

Traumatisierungen bei SuchtpatientInnen – Relevanz und spezifische Behandlungsansätze in der Suchttherapie

Die Lebensgeschichten suchtkranker Menschen sind häufig durch traumatische Erfahrungen geprägt. Insbesondere interpersonale Traumatisierungen im Kindesalter, wie sexueller Missbrauch, körperliche oder emotionale Misshandlung, sind bei SuchtpatientInnen häufig anzutreffen. In einer neueren Übersichtsarbeit fassten Simpson und Miller [1] über 60 Studien zu kindlichen Traumatisierungen bei Personen in Suchtbehandlung zusammen. Werden etwa zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit nur die 15 Studien berücksichtigt, die mindestens 50 Personen anhand von Interviews und mit klaren Missbrauchsdefinitionen untersuchten, so fanden sich entsprechende Erlebnisse bei 27% bis 67% der weiblichen und 9% bis 29% der männlichen PatientInnen. Über alle Studien hinweg wurden körperliche Misshandlungen von jeweils etwa einem Drittel weiblicher wie männlicher PatientInnen berichtet. Viele Untersuchungen zeigten zudem, dass SuchtpatientInnen auch in späteren Lebensabschnitten weitaus häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind [z.B. 2, 3]. Die Bedeutung dieser Erfahrungen unterstreichen Studien zu Unterschieden im Hinblick auf den Verlauf der Suchterkrankung bei Betroffenen. So fand sich bei traumatisierten PatientInnen ein jüngeres Alter bei Erstkonsum, riskantere Konsummuster und eine größere Anzahl von zusätzlichen somatischen und psychischen Begleiterkrankungen [z.B. 4-6]. Zusätzliche psychische Beeinträchtigungen können dabei in Form von klar abgrenzbaren komorbiden Störungen vorliegen, etwa der Posttraumatischen Belastungsstörung, oder Teil des breiten Spektrums weiterer psychischer Folgen von Traumatisierungen sein, wie Ängstlichkeit, Aggression, Depressivität, Dissoziation, Störungen des Selbstwertes und der Fähigkeit zur Selbstregulation von Affekten [7, 8]. Vor diesem Hintergrund wird der Zusammenhang zwischen traumatischen Lebenserfahrungen und Sucht häufig im Sinne der „Selbstmedikationshypothese“ verstanden [9]. Psychotrope Substanzen werden demzufolge von Betroffenen auch dazu eingesetzt, negative Affekte zu dämpfen, bei eingeschränkter emotionaler Erlebnisfähigkeit positive Gefühle zu steigern, oder weitere Traumafolgen wie Rückzugsverhalten und Störungen in der Gestaltung sozialer Kontakte positiv zu beeinflussen. Der Substanzkonsum kann so für die Opfer eine zentrale Funktion in der Sicherung elementarer Grundbedürfnisse einnehmen und als „dysfunktionaler Versuch einer pharmakologischen Konflikt- und Lebensbewältigung“ angesehen werden [10]. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass PatientInnen mit posttraumatischen Beeinträchtigungen schlechter von etablierten suchttherapeutischen Interventionen profitieren, eine schlechtere Therapieadhärenz mit geringeren Remissions- bzw. höheren Abbruchraten und häufigere Rückfälle aufweisen [5, 6, 11, 12]. Insgesamt wird ihre Behandlung von TherapeutInnen als deutlich schwieriger empfunden [13, 14].

Während die besonderen Bedürfnisse traumatisierter SuchtpatientInnen in den vergangenen Jahren zunehmend deutlich wurden, liegen nur wenige Informationen dazu vor, inwieweit Einrichtungen im Bereich der Suchttherapie auf diese Patientengruppe eingestellt sind. Einen ersten Eindruck davon vermittelt zunächst eine Zusammenstellung, die jährlich vom BKK-Bundesverband erstellt wird. Sie enthält alle Einrichtungen, die von mindestens einem Rehabilitationsträger als Therapieeinrichtung im Suchtbereich anerkannt sind [15]. Bei lediglich 8 der 340 stationären Einrichtungen, die im Jahr 2003 darin enthalten waren, finden sich entsprechende Zusatzindikationen („Trauma“, „Posttraumatische Belastungsstörung“ oder „sexueller Missbrauch“). Weitere Informationen enthalten die Indikationslisten der großen Fachverbände, etwa des „Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.“ [16]. Von den 97 Fachkliniken in diesem Verband berichten 9 Einrichtungen (von denen zwei den oben erwähnten 8 Kliniken angehören), auf traumatisierte PatientInnen eingestellt zu sein (Indikationen wie „Posttraumatische Belastungsstörung“, „Trauma“ oder „sexuelle

Gewalterfahrungen“). In über der Hälfte dieser Einrichtungen handelt es sich dabei um Kliniken, die ausschließlich weibliche Patientinnen behandeln. Ein ähnliches Bild vermitteln die Informationen zu Indikationen und Therapieansätzen der Fachkliniken im „Fachverband Sucht e.V.“ [17]. Von diesen Kliniken berichten 11, die ebenfalls teilweise in der oben erwähnten Zusammenstellung des BKK-Bundesverbandes erwähnt werden, spezielle Angebote für traumatisierte PatientInnen vorzuhalten. Durch eine Recherche nach dem „Schneeballsystem“ waren neben den oben erwähnten Kliniken etwa 10 weitere mit entsprechenden Angeboten zu identifizieren. Anhand der von uns genutzten Recherchemöglichkeiten ergab sich somit lediglich eine Zahl von insgesamt etwa 35 Suchtkliniken, die aktuell Angebote für traumatisierte PatientInnen anbieten. Dies entspricht etwa 10% aller Fachkliniken. Wie telefonische Anfragen in diesen Einrichtungen ergaben, unterscheiden sich die jeweiligen Angebote dabei stark voneinander. Ihr Spektrum reicht von noch im Aufbau befindlichen Indikationsgruppen bis hin zu einer Ausrichtung des gesamten Settings auf traumatisierte PatientInnen mit, umfassend traumatherapeutisch geschulten MitarbeiterInnen.

Wesentlich schwieriger sind Informationen darüber zu erhalten, welche Bedeutung dem Problem von Traumatisierungen bei SuchtpatientInnen im ambulanten Teil des Suchthilfesystems zugemessen wird und inwieweit auch dort bereits spezifische Versorgungsangebote etabliert wurden. Erste Befunde dazu ergab eine postalische Untersuchung in den 467 ambulanten Einrichtungen, die im Jahr 2003 von mindestens einem Rehabilitationsträger als Therapieeinrichtung im Suchtbereich anerkannt waren [18]. Über alle Einrichtungen hinweg schätzten die teilnehmenden TherapeutInnen dass bei durchschnittlich einem Drittel der PatientInnen Traumatisierungen „eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik spielen“. In Einrichtungen, die ausschließlich Drogenabhängige behandeln, lag dieser Anteil bei 50%. Die berichteten Besonderheiten in der Therapie Betroffener deckten sich dabei mit den Angaben in der Literatur. Am häufigsten wurden Probleme in der therapeutischen Beziehung genannt („therapeutisches Bündnis schwer zu etablieren“, „Kontaktabbrüche“, „Übertragungsphänomene“, „Unsicherheit der Therapeuten“, ...) und dass Schwierigkeiten im Verlauf der Therapie auftraten („können Grundvoraussetzung der Abstinenz nicht erfüllen“, „Verlängerung der Therapiedauer“, „häufigere Rückfälle“, „lange Stabilisierungsphase“, ...). Insgesamt wurde ein hoher Bedarf an spezifischen Angeboten für betroffene PatientInnen gesehen. 87% der teilnehmenden Personen waren der Ansicht, dass solche Angebote „eher wichtig“ bzw. „wichtig“ seien. In deutlicher Diskrepanz zu dieser Einschätzung stand die Zahl der Einrichtungen, die bereits spezifische Angebote für traumatisierte PatientInnen implementiert hat. Für lediglich knapp ein Fünftel der Einrichtungen wurde berichtet, dass dies dort bereits der Fall sei. Am häufigsten wurde dabei genannt, dass Traumatisierungen „in der Einzeltherapie berücksichtigt“ würden (N=14), dass Stabilisierungstechniken (N=9), verhaltenstherapeutische Interventionen (N=7), oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) zur Anwendung kämen (N=6), bzw. dass (Indikations-)Gruppen vorhanden seien (N=6). Während die Mitarbeiter dieser Einrichtungen den Anteil von PatientInnen, bei denen Traumatisierungen eine bedeutsame Rolle spielen, auf durchschnittlich 44% schätzten, wurde auch dort der Anteil von Personen, die eine solche Intervention erhalten, mit lediglich 17% angegeben.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann die Versorgung von SuchtpatientInnen mit Traumatisierungen in der Bundesrepublik keinesfalls als ausreichend angesehen werden. Ein besonderes Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass eine adäquate Therapie dieser Patientengruppe unter den aktuellen Rahmenbedingungen häufig kaum möglich scheint. So ergab die Befragung im Bereich der ambulanten Suchttherapie, dass Betroffene nach

Einschätzung der dort Tätigen besonders niedrigschwellige und flexible Angebote benötigen. Zum einen bezieht sich dies auf die Kriterien für eine Aufnahme in die Behandlung, etwa die oft zunächst nicht zu erreichende Abstinenz, aber auch eine möglichst geringe Wartezeit und eine geschlechtsspezifische Beratung und Therapeutenwahl. Besonders häufig wurde die Notwendigkeit hochfrequenter, langfristiger Therapieangebote mit hoher Beziehungskontinuität betont und die Schwierigkeit, entsprechende Zusagen von den Kostenträgern zu erhalten. Spezialisierte Angebote sind dabei nicht in jedem Setting sinnvoll zu integrieren und es stellt sich die Frage, ob jede Einrichtung „alles anbieten“ und jede therapeutische Person „alles können“ muss. Auch wenn für posttraumatische Störungen bei Suchtpatienten gezeigt werden konnte, dass deren integrative Behandlung durch dieselben Therapeuten mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Therapieerfolgen führt [19-22] und auch von den Patienten bevorzugt wird [23], müssen alternative Modelle erwogen werden, die sich für viele Einrichtungen als passender erweisen könnten. Das Spektrum alternativer Möglichkeiten könnte sich dabei von der konsiliarischen Beratung durch TraumatherapeutInnen, über die Durchführung spezialisierter Gruppenangebote durch externe TherapeutInnen, bis hin zu einer sequentiellen Therapie erstrecken. In jedem Fall dürfte einer intensivierten Zusammenarbeit mit spezialisierten Angeboten bzw. TherapeutInnen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Suchthilfesystems eine Schlüsselrolle zukommen. Insgesamt gesehen befindet sich die Entwicklung entsprechender Angebote bezogen auf das Ausmaß des Problems noch am Anfang. Zum einen sind künftig die Kostenträger gefordert, den nötigen finanziellen Rahmen für eine adäquate Therapie traumatisierter PatientInnen zu schaffen. Auf Seite der Einrichtungen sollte hingegen überprüft werden, in welchem Maße eigene Konzepte modifiziert und Behandlungsangebote ergänzt werden sollten, und wie durch eine bessere lokale Vernetzung und umfassende Fortbildung dazu beigetragen werden kann, die vorhandenen Angebote weiter auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe abzustimmen.

Literatur

1. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. *Clinical Psychology Review* 2002; 22: S. 27-77.
2. Cottler LB, Nishith P, Compton WM, 3rd. Gender differences in risk factors for trauma exposure and post-traumatic stress disorder among inner-city drug abusers in and out of treatment. *Compr Psychiatry* 2001; 42(2): S. 111-7.
3. Kilpatrick D, Acierno R, Resnick H, Saunders B, Best C. A 2-Year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65(5): S. 834-847.
4. Kang S-Y, Deren S, Goldstein MF. Relationships between childhood abuse and neglect experience and HIV risk behaviors among methadone treatment drop-outs. *Child Abuse Negl* 2002; 26: S. 1275-1289.
5. Ouimette P, Finney J, (1999) MR. Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors* 1999; 13: S. 105-114.
6. Hien DA, Nunes E, Levin FR, Fraser D. Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 19(1): S. 31-7.
7. Briere J. Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. in *The APSAC handbook on child maltreatment*. C Jenny, Editor. 2002, Sage Publications: Newbury Park, CA.
8. Herman J, Van der Kolk B. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. in *Psychological Trauma*. B Van der Kolk, Editor. 1987, American Psychiatric Press: Washington DC. S. 111-126.
9. Khantzian E. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroine and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: S. 1259-1264.
10. Krausz M, Schäfer I, Lucht M, Freyberger H. Suchterkrankungen. In: *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. U Egle, S Hoffmann, P Joraschky (Hrsg). 2004, Schattauer: Stuttgart, New York.
11. Najavits L, Weiss R, Shaw S. A clinical profile of women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Psychology of Addictive Behaviors* 1999; 13: S. 98-104.
12. Ouimette PC, Moos RH, Finney JW. Two-year mental health service use and course of remission in patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of Studies on Alcohol* 2000; 61(2): S. 247-253.
13. Brady KT, Killeen TK, Saladin ME, Dansky B, Becker S. Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. *American Journal on Addictions* 1994; 3(2): S. 160-164.
14. Najavits L. Clinicians' views on on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22: S. 79-85.
15. BKK Bundesverband. BKK Suchtinfo 2003. Essen.
16. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2004) www.suchthilfe.de.
17. Fachverband Sucht e.V. (2004) www.sucht.de.
18. Schäfer I, Schultz M, Verthein U, Krausz M (2004) Traumatisierungen bei Suchtpatienten – Relevanz und spezifische Behandlung in der ambulanten Suchttherapie. *Suchttherapie*, 5:118-123.
19. Abueg FR, Fairbank JA. Behavioral Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Co-occurring Substance Abuse. in *Posttraumatic Stress Disorder: A Behavioral Approach to Assessment and Treatment*. PA Saigh, Editor. 1992, Allyn and Bacon: Boston. S. 111-146.
20. Evans K, Sullivan J. Treating addicted survivors of trauma. 1995, New York: Guilford Press.

21. Najavits LM, Weiss RD, Liese BS. Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996; 13: S. 13-22.
22. Expert Consensus Guideline Series. Treatment of posttraumatic stress disorder: The Expert Consensus Panels for PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60((Suppl. 16)): S. 3-76.
23. Brown P, Stout R, Gannon-Rowley J. Substance use disorder-PTSD comorbidity: Addiction and psychiatric treatment rates. *Psychology of Addictive Behaviors* 1998; 13(115-122).

Anschrift des Verfassers:

Dr. med Ingo Schäfer

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Tel. 040/42803-7906

Fax 040/42803-8351

email: i.schaefer@uke.uni-hamburg.de