für Judith Herman ist Ohnmacht die entscheidende Verwundung, die durch das Trauma erlitten wird (vgl. Herman 2003: 64). Da niemand darauf vorbereitet ist oder gelernt hat, mit absoluter Hilflosigkeit umzugehen, ist diese Erfahrung besonders erschütternd. Sie zerstört den Glauben an die eigene Wirksamkeit und das Vertrauen, das Leben aktiv bewältigen zu können. Deshalb ist „die Wiederherstellung des Vertrauens in die eigene Leistungsfähigkeit und Kraft“ (Herman 2003: 64) elementarer Bestandteil der Heilung posttraumatischer

Störungen. Auch Butollo u.a. gehen davon aus, dass „die Wiederherstellung der Handlungs- und Wirkungskompetenz mit dem Ziel der Erweiterung innerer Handlungs- und Antwortspielräume“ (Butollo u.a. 2002: 101) für die Heilung entscheidend ist.

Die Bedeutung des Empfindens eigener Selbstwirksamkeit lässt sich auch ableiten aus den belegten Schutzfaktoren für die Bewältigung traumatischer Ereignisse. So weisen Luise Reddemann und Cornelia Dehner-Rau auf die Selbstwirksamkeit als Ressource hin, durch die das Leben als verstehbar, sinnhaft und kontrollierbar erfahren wird. Hand in Hand damit geht die Fähigkeit zur aktiven Bewältigung und Kommunikation über das Trauma (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2004: 47). Judith Herman bezieht sich auf Studien, aus denen hervorgeht, dass ein wesentliches Merkmal besonders widerstandsfähiger Menschen neben einem wachen, lebhaften Wesen und ungewöhnlichen sozialen und kommunikativen Fähigkeiten die Überzeugung ist, das eigene Schicksal beeinflussen zu können (vgl. Herman 2003: 86). Fischer und Riedesser schätzen die Leerlauf- und Pseudohandlungen, zu denen es peritraumatisch kommen kann, als protektiv ein (1998: 83) – das heißt selbst unwirksames und ungezieltes Handeln kann unter Umständen für die Trauma-Bewältigung effektiver sein als Rückzug und Dissoziation.

Das Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit ist also ein wesentlicher Aspekt bei der Verarbeitung traumatischer Ereignisse und ihrer Folgen: Auf der einen Seite wird dieser Selbstaspekt durch das Trauma schwerwiegend erschüttert, wenn nicht sogar zerstört. Auf der anderen Seite wirkt ein großes Vertrauen in die eigenen Kräfte protektiv und heilsam. Untersucht man nun die Bedeutung, die dem Selbstwirksamkeitsempfinden für die Genese einer Sucht zugeschrieben wird, ergibt sich das folgende Bild:

Helmut Kuntz sieht im Verlust von Urheberschaft und Wirksamkeit den Kern süchtiger Pathogenese, für ihn ist das der „rote Faden in der Sucht“ (2000). Wie

unter 2.3.2 beschrieben, gibt es viele Möglichkeiten in der menschlichen Selbst-Entwicklung, diese Selbstempfindungen zu stören. Die „empfundene, erlernte, tatsächliche oder induzierte Hilflosigkeit“ (Kuntz 2000: 112) als charakteristisches Merkmal süchtiger Beziehungsstruktur störe die Selbstempfindung von Wirksamkeit und sei „ein idealer Nährboden für die Ausprägung eines kompensierenden Suchtverhaltens“ (101). Im Gebrauch psychotroper Substanzen, die die eigene Affektivität verändern, werde dann Vergessen gesucht, ein Ausgleich zum Gefühl, in der Welt ‚nicht richtig zu sein‘. Auch die Erfahrung, wenigstens in diesem Bereich wirksam handeln zu können – aktiv die eigene Sucht und damit Selbstzerstörung zu leben, wenn konstruktives Handeln nicht mehr möglich ist – kompensiert die eigene Ohnmacht. In dieser Haltung steckt auf der einen Seite die selbstzerstörerische Fortsetzung der erfahrenen Verletzungen, auf der anderen Seite der Versuch, Wirkmächtigkeit in einem gewissen Rahmen wiederherzustellen.

Auch bei Roland Voigtel finden sich Hinweise auf die verlorene Selbstwirksamkeit als Faktor in der Suchtgenese (vgl. 2.3.1). In der distant-adaptiven Suchtform wird durch das Tabu, die nur vorgetäuschte Liebe als solche zu identifizieren, das Kind in eine ohnmächtige Situation gebracht. Es kann nicht über die wahrgenommene Unstimmigkeit kommunizieren und sie nicht handelnd verändern. Wirksamkeit könnte hier nur erreicht werden über den Bruch des Tabus. Dieser ist aber mit existenziellen Ängsten belegt, so dass das Kind keine Möglichkeit hat zur aktiven Umgestaltung der Situation. Auch in der fusionären Suchtform spielt der Aspekt der Wirkmächtigkeit eine Rolle. Hier wird sozusagen ein falsches Gefühl von Selbstwirksamkeit etabliert, da das Kind aufgrund der fehlenden Erfahrung der eigenen Grenzen nicht richtig einschätzen kann, was es tatsächlich bewirken kann. In dem Glauben, alles zu können und zu dürfen, geht die Erfahrung verloren, gezielt Veränderungen zu erreichen. Das Gefühl der eigenen Grandiosität, das erst über die fusionäre Beziehung zur Bezugsperson und später über das Suchtmittel aufrechterhalten wird, hat keine Basis in der wirklichen Lebenserfahrung und bleibt damit unbefriedigend. In der masochistischen Suchtstruktur findet sich die Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit ganz konkret als übergriffige, invasive oder vernachlässigende Beziehungsrealität. Von

Anfang an wird die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit unterbunden – nicht der Wille des Kindes zählt sondern allein der der Eltern. Mit dem Substanzgebrauch wird versucht, die verlorengegangene Autonomie und Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen oder ihren Verlust zu verdrängen. In der symptomatischen Sucht wird das Suchtmittel vor allem eingesetzt, um strenge Über-Ich-Anteile zu unterdrücken, die mit ihrer Rigidität einen befreiten Lebensausdruck verhindern. Schlechtes Gewissen und Selbstabwertung werden betäubt, was zu einem Gefühl größerer Handlungsfähigkeit verhilft. Dieses enthemmte Handeln ist nicht gleichbedeutend mit konstruktivem Handeln – alkohol-enthemmte Aggression kann genauso befördert werden wie ecstasy-gestützte Kontakt- und Empathiefähigkeit. In der reaktiven Sucht beschreibt Voigtel die Form der Sucht, die als Reaktion auf Diskrepanzerleben zwischen Handlungsanforderungen und mangelnder Bewältigungskompetenz entsteht. Das können traumatische Erfahrungen sein, aber auch ‚normale‘ Ohnmachtserfahrungen, die als Folgen der gesellschaftlichen Ordnung auftreten. Charakteristisch ist in allen Fällen das Fehlen von konstruktiven Handlungsmöglichkeiten und damit ein Mangel an Selbstwirksamkeit. Der Substanzgebrauch wird zum Ausgleich, zur Überdeckung oder zum besseren Ertragen der ohnmächtigen Situation eingesetzt und auf Dauer zur abhängigen Verhaltensweise.

Es wird also deutlich: Der Verlust von Selbstwirksamkeit ist ein wesentliches Kriterium bei traumatischen Erfahrungen. In der Sucht wird er als ein wesentlicher Verursachungsfaktor angesehen. Daraus lässt sich schließen, dass Traumata deshalb oft zur Entwicklung von süchtigem Verhalten führen, weil der Substanzgebrauch und das Leben in einer Substanzabhängigkeit in einem begrenzten Handlungsfeld wirksames Handeln ermöglichen. Der Gebrauch psychotroper Substanzen ist eine Möglichkeit, das erschütterte Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu verdrängen, es zu kompensieren oder es in begrenztem Maße wiederherzustellen.



### **3.2.4 These 4: Substanzgebrauch zur Kompensation fehlender menschlicher Unterstützung und Nähe**

Das Erleben eines traumatischen Ereignisses wirft den Menschen auf sich selbst zurück. Im Trauma erfährt er keine Unterstützung von außen. Er ist abgeschlossen von der Gemeinschaft und in seiner Hilflosigkeit vollkommen allein. Das gilt auch für traumatische Erfahrungen, die nicht auf ein Individuum beschränkt sind. Allerdings sind Traumata, die mehrere Personen oder ganze Gruppen betreffen, leichter zu bewältigen als Einzelerfahrungen. So gelten Katastrophen, ethnische Unterdrückung oder Krieg als besser in das Selbstkonzept und die Lebensgeschichte integrierbar als Einzelerfahrungen. Die Tatsache, nicht allein betroffen zu sein, kann hier als Schutzfaktor dienen.

Fischer und Riedesser konzipieren das Trauma ausdrücklich als Geschehen im „psycho-ökologischen Bezugssystem“ (1998: 61). Damit beziehen sie sich auf das soziale Netz des traumatisierten Menschen, aber auch auf die Täter-Opfer-Beziehung und die jeweilige soziale Makrogruppe, in deren Einflussphäre es zur Traumatisierung kommt. Sie berücksichtigen so die Tatsache, dass Traumatisierungen immer ein Beziehungsgeschehen sind. Selbst Traumata, die nicht von Menschen verursacht werden, wirken sich auf die Sozialität und das Bindungsverhalten traumatisierter Menschen aus. Insbesondere gilt dies für man-made Traumata. Hier gehen Fischer und Riedesser davon aus, dass die traumatische Situation erst dann als beendet zu betrachten ist, wenn eine Anerkennung von Verursachung und Schuld stattfindet und dadurch zwischenmenschliche und ethische Beziehungen wieder möglich werden (72). Sie weisen auch darauf hin, dass protektive oder korrektive Beziehungen notwendig sind zur Verhinderung fraktionierter Selbsterfahrung, die zum Beispiel in Form von dissoziativen Zuständen auftreten kann. Die Spiegelung einer einheitlichen kohärenten Persönlichkeit durch die nächsten Bezugspersonen stärke das kohärente Selbsterleben und schütze vor posttraumatischen Störungen (114).

Willi Butollo u.a. betrachten die Bedeutung des Sozialen unter dem Aspekt der Selbstprozesse (2002: 94 ff.). Sie verstehen diese als kognitiv-emotionale

Vorgänge, die die Kontakte der Person mit der Welt regulieren. In den Selbstprozessen werden die Interaktionen mit der Umwelt repräsentiert. Über die „Antworten“ (95) der Welt auf das Selbst (Selbstbotschaften) konstituiert sich dieses immer wieder neu – die Selbstgestaltung wird als prozesshaftes Geschehen verstanden. Die Botschaften an das Selbst können verdinglichend oder dialogisch sein, d.h. auf einer gegenseitigen Achtung und Anerkennung beruhen oder eine Abwertung und Verdinglichung des Gegenübers zum Ausdruck bringen. Über die Internalisierung dieser Selbst-Umwelt-Kontakte können verdinglichende Selbstrepräsentationen entstehen, die für den Selbstwert der betroffenen Person abträglich sind. Die Gewichtung der Botschaften an das Selbst hängt von der Nähe des Interaktionspartners zum Selbst ab: je stärker die Bindung, desto gewichtiger die transagierte Selbstzuschreibung. Die Bedeutung der sozialen Beziehungen für traumatisierte Menschen ergibt sich dann folgendermaßen: Das Selbst konstituiert sich nach dem Trauma, das eine grundlegende Selbstbotschaft enthält (du bist gefährdet, du bist nichts wert), a) aus der Internalisierung der Täterrepräsentationen („Das Opfer läuft in seinem Selbst Gefahr im übertragenen Sinne, *zu dem zu werden, der es verletzt hat*“, Butollo u.a. 2003: 93) und b) aus seinen Antworten auf das Wie und Warum der Traumatisierung. Naive, subjektive Theorien über Verursachungsbedingungen und Mitverantwortung des Opfers führen zu veränderten, das Selbst konstituierenden Prozessen und bedingen Verhaltensweisen, die das Opfer vor weiteren Traumatisierungen schützen sollen. Der bisherige Selbst-Welt-Bezug wird in Frage gestellt, die sozialen Beziehungen entsprechend modifiziert. So kann zum Beispiel eine Person, die den gewaltsamen Tod einer nahen Bezugsperson miterlebt hat, zukünftig ein besonderes Bindungsverhalten entwickeln – entweder tiefe Bindungen gar nicht mehr eingehen, um möglichen Verlusten vorzubeugen, oder sich in den Bindungen besonders ängstlich und behütend verhalten. Bei Traumata, die nicht von Menschen verursacht sind, werden auf der Ebene der Nicht-Selbst-Repräsentationen (die Welt, Nicht-Ich) Selbstbotschaften vermittelt – „Der Täter ist dann eben das Hochwasser, der Berg, das Feuer, die Welt oder eben Gott“ (Butollo u.a. 2002: 93).

Aus Sicht der Suchttheorien kommt dem Sozialen ebenfalls eine besondere Bedeutung bei der Pathogenese zu. Hilarion Petzold definiert Drogenabhängigkeit in diesem Sinne als „soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/der Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft“ (Petzold 2004: 515). Roland Voigtel konzipiert das Suchtmittel in seinem Ansatz als unbezogenes Substitut sozialer Nähe. Das Suchtmittel ist in seinen wesentlichen Eigenschaften sachlich, nicht auf das Selbst bezogen und unabhängig von sozialen Fähigkeiten. Es ermöglicht dem Süchtigen die Freiheit von sozialen Verpflichtungen. Die Hingabe an ein unbelebtes Ding gehe allerdings mit dem Außerkraftsetzen des lebendig sich beziehenden Selbst einher. Der Preis für diese „sichere Beziehungslosigkeit“ (Voigtel 2001: 135) sei das Absterben des Selbst, das nur in realen oder phantasierten Bindungen an andere Menschen leben könne. Als Ursache für den Wunsch nach Beziehungslosigkeit sieht Voigtel die affektive Beziehungsstörung, die am Anfang jeder Sucht stehe. Wie oben gezeigt sind vor allem bei den schweren Suchtformen die Beziehungen zu den ersten Bezugspersonen gestört und ermöglichen dem Kind kein ausreichend stabiles Selbstempfinden. Es erfährt zu wenig stützende, positive menschliche Nähe und hat aufgrund dieses Mangels Schwierigkeiten, sich als autonomes Selbst zu erleben. Um nicht in vernichtende Einsamkeit oder Verwirrung zu fallen, verwandelt es die reale Ablehnung, Konturlosigkeit und Distanz der Objekte projektiv in etwas affektiv Bezogenes, auf das es affektiv reagieren kann. So wandelt es die unempathische Unterdrückung in eine bezogene Unterdrückung, die eigennützige Spiegelung des Selbst in eine bezogene Spiegelung und die nicht an den Bedürfnissen des Kindes orientierte Beschränkung in eine bezogene Grenzziehung und Haltgebung. Die Droge ersetze später dieses Selbstobjekt, das nicht in den Dialog mit dem kindlichen Selbst getreten sei (vgl. 196). An der reaktiven Sucht arbeitet Voigtel die Bedeutung des Verlusts von menschlicher Hilfe als wesentlichen Aspekt traumatischer Erfahrungen heraus. „Mit Hilflosigkeit ist zunächst die individuelle Hilflosigkeit gemeint; wenn diese aber einmal feststeht, ist damit auch die Überzeugung gemeint, nicht geholfen zu bekommen, d.h. das Versagen der Mitmenschen“ (222). In Situationen traumatischer Hilflosigkeit könne die Sucht als Abwehr dienen:

„Das Suchtobjekt, die Droge beispielsweise, verändert bzw. betäubt die unaushaltbaren Affekte der angespannten Hilflosigkeit und verzweifelten Verlassenheit durch seine sachliche Wirkung. Es ist da und wirkt auf den Menschen affektmodulierend, ähnlich wie eine tröstende Mutter auf das weinende Baby wirkt (Illusion eines anwesenden Objekts). Zugleich ist es nur ein Ding, an dessen Hilfe man nicht glauben muß (wie man es bei einem Menschen muß), ein Instrument, das in der Gewalt des Benutzers ist, der andere Hilfe nicht braucht (Illusion der Autarkie) und sich nicht hilflos fühlen muß (Abwehr von Scham).“ (Voigtel 2001: 224 f.)

Die Substanz ersetzt in diesen Fällen die eigentlich notwendige und existentiell erforderliche menschliche Unterstützung. Dabei hat sie den ‚Vorteil‘, dass sie nicht enttäuschend sein kann wie ein Mensch, da der Konsument oder die Konsumentin in kein menschlich bezogenes Verhältnis zu ihr tritt. Aus dem gleichen Grund kann die Droge menschliche Nähe nie wirklich ersetzen.

Helmut Kuntz zielt mit seinem Ansatz auf die Selbstempfindungen von Urheberschaft und Wirksamkeit. Diese entstehen in den Beziehungen und Interaktionen mit den nächsten Bezugspersonen. Eine Prädisponierung zur Sucht wird also im Sozialen angelegt, in diesem Sinne ist sie als Symptom gestörter sozialer Systeme zu verstehen. Als Voraussetzung für eine gelingende Bewältigung adoleszenter Krisen sieht Kuntz neben dem Gefühl der Selbstwirksamkeit auch die Fähigkeit, andere Menschen emotional erreichen zu können (82). Bei gestörten sozialen Beziehungen, die letztlich in den Substanzmissbrauch und in die Abhängigkeit führten, sei ein existentielles Grundgefühl vieler Suchtkranker die „Verlassenheit im schwarzen Loch“ (91). Der Ausdruck macht deutlich, dass die Sozialität dieser Abhängigen massiv gestört ist. Die Erfahrung positiver wie negativer sozialer Kontakte wird also auch in diesem Ansatz als grundlegend für die Entstehung von Sucht angenommen.

Es bleibt festzuhalten: Substanzmissbrauch und -abhängigkeit werden verstanden als Folgen negativer Beziehungserfahrungen. Die Beziehungen zur Welt werden durch ein Trauma massiv gestört. Dies gilt sowohl für menschlich verursachte Traumata als auch für ‚unpersönliche‘ Katastrophen oder Unfälle. Die so

beeinträchtigten Beziehungen vermitteln ein gestörtes Selbstempfinden. Mit der Substanz wird versucht, den Verlust menschlicher Nähe und Unterstützung zu ersetzen, wenn andere Bewältigungsmöglichkeiten nicht ausreichen oder gar nicht zur Verfügung stehen. Die Substanzabhängigkeit dient in diesen Fällen also der Kompensation fehlender menschlicher Nähe und Unterstützung.

#### **4. Trauma, Sucht und Soziale Arbeit – Schlussfolgerungen für die sozialarbeiterische Praxis**

Im vorherigen Kapitel wurden vier verschiedene Aspekte herausgearbeitet, die bei traumatisierten drogenabhängigen Menschen eine Rolle spielen: Substanzkonsum als Selbstmedikation bei physischen oder psychischen Symptomen posttraumatischer Belastung, als Kompensation verloren gegangener Selbstwirksamkeit und als Kompensation fehlender menschlicher Nähe und Unterstützung. Im Folgenden werden aus diesen Punkten Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen.

##### **4.1 Selbstwirksamkeit**

Die Empfindung von Urheberschaft und Selbstwirksamkeit ist eine fundamentale Größe in der Entwicklung des Selbst. Daniel Stern definiert die Selbstempfindung von Urheberschaft als „das Empfinden, der Urheber eigener Handlungen [...] zu sein: Willen zu besitzen, selbst-erzeugte Aktionen kontrollieren zu können [...] und bestimmte Konsequenzen der eigenen Aktionen zu erwarten“ (Stern 1992: 106). Dieses Gefühl ist Voraussetzung einer gelingenden Selbstentwicklung, wie sie Stern beschreibt. Für Opfer von Traumatisierungen ist der Verlust von Selbstwirksamkeit eine grundlegende Erfahrung. Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit in einer Situation, in der Handeln lebensnotwendig wäre, sind per definitionem Eigenheiten des Traumas. Ist die Erschütterung der Selbst- und

Welterfahrung schwerwiegend genug, kann sich das auf das Vertrauen in die eigenen Kräfte negativ auswirken. Das Gefühl von Selbstwirksamkeit wird so beschädigt. Ohne das verlässliche Empfinden, Verursacher von Wirkungen zu sein und konstruktiv auf die Dinge Einfluss nehmen zu können, entsteht auch der „depressive Kern“ (Kuntz 2000: 98) vieler Abhängigkeitserkrankungen. Zugleich steht und fällt mit dem Empfinden von Selbstwirksamkeit die Fähigkeit, den Selbstwert stabil zu regulieren. Der Verlust einer stabilen Selbsterfahrung als konstruktiv Wirkender ist ein ursächlicher Faktor süchtiger Entwicklung. Vielen Drogenabhängigen fehlt das Vertrauen in die eigene Wirksamkeit, sie haben nicht die Empfindung, ihr Leben aktiv gestalten zu können. Ganz konkret gab es in ihrer Lebensgeschichte zu wenig Möglichkeiten der konstruktiven Mitgestaltung.

Für die Soziale Arbeit bietet das Wissen um die Bedeutung der Selbstwirksamkeit verschiedene Ansatzpunkte professioneller Interventionen. „Ohne das Erlernen von Selbstwirksamkeit gibt es keine Bewältigung von Sucht“ – so Rainer Baudis (202: 88). Als erste Voraussetzung muss hier die unbedingte Achtung der Selbstverantwortung der Klientin bzw. des Klienten genannt werden: „Wenn SozialarbeiterInnen mit ihren KlientInnen zusammenarbeiten, gehen sie beim Festlegen des deren eigenen Leben betreffenden Hilfeplans grundsätzlich von deren Selbstverantwortung aus“ (DBSH 1997: 5). Ist die professionelle Beziehung hiervon geprägt, können erneute Ohnmachtserfahrungen vermieden und Vertrauen in die eigenen Kräfte wieder hergestellt werden. Professionelle Helferinnen und Helfer müssen dabei einen sensiblen Umgang mit den Wünschen nach Verantwortungsabgabe und umfassender Versorgung von Seiten ihres Klientels entwickeln. Sie sollten sich durch kollegiales Feedback davor schützen, sich in die Rolle der ‚Retterin‘ oder des ‚Retters‘ drängen zu lassen und damit Eigeninitiative zu verhindern.

Rainer Baudis zeigt, wie Selbstheiler ihre Wirkmächtigkeit zurückerlangen: sie definieren sich als Initiator, entwickeln ein einfaches und klares Verhaltensprogramm, arbeiten mit imperativen und rigiden Selbstdefinitionen („Ich bin der letzte Idiot, wenn ich jetzt versage!“, Baudis 2002: 88) und setzen

Distanzierungstechniken ein (vgl. ebd.). Solche Strategien können jederzeit von Sozialpädagoginnen und Sozialarbeitern unterstützt und gefördert werden. Vor allem sollten sie dabei Demoralisierung und Resignation reduzieren. Baudis schlägt vor, Unterstützung bei der Problembewältigung zu signalisieren, bedeutsame Ziele herauszuarbeiten und Ressourcen freizulegen (89). So kann das Empfinden von Selbstwirksamkeit gestärkt werden, anstehende Probleme scheinen nicht mehr überwältigend und das Bewusstsein für die eigenen Ziele dient als Orientierungshilfe.

Für Judith Herman ist das Wiedererlangen von Stärke und Kontrolle über das eigene Leben von grundlegender Bedeutung für die Heilung posttraumatischer Störungen. Als wichtige Voraussetzung hierfür nennt sie die Wiederherstellung von Sicherheit (Herman 2003: 221). Gemeint ist die konkrete Sicherheit vor dem Täter oder vor einer Wiederholung des Traumas. Herman fordert darüber hinaus die Wiederherstellung der Kontrolle über den eigenen Körper, stabile Lebensbedingungen und Beziehungen, finanzielle Sicherheit, Mobilität und einen Plan zum Selbstschutz (222 f.). Wird in der Arbeit mit traumatisierten und abhängigen Menschen deutlich, dass diese Sicherheitsfaktoren nicht gegeben sind, können Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen darauf hinwirken, sie wiederherzustellen. Klientinnen und Klienten verharren oft in unsicheren Lebensbedingungen und gefährden sich selbst. Gerade Menschen, die in der Drogenszene leben, achten wenig auf ihre Bedürfnisse, seien sie körperlicher Natur (Schlaf, Hygiene, Ernährung) oder anderen Ursprungs (materielle Versorgung, menschliche Nähe, Sicherheit vor Übergriffen). Selbst-Fürsorge und Selbst-Schutz können angeregt werden, die Verantwortung muss aber Klientin oder Klient überlassen werden.

Um selbstverantwortlich handeln zu können benötigen Menschen Informationen, die ihnen helfen, ihre Situation zu verstehen. Das können sowohl Informationen über traumatische Belastungen und deren Verarbeitungsstörungen sein, über die konsumierten psychotropen Substanzen, ihre Wirkungen und ‚Nebenwirkungen‘, als auch Informationen über gesundheitsförderndes Verhalten, rechtliche Fragen

oder Möglichkeiten von Entzug und Therapie. Darüber hinaus sind Hilfestellungen beim Zugang zum System der sozialen Sicherung unabdingbar. Die Soziale Arbeit sollte diese Informationen jederzeit bereitstellen können ohne dabei ihr Klientel mit einer zu umfassenden Informierung zu überfordern. Punktgenaue und gesicherte Informationen sind das Mittel der Wahl.

Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen sollten ihren Klientinnen und Klienten Möglichkeiten des aktiven Handelns zur Verfügung stellen und aufzeigen. Das Prinzip der Selbstverantwortung wird sonst durch Arbeitsroutinen oder institutionelle Bedingungen konterkariert. Das heißt, aktives Handeln in Eigenregie wird innerhalb der sozialpädagogischen Arbeitsbeziehung gefördert. Es wird im institutionellen Rahmen ermöglicht und bezogen auf das Leben außerhalb der professionellen Hilfe angeregt.

Konkrete Maßnahmen zur Förderung der Selbstwirksamkeit:

- notwendige Anrufe bei Ämtern, Vermietern, Arbeitgebern, Krankenkassen etc. selbst durchführen lassen, ggf. vorher durchsprechen
- Gänge zu Ämtern der sozialen Sicherung selbst durchführen lassen, ggf. vorher durchsprechen, evtl. begleiten, aber das Gespräch führen lassen
- selbstverantwortliches Handeln positiv bestärken
- Informationen zur Gesundheitsförderung anbieten und erklären, beispielsweise zum Safer Use von Drogen oder Safer Work bei Prostitution
- Möglichkeiten zur Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen anbieten, beispielsweise kostenlose Kondomabgabe, Angebot von Spriztentausch
- Informationen zu posttraumatischen Störungen, zu Trauma- und zu Suchttherapien anbieten
- bei anstehenden Problemen Lösungsvorschläge machen und Alternativen aufzeigen, die Entscheidung aber Klient oder Klientin überlassen
- Kritik von Seiten der Klientin oder des Klienten an der Arbeitsbeziehung annehmen können und ggf. Veränderungen vornehmen



- bei institutionellen Veränderungen Klientinnen und Klienten nach ihrer Meinung fragen
- Forum für Kritik und Mitgestaltung anbieten, beispielsweise Meckerkasten oder Vollversammlung

Selbstwirksamkeit kann nur in der Interaktion mit anderen erfahren und wiedererlangt werden. Die Förderung von Selbstwirksamkeit geht also mit der Stärkung positiver Sozialität Hand in Hand.

## 4.2 Sozialität

Zunächst soll der Begriff der Sozialität geklärt werden. Hilarion Petzold definiert die individuelle Sozialität als „Gesamtheit aller kommunikativen und sozialen Prozesse [eines Menschen, S.J.] auf dem Hintergrund von gesellschaftlichen Traditionen und kulturellen Klimata“ (Petzold 1993: 795). In dieser Arbeit soll darüber hinaus mit der Verwendung des Begriffs zum Ausdruck gebracht werden, dass der Mensch nur als soziales Wesen verstanden werden kann. Die Persönlichkeit des Menschen, sein Selbst, kann sich nur im Zusammensein mit anderen entwickeln, es braucht Spiegelung und Reaktion (vgl. Stern 1992). Das Bedürfnis, gesehen zu werden und Gefühle zu teilen bzw. mit-zu-teilen, hat hier seinen Ursprung. Helmut Kuntz geht von einer „angeborenen“ (Kuntz 2000: 59) sozialen Bezogenheit aus und verweist mit Stern auf das primäre Bedürfnis nach Kontakt und Berührung. Petzold schreibt:

„...der Mensch ist – anthropologisch gesehen – immer Koexistierender. Er braucht den Mitmenschen, um Mensch zu sein (Marcel). Oder auf der Ebene der Persönlichkeitstheorie: das Ich braucht das Du (Buber), ja mehr noch: die Vielheit der anderen (Bakhtin), das Wir; denn das Selbst ist ohne die Anderen, ohne das Wir nicht erfahrbar (George Herbert Mead), es ist in seiner Identität immer ein Soziales (Erikson)“ (2004: 527).

„Der Mensch [...] lacht und weint in der Regel eben nicht alleine, und wenn ich alleine weinen muss, weine ich auch vor den *Abwesenden*, d.h. der nicht präsente Kontext ist durch die virtuelle Anwesenheit

der Abwesenden präsent. *Die Präsenz des Sozialen kann niemals ausgeschlossen werden*“ (2004: 519).

Da die Bedeutung der Sozialität für das Verständnis vom Menschen so wesentlich ist, ergibt sich hieraus ein grundlegender Schlüssel für den Zugang zu psychischen Störungen und ein wichtiger Ansatzpunkt für deren Heilung.

Die Sozialität von traumatisierten Menschen wird durch das Trauma grundlegend erschüttert. Wie gezeigt greifen Traumatisierungen das Vertrauen in die Welt und in die Beziehungen an, ein Phänomen, das Judith Herman sehr treffend als „Nichtzugehörigkeit“ (Herman 2003: 77) bezeichnet. Der Verlust des Glaubens, in einer Beziehung ein eigenständiges Selbst bewahren zu können, erschwert soziale Kontakte. Gefährdungserfahrungen führen zu generalisiertem Misstrauen und Ängsten.

Bei drogenabhängigen Menschen werden gestörte Beziehungen als ein wesentlicher Ursachenfaktor für die Entstehung von Sucht angenommen. Diese wiegen zum Teil so schwer, dass kein gesundes, ausbalanciertes Selbstempfinden entstehen kann. Bei Abhängigen, die in der Drogenszene leben, ist die Sozialität meist massiv gestört. Beziehungen beschränken sich auf Beschaffungskontakte und gemeinsamen Konsum. Die wenigsten verfügen über tragfähige Freundschaften oder stützende Beziehungen zur Familie.

Für die Arbeit mit traumatisierten drogenabhängigen Menschen lässt sich folgender Schluss ziehen: Die Wiederherstellung von positiver Sozialität muss ein wesentlicher Eckpfeiler des sozialarbeiterischen Handelns sein. Gute Beziehungserfahrungen ergeben sich für Klientinnen und Klienten aus der Drogenszene oft nur im Kontakt mit professionellen Helferinnen und Helfern. Diese sind deshalb besonders gefordert, ihre Kontakte überlegt und sensibel zu gestalten. Auch wenn Drogenuser scheinbar ungeeignet sind, kontinuierliche Beziehungen aufrechtzuerhalten, so darf dieses Verhalten nicht darüber hinweg täuschen, dass damit neue Enttäuschungen vermieden werden. Beschaffungs-

Stress, Entzugssymptome, ‚Breit-Sein‘ und oft auch mangelnde Hygiene setzen die Schwelle für Beziehungsangebote sehr hoch und werden in der Regel nicht überschritten. Dies bleibt Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen vorbehalten. Um so wichtiger ist es, die Kontakte transparent zu gestalten: institutionelle Regeln müssen klar und die Möglichkeiten und Grenzen der Hilfsangebote deutlich sein. Im Rahmen der institutionellen Regeln muss ein einfühlsamer Umgang versucht werden – Klientin oder Klient müssen in ihren individuellen Bedürfnissen erkannt und ernst genommen werden. Kompensierende soziale Erfahrungen werden so möglich. Das Beziehungsangebot der Sozialarbeiterin oder des Sozialpädagogen muss in seiner professionellen Dimension deutlich werden: helfende professionelle Beziehungen können eine Zeit im Leben von großer Wichtigkeit sein, es darf aber nie außer acht gelassen werden, dass tragfähige private Beziehungen das eigentliche Ziel sind. Um Vertrauen zu ermöglichen, müssen grundlegende sozialarbeiterische Standards eingehalten werden (Anonymität, Verlässlichkeit, Transparenz). Für die gelingende Umsetzung sind ein hohes Maß an Kommunikations- und Beziehungskompetenz erforderlich, die eingebettet sein müssen in fachliche Reflexion (Supervision, kollegiale Beratung).

Daneben soll auf die besonderen Potentiale hingewiesen werden, die Gruppenangebote für traumatisierte und drogenabhängige Menschen bieten. Gruppen ermöglichen in erster Linie neue Zugehörigkeitserfahrungen. Das gilt für freizeitpädagogisch angelegte Angebote. Es trifft aber besonders für therapeutische Gruppen zu, in denen belastende Erfahrungen geteilt und mitgeteilt werden können. Judith Herman schreibt zu trauma-zentrierten Therapiegruppen:

„Die Wiederanknüpfung sozialer Bindungen beginnt mit der Entdeckung, daß man nicht allein ist. Nirgendwo spürt das Opfer dies so unmittelbar und in so überzeugender Deutlichkeit wie in einer Gruppe. Irvin Yalom [...] nennt diese Erfahrung die ‚Universalität des Leidens‘. Auf Menschen, die sich durch ein beschämendes Geheimnis isoliert fühlten, hat die Erkenntnis der ‚Universalität‘ eine besonders nachhaltige therapeutische Wirkung.“ (Herman 2003: 308)

Das Wissen um die Wirksamkeit der „Universalität des Leidens“ kann auch in der Sozialen Arbeit genutzt werden. Sozialpädagoginnen und Sozialarbeiter können in Gruppensituationen auf Übereinstimmungen im Erleben der Klientinnen und Klienten aufmerksam machen und den Austausch über gemeinsame Erfahrungen fördern. Aber auch ohne diese gezielten Interventionen können sozialpädagogische Gruppen neue Gemeinschafts- und Zugehörigkeits-erfahrungen ermöglichen: gemeinsam etwas unternehmen, zusammen essen, mit anderen Erledigungen machen – all das kann sich positiv auf die Sozialität auswirken.

Im Sinne einer Ressourcenorientierung sollten vorhandene Beziehungen gestützt werden. Oft ist das Leben der Abhängigen vollkommen um die Droge herum organisiert. Beziehungen zu Menschen außerhalb der ‚Szene‘ brechen meist ab oder verkommen zu rein zweckgerichteten Kontakten. Klientinnen und Klienten, die Interesse daran bekunden, sollten in einer Wiederaufnahme von Freundschaften oder familiären Kontakten unterstützt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass Klientin oder Klient im eigenverantwortlichen und *selbstfürsorgenden* Handeln gestärkt werden – eine kritische Betrachtung von Beziehungsstrukturen sollte ggf. angeregt werden.

Konkrete Maßnahmen zur Stärkung der Sozialität:

- Gruppenangebote machen, beispielsweise kurze Ausflüge, gemeinsames Kochen, Kreativangebote, kleine Schulungen
- Möglichkeiten schaffen zum gemeinsamen Handeln, beispielsweise mit mehreren zum Sozialamt gehen
- positive Rückmeldungen geben zu sozialem Handeln, zu Kommunikation und Interaktion, und Verbesserungsvorschläge machen
- Austausch anregen, in Gesprächen auf gemeinsame Erfahrungen hinweisen, auch eigene Erfahrungen berichten
- ‚Normalität‘ bestimmter Gedanken und Gefühle herausstellen, um Isolationsgefühle abzubauen

- konstruktive Beziehungsgestaltung und Konfliktbewältigung vorleben, sowohl im Umgang mit dem Klientel als auch mit Kolleginnen und Kollegen

### **4.3 Weitere Faktoren**

Neben den Faktoren Sozialität und Selbstwirksamkeit haben sich aus den oben aufgezeigten Zusammenhängen zwischen Traumatisierung und Suchtentstehung weitere Aspekte ergeben, die bei der Arbeit mit traumatisierten Abhängigen Berücksichtigung finden sollten.

Die Selbstmedikationsthese geht davon aus, dass Konsumentinnen und Konsumenten psychotroper Substanzen bestimmte Wirkungen gezielt gegen psychische und physische Symptome einsetzen. Wünschenswert wäre an dieser Stelle, wenn ihnen Mittel und Wege aufgezeigt werden könnten, die bekämpften Symptome auf andere Weise zu mildern. Als Beispiel sei hier die Akupunktur genannt, die bereits in vielen Drogenhilfeeinrichtungen zur Minderung des Suchtdrucks eingesetzt wird. Eine Schmerzbekämpfung mit herkömmlichen Analgetika sollte nur unter ärztlicher Kontrolle stattfinden und nur, wenn hierbei ein besonderes Augenmerk auf die Vermeidung neuer Abhängigkeiten gelegt wird. Psychische Symptome, insbesondere als Folge traumatischer Erfahrungen, werden klassischer Weise in einer Psychotherapie bearbeitet – spezielle traumazentrierte Therapien gibt es inzwischen viele. In den meisten werden auch Psychopharmaka zur Linderung der Symptome eingesetzt. Unter ärztlicher Aufsicht und eingebettet in einen therapeutischen Rahmen scheint das eine angemessene Behandlungsmöglichkeit zu sein.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der bei der Untersuchung von Sucht und Trauma immer wieder auftaucht, ist die mangelhafte Verbalisierungsfähigkeit emotionaler Inhalte und die fehlende emotionale Kompetenz von Abhängigen und Traumatisierten. Letztere sind angesichts der entsetzlichen Erfahrung sprachlos

und können das Geschehen nur in Form von Wiedererleben erinnern, nicht als in Worte gefasste Geschichte (Narration). Das gilt insbesondere für traumatische Erfahrungen der frühen Kindheit. Erste symbolische Repräsentationen entwickeln sich ab dem fünfzehnten Lebensmonat, die Fähigkeit zur Narration, zu Denken, und Phantasie entsteht ab dem dreißigsten Monat. Frühere Erfahrungen werden nicht symbolisch repräsentiert und können kaum in Worte gefasst werden. Erinnert werden diese Erfahrungen als unbestimmbare Affekte. Um diesen Affekten gegenüber das Gefühl von hilflosen Ausgeliefertsein zu nehmen, muss versucht werden, Worte, Symbole oder Bilder zur Verfügung zu stellen, die ihren Ausdruck ermöglichen. Formen von körperorientierter Therapie oder Verfahren, die mit kreativen Medien arbeiten, scheinen hier besonders geeignet. Harry Schröder weist darauf hin, dass dem Emotionssystem bei der Suchtgenese eine hohe Bedeutung zukommt. Störungen der Emotionsregulation sind ein Risikofaktor für Abhängigkeitserkrankungen. Als protektive und heilsame Kompetenzen nennt er unter anderem:

- die Fähigkeit, eigene Gefühle wahrnehmen, beschreiben und in Worte fassen zu können;
- Gefühle als konstitutiven Bestandteil von gegenstandsgerichteten Handlungssituationen identifizieren und akzeptieren können;
- euthyme Gefühle ohne Gesundheitsbeeinträchtigung herstellen können;
- negative Gefühle ertragen und regulieren können;
- aktuell belastende Gefühle unmittelbar verändern können (vgl. Schröder 2002: 37).

Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen können je nach äußerlichen Rahmenbedingungen versuchen, Worte zu finden und Ausdrucksformen zur Verfügung zu stellen. Sie können durch gezieltes Fragen das Bewusstsein der Klientinnen und Klienten für ihre Gefühlswelt schärfen und Möglichkeiten aufzeigen, Emotionen zu regulieren. Gleichzeitig sollte ein kompetenter Umgang mit den eigenen Emotionen vorgelebt werden.

Einige Autorinnen und Autoren weisen auf die grundlegende Bedeutung von Werten und Sinn hin (vgl. Petzold 2004: 519, Reddemann/Dehner-Rau 2004: 156). Ohne Lebenssinn, ohne Halt gebende Werte fällt Menschen das Leben

schwer. Sie haben ein grundlegendes Bedürfnis, sich und ihr Leben in ein größeres Ganzes einzuordnen. Darum sind die in der Sozialen Arbeit Tätigen auch gefordert, sich mit den eigenen Vorstellungen und Zielen auseinanderzusetzen. Nur so können sie ihren Klientinnen und Klienten authentisch vermitteln, dass sich die Beschäftigung mit solchen Fragen lohnt. Sinnfragen sind nach unserem westlichen Verständnis persönliche Angelegenheiten, die die meisten für sich ‚im stillen Kämmerlein‘ klären. Um Menschen, die ihr Vertrauen in sich und die Welt verloren haben, wieder Sinn zu verschaffen, bedarf es einer offenen Auseinandersetzung darüber. Wer in seinem Leben wieder Sinn entdecken kann, wer an eine wie auch immer geartete Ordnung in der Welt glaubt, kann ein positives Lebensgefühl aufbauen und daraus für die Bewältigung von Traumatisierungen und Suchterfahrungen Kraft schöpfen.

## **Schluss**

Traumatische Erfahrungen erschüttern das Selbst- und das Weltbild. Das Trauma konfrontiert mit absoluter Ohnmacht und Hilflosigkeit, was heißt, sich selbst nicht helfen zu können, aber auch nicht geholfen zu bekommen (vgl. Voigtel 2001: 222). Diese Erfahrungen prädestinieren für den Gebrauch von psychotropen Substanzen und in der Folge für die Entwicklung einer Abhängigkeit. Psychotrope Substanzen können eingesetzt werden zur Bekämpfung posttraumatischer Symptome, die sich auf körperlicher oder psychischer Ebene äußern. Vor allem im chronischen Missbrauch bzw. abhängigen Gebrauch sind sie aber auch wirksam als Substitute mangelnder Selbstwirksamkeit und fehlender menschlicher Nähe und Unterstützung. So kann der Weg vom Trauma zur Sucht verstanden werden als Suche nach einem Ausgleich oder einer Wiederherstellung verlorengegangener menschlicher Basiserfahrungen. Sucht und Abhängigkeit werden im Wechselspiel von Risikofaktoren und Resilienzen durch den Menschen als aktiven Gestalter seiner Realität ausgebildet. Zur Ausprägung einer regelrechten Substanzabhängigkeit gehört in jedem Fall das Vorhandensein weiterer Faktoren (Verfügbarkeit, Verstärkereffekte).

Sozialität und Selbstwirksamkeit sind bedeutsame Aspekte des menschlichen Seins und der Lebensbewältigung. In die Soziale Arbeit finden sie Eingang unter den Schlagwörtern von Selbstverantwortung, Hilfe zur Selbsthilfe, Soziale Kompetenz, Netzwerkorientierung – um nur einige zu nennen. Eine *soziale* Arbeit kann per definitionem ohne Berücksichtigung dieser Aspekte nicht auskommen. Soziale Arbeit muss sich immer auf den Menschen in seinem sozialen Umfeld beziehen, sie muss sein Handeln und Sein in Zusammenhang mit diesem verstehen. Sozialität und Wirksamkeitserleben sind dabei grundlegende Ansatzpunkte. Sie bedingen einander und stehen in Wechselwirkung zueinander. Ihre besondere Bedeutung für die Arbeit mit traumatisierten und substanzabhängigen Menschen liegt in der Zerstörung von Selbstwirksamkeitserleben und positiver Sozialität. Interventionen, die gegen Substanzgebrauch und -abhängigkeit stärken und posttraumatische Störungen abbauen sollen, müssen in erster Linie auf ihre Wiederherstellung zielen.

Für das professionelle Handeln von Sozialpädagoginnen und Sozialarbeitern sind Leitbilder und Zielorientierungen notwendig und hilfreich. In der Arbeit mit traumatisierten und abhängigen Menschen sollte die Orientierung an der Förderung von positiver Sozialität und Wirksamkeitserleben eine grundlegende Ausgangsposition sein.



## Literaturverzeichnis

- Böhnisch, L./Schille, H.-J.: Drogengebrauch als Risiko- und Bewältigungsverhalten. In: Arnold, H./Schille, H.-J. (Hrsg.) 2002: Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder – Handlungskonzepte – Praxisschritte. Weinheim/München: Juventa 41-50
- Bonnet, U./Gastpar, M.: Opiode. In: Gastpar, M./Mann, K./Rommelspacher, H. (Hrsg.) 1999: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart/New York: Thieme 237-262
- Bünting, K.-D./Bitterlich, A./Pospiech, U. 2000: Schreiben im Studium: mit Erfolg. Ein Leitfaden. Berlin: Cornelsen
- Bürki, B. 2000: Folgen von Drogenabhängigkeit. Gesundheitliche Folgen. In: Ulrich, W. (Hrsg.) 2000: Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs. Bern: Berner Lehrmittel- und Medienverlag 236-260
- Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF (Hrsg.) 2004: Suchtforschung auf neuen Wegen. Verstehen, helfen, vorbeugen. Bonn
- Butollo, W./Krüsmann, M./Hagl, M. 2002: Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Butollo, W./Krüsmann, M./Hagl, M. 2003: Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Davidson, J.R.T./van der Kolk, B.A. 2000: Die psychopharmakologische Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: van der Kolk, B. A./McFarlane, A.C./Weisaeth, L. (Hrsg.) 2000: Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann 359-370
- Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (Hrsg.) 1997: Professionell handeln auf ethischen Grundlagen. Berufsethische Prinzipien des DBSH. Essen
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) 2004: Drogen- und Suchtbericht April 2004. Berlin
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) 2005: Drogen- und Suchtbericht Mai 2005. Berlin
- Dilling, H./Mombour, W./ Schmidt, M.-H./Schulte-Markwort, E. 2000: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F).

Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern/Göttingen/  
Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber

Ferstl, R. 1991: Verhaltenstheoretische Modelle zu den Grundstörungen der Sucht. In: Wanke, K./Bühringer, G. (Hrsg.) 1991: Grundstörungen der Sucht. Berlin/Heidelberg: Springer 28-36

Fischer, G./Riedesser, P. 1998: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/  
Basel: Ernst Reinhardt

Fröhlich, W.-D. (Hrsg.) 2000: Wörterbuch Psychologie. München: Deutscher  
Taschenbuchverlag

Hasler, F. 2000: Die wichtigsten legalen und illegalen Drogen. In: Ulrich, W.  
(Hrsg.) 2000: Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des  
Drogenmissbrauchs. Bern: Berner Lehrmittel- und Medienverlag 44-82

Heinerth, K. 2004: Von der akuten zur Posttraumatischen Belastungsreaktion.  
Eine stresstheoretische Begründung zur klientenzentrierten Intervention. In:  
Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 35/2004, Heft 3:  
155 - 169

Herman, J. 2003: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen  
und überwinden. Paderborn: Junfermann

Hurrelmann, K. 2002: Legale und illegale Drogen – Wie kann ihr Missbrauch  
verhindert werden? In: Petermann, H./Roth, M. (Hrsg.) 2002: Sucht und  
Suchtprävention. Berlin: Logos 9-21

Köhler, T. 2000: Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Formen,  
Wirkungen, Wirkmechanismen. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer

Kraus, L./Augustin, R. 2001: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psycho-  
aktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. In: Sucht.  
Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 47/2001, Sonderheft 1

Krausz, M./Lambert, M. 2000: Psychische Störungen als Risikofaktoren für  
süchtiges Verhalten. In: Uchtenhagen, A./Zieglgänsberger, W. (Hrsg.) 2000:  
Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management.  
München/Jena: Urban und Fischer 206-212

Küfner, H. 2002: Phänomenologische und neurobiologische Aspekte des  
Suchtgedächtnisses. In: Walter-Hamann, U. (Hrsg.) 2002: Frühe  
Schädigung, spätere Sucht? Das Konzept der Schutz- und Risikofaktoren in  
der Suchthilfe. Freiburg i.B.: Lambertus 124-136

Kuntz, H. 2000: Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis.  
Weinheim/Basel: Beltz

- Landolt, M. 2004: Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle/Oxford/Prag: Hogrefe
- Ladewig, D. 2000: Mehrfachabhängigkeiten. In: Uchtenhagen, A./Zieglgänsberger, W. (Hrsg.) 2000: Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München/Jena: Urban und Fischer 269-271
- Lüdecke, C./Sachsse, U./Faure, H. 2004: Zur Behandlung suchtkranker Traumatisierter oder traumatisierter Suchtkranker. In: Sachsse, U. (Hrsg.) 2004: Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer 372-383
- Mann, K. 1999: Alkohol. In: Gastpar, M./Mann, K./Rommelspacher, H. (Hrsg.) 1999: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart/New York: Thieme 183-201
- Osten, P. 2004: Integrative Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeits-erkrankungen. In: Petzold, H./ Schay, P./ Ebert, W. (Hrsg.) 2004: Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Petzold, H.-G. 2004: Drogenabhängigkeit als Krankheit. Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven. In: Petzold, H./ Schay, P./ Ebert, W. (Hrsg.) 2004: Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Reddemann, L./Dehner-Rau, C. 2004: Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: Trias
- Rehm, J. 1999: Ökonomische Aspekte des Substanzmißbrauchs. In: Gastpar, M./Mann, K./Rommelspacher, H. (Hrsg.) 1999: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart/New York: Thieme 118-127
- Resick, P. A. 2003: Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber
- Rommelspacher, H. 1999: Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Neurobiologische Ansätze. In: Gastpar, M./Mann, K./Rommelspacher, H. (Hrsg.) 1999: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart/New York: Thieme 28-38
- Ruppert, F. 2002: Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie. München: Kösel
- Saß, H./Wittchen, H.-U./Zaudig, M./Houben, I. 2003: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision. DSM-IV-TR. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle : Hogrefe

- Schmidt, L.G. 1999: Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In: Gastpar, M. /Mann, K./Rommelspacher, H. (Hrsg.) 1999: Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart/New York: Thieme 70-82
- Schröder, H. 2002: Der Persönlichkeitsfaktor in der Pathogenese von Abhängigkeitserkrankungen. In: Petermann, H./Roth, M. (Hrsg.) 2002: Sucht und Suchtprävention. Berlin: Logos 23-44
- Stern, D. 1992: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta
- Wahrig-Burfeind, R. (Hrsg.) 2001: Wahrig. Fremdwörterlexikon. München: Deutscher Taschenbuchverlag
- Weiler, U. 2002: Opferhilfe. Seminar-Reader SoSe 2002. Hamburg
- Zieglgänsberger, W. 2000: Belohnungssysteme. In: Uchtenhagen, A. /Zieglgänsberger, W. (Hrsg.) 2000: Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München/Jena: Urban und Fischer 27-29
- Zenker, C. 2002: Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen und notwendige Unterstützungen. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) 2002: Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5./6.9.2002 in Berlin: 34-36

Erklärung:

Hiermit versichere ich, dass ich diese Diplomarbeit selbständig verfasst und nur die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

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

Susanne Junker