



Rometsch W., Sarrazin D. (Hrsg.)

*„Der Schatten
will nicht weichen“
Traumaverarbeitung in der
Suchtbehandlung*

- 24. Jahrestagung -

23. November 2004
Münster

Forum Sucht
Band 36
ISSN 0942-2382



Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung 50
Dezernent: Landesrat Hans Meyer

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch
Warendorfer Straße 27
48133 Münster

Redaktion: Barbara Harbecke
Bearbeitung: Antje Pennekamp

1. Auflage
1.-1.000

Münster 2005

*„Der Schatten will nicht weichen...“
Traumaverarbeitung
in der Suchtbehandlung*

- 24. Jahrestagung -

23. November 2004
Münster

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Vorträge:	
I. Psychotraumatologie – Geschichte, Krankheitsbilder, Therapieansätze Ursula Gast, Bielefeld	7
II. Die Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit Willemien Langeland, Bascous, FR	21
III. Traumatisierung bei Suchtpatient/innen – Relevanz und spezifische Behandlungsansätze in der Suchttherapie Ingo Schäfer, Hamburg	39
Arbeitsgruppen:	
AG 1 Stationäre traumaspezifische Behandlungsmethoden bei jugendlichen Drogenpatient/innen Wilfried Huck	45
Ergebnisse der AG 1	53
AG 2 Grundlagen der Traumatherapie – Konzeptentwicklung und (teil)stationäre Behandlung alkoholkranker Trauma- patient/innen Sabine Lehmann, Münster	55
Ergebnisse der AG 2	
Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen in der Fachklinik „Schloß Mackenzell“ Anke Kirchhoff-Knoch, Hünfeld	62
AG 3 Sucht und Traumatisierung – Ein Fortbildungsangebot der Koordinationsstelle Sucht Renate Hofmann-Freudenberg, Bad Honeff, Matthias Nowak, Schwerte	65
Ergebnisse der AG 3	67

Vorwort

Lebensgeschichten suchtkranker Menschen sind häufig durch traumatische Erfahrungen geprägt. Die Auswirkungen dieser Erlebnisse können in ihrer Intensität die Betroffenen häufig überfordern. Dies führt dann nicht selten zur Entwicklung von vielfältigen psychischen Störungsbildern. Viele Menschen sind nicht in der Lage, ihre traumatischen Erfahrungen alleine zu verarbeiten. Je länger sie auf professionelle Hilfe verzichten, desto größer wird das Risiko auch für eine Abhängigkeitserkrankung.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Suchthilfesystems bemerken einen immer größer werdenden Bedarf an speziellen therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zur Traumaverarbeitung. Die 24. Jahrestagung der Koordinationsstelle Sucht beleuchtete das Thema Traumaverarbeitung in der Suchtbehandlung von verschiedenen Seiten.

Dr. med. Ursula Gast gab in ihrem Vortrag einen Überblick über das Spektrum der Symptome verschiedener Traumafolgestörungen und beschrieb die psychotherapeutischen Behandlungsansätze.

Dr. med. Ingo Schäfer stellte in seinem Vortrag dar, dass laut des BKK-Bundesverbands 2003 erst etwa 10 % aller Suchtkliniken in Deutschland Behandlungsmöglichkeiten für traumatisierte Patient/innen anboten

(das sind 35 von 3500 Kliniken). Hier ist ein deutlicher Nachholbedarf zu erkennen.

Bei der Einrichtung solcher Angebote sei laut Dr. Willemien Langeland besonders darauf zu achten, dass die Suchttherapiezentren eng mit anderen psychotherapeutischen Gesundheitseinrichtungen zusammenarbeiten.

Die Koordinationsstelle Sucht beschäftigt sich schon seit geraumer Zeit mit dem Thema Psychotraumatische Belastungsstörung (PTBS). Auch im kommenden Jahr wird die Fortbildungsreihe "Sucht und Traumatisierung", welche den Teilnehmerinnen und Teilnehmern methodenübergreifende Basiskompetenzen im Erkennen, Beraten und therapeutischen Umgang mit traumatisierten Patient/innen vermitteln soll, fortgesetzt.

Die Beiträge dieses Bandes geben auch allen auf der Tagung nicht anwesenden Fachkräften einen Überblick über die verschiedenen Facetten des Themas.

Wir danken an dieser Stelle Frau Britta Lütke-Wenning für die Überlassung des Titels Ihrer Diplomarbeit "Und der Schatten will nicht weichen ...".

Hans Meyer, Landesrat

Psychotraumatologie - Geschichte, Krankheitsbilder, Therapieansätze

Ursula Gast

Bielefeld

Überblick

Das wissenschaftliche und klinische Interesse an der Psychotraumatologie hat in den letzten Jahren in Deutschland einen enormen Aufschwung erfahren. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Häufigkeit und Folgen psychischer Traumata führen zu einem neuen Verständnis der verschiedenen Traumafolgestörungen. Im Vortrag wird ein kurzer Abriss über die Geschichte der Psychotraumatologie gegeben und überlegt, warum die Erkenntnisse hierüber nicht kontinuierlich, sondern mit Sprüngen und Brüchen verlaufen. Es werden die verschiedenen Traumafolgestörungen (einfache und komplexe posttraumatische Belastungsstörungen und dissoziative Störungen) sowie traumaassoziierte Störungsbilder (Sucht, Angst, Depression) mit ihrem Symptompektrum vorgestellt. Zudem werden psychotherapeutische Behandlungsansätze beschrieben, durch welche die Symptome gelindert und die betroffenen Menschen in ihrem Heilungsprozess unterstützt werden können. Insbesondere wird auch der Behandlungsansatz in der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld beschrieben, in dem ein phasen- und ressourcenorientiertes Vorgehen sowie die psychodynamisch imaginative Traumatherapie von Luise Reddemann zum Tragen kommen.

Einführung

Die Anerkennung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als offizielle Diagnose in der psychiatrischen Nomenklatur im Jahre 1980 führte geradezu zu einer Explosion

verschiedenster wissenschaftlicher Untersuchungen zu dem Thema, wie Menschen auf überwältigende Geschehnisse reagieren. Es zeigte sich, dass Gewalterfahrungen das seelische, körperliche und soziale Gleichgewicht eines Menschen erheblich stören und zu gesundheitlichen Problemen unterschiedlicher Art und Ausprägung führen können.

Mit diesen Erkenntnissen geriet die Wahrnehmung von Gewalt als wichtiger Faktor für gesundheitliche Störungen zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Kostenträger. Auch führte diese veränderte Wahrnehmung zu einem neuen Verständnis und einer veränderten Einschätzung verschiedener Krankheitsbilder (so z.B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die inzwischen als komplexe posttraumatische Belastungsstörung angesehen werden kann). Inzwischen belegen eine Reihe von Studien zur Risikoforschung, dass häusliche Gewalt weltweit als eines der größten Gesundheitsprobleme vor allem für Frauen und Kinder gilt. Neben akuten körperlichen und seelischen Verletzungen kommt es häufig zu chronischen, psychischen und psychosomatischen Beschwerden.

Während für die Behandlung körperlicher Verletzungen in Deutschland ein gutes medizinisches Versorgungsnetz zur Verfügung steht, gilt dies für seelische Störungen noch nicht. Die bislang unzureichende Versorgungslage hängt unter anderem damit zusammen, dass psychische Erkrankungen insgesamt einer gesellschaftlichen Tabuisierung unterliegen. Zusätzlich wird der gesellschaftliche und wissenschaftliche Diskurs über Traumafolgestörungen von einer spezifischen Dynamik des Verdrängens und Ver-

gessens geprägt. Diese Dynamik wurde von Frau Professor Judith Herman, amerikanische Psychiaterin an der Havard Medical School und Pionierin auf dem Gebiet der Psychotraumatologie sehr anschaulich beschrieben und soll im Folgenden genauer dargestellt werden.

Geschichte der Psychotraumatologie – Wissenschaft und Wissens-Verlust

Gewalttaten verbannt man aus seinem Bewusstsein - das ist eine normale Reaktion. Gewalttaten lassen sich jedoch nicht einfach vergessen und begraben. Dem Wunsch, etwas Schreckliches zu verleugnen steht die Gewissheit gegenüber, dass Verleugnung auf Dauer unmöglich ist. Dieser Konflikt zwischen dem Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen und dem Wunsch, sie laut auszusprechen, ist die zentrale Dialektik des psychischen Traumas. So lautet die These von Judith Herman in ihrem Buch „Trauma and recovery“, zu deutsch „Narben der Gewalt“. Häufig taucht die Geschichte des Traumas nicht als Erzählung, sondern als Symptom auf, eine Erkenntnis, die bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts von verschiedenen Psychiater/innen beschrieben wurde. Die Symptome psychischen Leidens bei traumatisierten Patient/innen weisen dabei häufig auf die Existenz eines unaussprechlichen Geheimnisses hin und lenken gleichzeitig davon ab.

Je größer die gesellschaftliche Solidarität mit den Opfern, desto größer die damit verbundene Unterstützung beim Heilungsprozess. Problematisch wird es jedoch mit der Solidarität, wenn die Interessen der Opfer und der Gesellschaft divergieren. Wissenschaft-

ler/innen und Therapeut/innen werden in eine Dynamik des Sichtbarmachens und des Vergessens mit hineingezogen. Psychologische Traumatisierungen zu untersuchen, so beschreibt Herman, bedeutet eine Auseinandersetzung sowohl mit der Verletzlichkeit des Menschen als auch mit dem Potential des Bösen in ihm. Sind traumatische Ereignisse von Menschen gemacht, geraten diejenigen, die Zeugnis darüber ablegen, in einen Konflikt zwischen Opfern und Tätern. Es ist moralisch unmöglich, in diesem Konflikt neutral zu bleiben. Der Zuschauer ist gezwungen, Partei zu ergreifen. Dabei ist es verlockend, die Partei des Täters zu ergreifen. Alles, was der Täter braucht, ist, dass der Zeuge nichts tut. Damit appelliert er an den allgemeinen Wunsch, das Böse nicht zu sehen, zu hören und zu benennen. Das Opfer hingegen fordert Handlung, Engagement und Erinnern. Nach jeder Gräueltat kann man ähnliche vorhersagbare Entschuldigungen hören: Es ist gar nichts passiert. Das Opfer lügt oder bildet sich die Vorfälle ein, das Opfer hat es selber provoziert, und ohnehin ist es Zeit, zu vergessen und vorwärts zu blicken. Je mächtiger der Täter, um so eher hat er das Vorrecht, die Wirklichkeit zu definieren. In Abwesenheit von sozialer Kontrolle und starker politischer Menschenrechtsbewegungen tritt an die Stelle der aktiven Zeugenschaft unvermeidlich der aktive Prozess des Vergessens. Verdrängung, Abspaltung, Verleugnung sind Phänomene sowohl des sozialen, wie des individuellen Bewusstseins.

Seit Bestehen der Psychiatrie und Psychotherapie als Wissenschaft kann man diese Dynamik im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess verfolgen: Dies gilt für die verschiedensten For-

men von Traumatisierungen und betrifft sowohl die Folgen von Kriegstraumatisierungen als auch staatlich sanktionierte und innerfamiliäre Gewalt. Das Trauma, insbesondere das Kindheitstrauma, wurde bereits sehr früh als entscheidender ätiologischer Faktor für Symptome und Störungen angenommen (nach Herman 2003).

1859 beschrieb der französische Psychiater Briquet Patientinnen und Patienten mit hysterischen Symptomen und nahm bei einem großen Teil seiner Patient/innen traumatische Erlebnisse als Ursache der Erkrankung an. Sexueller Missbrauch von Kindern wurde während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von Wissenschaftler/innen wie dem Gerichtsmediziner Tardieu gut dokumentiert. Unmittelbar nachdem der sexuelle Missbrauch als Problem identifiziert war, erfolgte eine Gegenbewegung: Es erschien die Abhandlung des Psychiaters Fournier, der die *pseudologica phantastica* bei Kindern beschrieb. Er warf die Frage der möglichen Fehlerinnerungen auf und nahm an, dass diese Kinder ihre Eltern fälschlicher Weise des Inzest beschuldigten. Auch der berühmte Neurologe Charcot erforschte den Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und hysterischen Symptomen. Seine Schüler Janet und Babinski gingen dabei entgegengesetzte Wege: Babinski reduzierte hysterische Phänomene auf Simulation und Suggestibilität und stellte damit Weichen für eine problematische Behandlung der späteren Kriegsneurosen.

Janet (1989) entwickelte eine bis heute gültige Theorie über die Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen und beschrieb die Unfähigkeit der Integration des traumatischen Ereignisses in bestehende kognitive

Strukturen. Durch unzureichende Integration werden Erinnerungen an die traumatischen Erfahrungen vom Bewusstsein und der Willenskontrolle abgespalten – dissoziiert. Janet stellte fest, dass die Betroffenen nicht in der Lage waren, narrative Erinnerungen in Form von einer persönlichen Geschichte über das traumatische Ereignis hervorzubringen. Stattdessen dominierten bei Konfrontation mit Erinnerungsauslösern überwiegend somatosensorische Repräsentationen des Traumas z.B. in Form von somatoformen psychogenen Schmerzen und Lähmungen oder Flash-back-Erlebnissen. Trotz des enormen Umfangs seines wissenschaftlichen Werkes, trotz verbreiteter wissenschaftlicher Anerkennung, geriet Janets Modell der Dissoziation fast 100 Jahre in Vergessenheit.

Stattdessen setzten sich die von Sigmund Freud begründete Psychoanalyse und das damit verbundene Modell der Verdrängung durch. Auch Freud wurde in die Dialektik des Traumas, in den Spannungsbogen der Täter-Opfer-Dyade hineingezogen (siehe auch Krutzenbichler 2003). Auch er lernte bei Charcot in Paris und kannte die gängigen Theorien der Hysterie. Auch seine Patient/innen berichteten über sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte. Als er 1897 im Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien in seinem Vortrag „Zur Ätiologie der Hysterie“ sexuelle Traumatisierungen als Quelle der späteren Neurose angab, stieß er auf eisiges Schweigen und offene Ablehnung durch seine Kolleg/innen. Freud verfolgte daraufhin das Konzept der Dissoziation nicht mehr, sondern entwickelte als neue Theorie das Modell der intrapsychischen Konflikte und der Verdrängung,

insbesondere der kindlichen Sexualverdrängung. Obwohl das Modell der Psychoanalyse wichtige Erklärungsmöglichkeiten zum Verständnis neurotischer Symptome bietet und allgemein anerkannte Behandlungsansätze daraus entwickelt wurden, kann aus der historischen Perspektive nicht geleugnet werden, dass Freud sich an dieser Stelle irrte, und dass er dem Zeitgeist entsprechend auf die anstößigste aller Theorien, nämlich der Inzest-Genese verzichtete. Möglicherweise, so vermutet Herman (s.o.), war aber auch nur so, mit diesem gesellschaftlichen Kompromiss, die Etablierung der neuen Disziplin, nämlich der Psychotherapie und Psychoanalyse, möglich.

Drohende gesellschaftliche Ächtung bewirkte, dass Freud seine Thesen widerrief, dass hysterische Symptome auf frühe sexuelle Traumatisierungen zurückzuführen seien. Somit verfolgte er die Trauma-These nicht mehr und entwickelte ein anderes Erklärungsmodell, nämlich dass des konflikthafte Erlebens und den Mechanismus der Verdrängung bei sozial unerwünschten Phantasien und Impulsen. Der Versuch seines Schülers und späteren Rivalen Ferenczi, die Bedeutung kindlicher sexueller Traumatisierung erneut aufzugreifen, scheiterte an der Agitation psychoanalytischer Kolleg/innen und blieb somit ohne gesellschaftliche Resonanz (siehe Krutzenbichler 2000).

Eine neue Besinnung auf die Erkenntnisse Janets wurden durch zwei wichtige gesellschaftliche Bewegungen begünstigt: Durch die Bürgerrechtsbewegung, die die posttraumatische Belastungsstörung als großes Problem der Kriegsveteranen im Vietnamkrieg erkannte und durch die Frauen-

bewegung, durch welche das Ausmaß der häuslichen Gewalt in das öffentliche Bewußtsein gelangte.

Trauma, Dissoziation und die Zuordnung verschiedener Psychotraumastörungen

Trauma wird definiert als extrem belastende, überwältigende Erfahrungen, die in der Regel mit Todesangst und Vernichtungsgefühl einhergehen. Traumatische Erfahrungen überfordern die normalen Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen eines Menschen und können nicht in den üblichen Erfahrungshintergrund integriert werden.

Der psychologische Begriff Dissoziation bedeutet im weitesten Sinne Trennung, Auflösung und ist damit das Gegenteil von Assoziation, d.h. Verbindung und Verknüpfung. Dissoziation stellt eine unwillkürliche Reaktion des Menschen auf belastende oder traumatische Erfahrungen dar, die zu einer Veränderung bzw. einem Rückzug von Bewusstsein führt, die einströmenden Reize reduziert und den Effekt überwältigender Emotionen vermindert.

Dissoziation wird somit zum wichtigen Schutzmechanismus für Menschen in traumatischen Situationen. Es ist jedoch gleichzeitig ein sehr drastischer Notmechanismus, der nachhaltige Schäden in Form von posttraumatischen Symptomen hinterlassen kann. Diese äußern sich unter anderem und vereinfacht ausgedrückt in einem charakteristischen Wechsel hinsichtlich der Erinnerungsqualität an das Trauma: Es gibt sowohl ein „Zu viel“ oder „Zu intensiv“ in Form von sich aufdrängenden Erinnerungsbildern und den damit verbundenen Emotionen

und Körperwahrnehmungen als auch ein „Zu wenig“ oder „Zu unwichtig“ in Form von innerer Abgestumpftheit und Taubheit.

Kommt es zu wiederholten und länger anhaltenden Traumatisierungen, insbesondere in der Kindheit, kann sich die dissoziative Reaktion verfestigen und „einschleifen“. Die normalerweise integrative Funktion des Bewusstseins wird unterbrochen und gestört. Hier- von kann das Gedächtnis in Form von Gedächtnisstörungen (dissoziative Amnesie) betroffen sein, ebenso die Wahrnehmung in Form von Entfrem- dungserleben dem eigenen Körper oder der Umwelt gegenüber (Deper- sonalisation oder Derealisation).

Das Modell der Strukturellen Dissozia- tion von Nijenhuis et al. (2003) stellt einen viel versprechenden Ansatz dar, um den Zusammenhang von post- traumatischen und dissoziativen Stö- rungen zu verstehen. Die Autoren gehen davon aus, dass sich die Dis- soziation, also die „Nicht-Verbindung“, an bestimmten Sollbruchstellen des mentalen Systems vollzieht, und zwar entlang kleiner „Spalten“, die es natür- licherweise zwischen den angebore- nen emotionalen Systemen und den Subsystemen gibt. Danach können drei Ebenen der strukturellen Disso- ziation aufgezeigt und die verschiede- nen Störungen auf einem Continuum angeordnet werden, wobei immer komplexere Erfahrungsbereiche aus dem Alltagserleben abgespalten wer- den. Bei der einfache PTBS wird im Sinne der primären Dissoziation das traumatische Ereignis abgespalten, während bei komplexen Traumafolge- störungen umfangreiche emotionale Systeme aus dem alltäglichen Selbst- erleben abgetrennt werden (sekundä- re Dissoziation bei komplexer PTBS).

Bei der tertiären Dissoziation schließ- lich entwickeln sich zwei verschiedene Formen von Selbstzustände im Sinne einer „alltagstauglichen“ und einer traumatisierten „Person“, wie dies bei der Dissoziativen Identitätsstörung der Fall ist (siehe auch Wöller et al. in Flatten et al. 2004).

Symptommuster der verschie- denen Postraumatischen Be- lastungsstörungen

Die Posttraumatische Belastungsstö- rung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Als mögliche traumatische Erfahrun- gen wird in den psychiatrischen Manualen Folgendes benannt:

Alle Formen von körperlicher und sexueller Gewalt, auch in der Kindheit; Vergewaltigungen, gewalttätige An- griffe, Kriegshandlungen, Folterungen, Gefangenschaft, Naturkatastrophen, Unfälle oder auch plötzliche Konfron- tation mit eigener schwerer oder unheilbarer Krankheit. In der Regel kommt es zunächst zu einer akuten Belastungsreaktion mit einer Vielzahl möglicher Symptome: Unruhe, Reiz- barkeit, psychomotorische Übererre- gung oder Verlangsamung, Apathie, Rückzug, Schreckreaktionen, Angst, Depressionen, eingeengte Gefühls- lage, Verwirrheitszustände, Schmerz- symptome, funktionelle Magen-Darm- Beschwerden, aggressive und feind- selige Reaktionen bis hin zu paranoi- den Reaktionen werden beschrieben.

Im Idealfall klingen alle diese Symptome spontan wieder ab. Dies bedeutet, dass nicht jede Gewalt, nicht jedes schreckliche Erlebnis später auch zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führt. Viele Menschen entwickeln ausreichend Selbstheilungskräfte und finden soziale Unterstützung, die es ihnen ermöglichen, auch schreckliche Erlebnisse zu integrieren. Wenn ein Trauma jedoch zu schwerwiegend ist, oder wenn keine soziale Unterstützung zur Verarbeitung des Erlebten zur Verfügung steht, kann es zu Folgereaktion in Form von beeinträchtigenden und behandlungsbedürftigen Symptomen kommen. Für die Forschung und klinische Praxis ist es wichtig herauszufinden, welche Faktoren dazu führen, dass eine manifeste PTBS entsteht, weil man gegebenenfalls entsprechende Risikopatient/innen herausfinden und durch frühzeitige Behandlung den Verlauf günstig beeinflussen kann.

Folgende Symptome kennzeichnen eine akute Posttraumatische Belastungsstörung:

- Sich aufdrängende belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma, Intrusionen in Form von wiederkehrenden Bildern und Alpträumen, Nachhall-Erinnerungen (flash-backs), daneben Erinnerungslücken (Amnesie).
- Übererregungssymptome mit der Unfähigkeit, sich zu entspannen, häufig verbunden mit Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrter Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen.
- Affektintoleranz in Form von Überempfindlichkeit gegenüber Gefühlen. Gefühle können häufig schwer ausgehalten werden, weil sie in

heftiger und schmerzlicher Intensität vorkommen.

- Vermeidungsverhalten gegenüber Trauma-assoziierten Stimuli: Traumatisierte Menschen versuchen alle Reize zu vermeiden, welche sie an das Trauma erinnern.
- Emotionale Taubheit, die zu einem sozialen Rückzug, zu Interessenverlust und innerer Teilnahmslosigkeit führen kann.

Posttraumatische Symptome können auch mit Verzögerung auftreten, (z.B. im Anschluss an eine zusätzlichen Belastung), wodurch die Diagnosestellung erschwert sein kann, weil der Zusammenhang zum auslösenden Trauma nicht erkannt wird.

Die in medizinischen Manualen (ICD-10 und DSM-IV) formulierten Kriterien, die oben vorgestellt wurden, decken allerdings das in der klinischen Praxis beobachtbare Spektrum traumabedingter Störungen nicht vollständig ab. Aus diesem Grund wurde verschiedentlich Kritik an dem eng gefassten PTBS-Konzept in ICD-10 und DSM-IV geübt. Diese Kritik versucht dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Langzeitfolgen nach Traumatisierungen in Kindheit und Jugend, oder auch bei Extremtraumata wie Folter oder Konzentrationslagerhaft weit über die in ICD-10 und DSM-IV definierte Symptomatik hinausgehen und die Persönlichkeit der Betroffenen in nachhaltiger und umfassender Weise verändern können. Die Klinik zeigt, dass diese Opfer häufig nicht die oben beschriebene Kernsymptomatik der PTBS entwickeln, sondern andere Symptombildungen im Vordergrund stehen können.

Herman (1992a) hat hierfür den Begriff der „Komplexen Posttraumatischen

Belastungsstörung“ (complex PTSD) vorgeschlagen und einen sehr umfassenden Kriterienkatalog erarbeitet der in der Tabelle zusammengefaßt ist. Er ist charakteristisch für durch Mitmenschen verursachte Traumatisierungen. Es kommt unter anderem zu einer generellen Störung in der Regulierung der Gefühlsintensität, wodurch Gefühle unangenehm oder überwältigend

heftig erlebt werden. Starke Stimmungsschwankungen, selbstschädigendes Verhalten, Beziehungsschwierigkeiten, Identitätsprobleme, mißtrauische Grundhaltung und eine Veränderung der inneren Wertesysteme, eine gestörte Wahrnehmung der eigenen Person und/oder des Täters können auftreten (siehe Tabelle).

Tabelle 1: Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen

A. Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus

- (1) chronische Regulationsstörung der Affekte
- (2) Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
- (3) selbstdestruktives und suizidales Verhalten
- (4) Schwierigkeit, sexuelles Sich-Einlassen und Kontaktverhalten zu modulieren
- (5) impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen

B. Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins

- (1) Amnesie
- (2) Dissoziation

C. Somatisierung

D. Chronische Persönlichkeitsveränderungen

- (1) Änderung in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle; Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
- (2) Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: Verzerrte Einstellungen und Idealisierungen des Schädigers
- (3) Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen:
 - (a) Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten
 - (b) die Tendenz, erneut Opfer zu werden
 - (c) die Tendenz, andere zum Opfer zu machen

E. Veränderungen in Bedeutungssystemen

- (1) Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
- (2) Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen

Auch gibt es traumaassoziierte Störungsbilder, die – neben oder anstelle von akuter oder komplexer PTBS – auftreten können. Zu diesen gehören folgende (siehe Wöller et al. in Flatten et al. 2004):

1. Depressive Störungen
2. Dissoziative Störungen
3. Somatisierungsstörung bzw. Konversionsstörungen, insbesondere somatoforme Schmerzstörungen
4. Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen
5. Ess-Störungen, insbesondere Bulimia nervosa
6. Angsterkrankungen
7. Substanzmissbrauch
8. Körperliche Erkrankungen

Diese Symptomvielfalt und unterschiedliche Art und Weise der Ausprägung posttraumatischer Folgeerkrankungen erschweren häufig die Diagnose. Für den Kliniker ist es daher wichtig, diese verschiedenen Ausprägungsformen zu kennen und gegebenenfalls an eine posttraumatische Genese zu denken. Auch sollte die Erfragung traumatischer Erfahrungen in die alltägliche Anamneseerhebung aufgenommen werden, da Patientinnen und Patienten nicht spontan über ihre traumatischen Erfahrungen sprechen.

Therapieansatz

Die Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin des Ev. Johannes-Krankenhauses Bielefeld ist eine der ersten Kliniken, die in Deutschland ein spezifisches Behandlungskonzept für Psychotraumastörungen entwickelt haben. Die Trau-

mazentrierte imaginative Therapie (Reddemann und Sachsse) basiert auf einer psychodynamischen Herangehensweise, in welche Interventions-techniken aus verschiedenen anderen Therapierichtungen integriert werden. Insbesondere nutzt sie imaginative Techniken als wichtige Bewältigungsmöglichkeit von traumatischem Stress. Zudem berücksichtigt sie ein phasenorientiertes und ressourcenorientiertes Vorgehen.

Phasen der Therapie

Bei der Behandlung von Traumafolgeerkrankungen hat sich ein phasenorientierter Ansatz mit den drei Phasen der Stabilisierung, Traumabearbeitung und Neuorientierung bewährt. Bei komplexen und langanhaltenden Traumen und bei solchen, die im Laufe der kindlichen Entwicklungsphase erlitten wurden, spielt die Stabilisierungsphase thematisch und zeitlich die größte Rolle. Die Therapien können entsprechend langwierig sein, da in diesen Fällen für die Stabilisierungsphase mit Zeiträumen von Jahren gerechnet werden muss.

Stabilisierung

In der Phase der Stabilisierung zielt die Therapie darauf ab, die Patient/innen dabei zu unterstützen, dass sie wieder Kontrolle über ihre Gefühle, Erinnerungen, Gedanken und ihr Verhalten erlernen sowie eine einheitliche und angemessene Wahrnehmung von sich selbst erlangen. Einige zentrale Punkte der Stabilisierungsphase werden im Folgenden genauer benannt:

Bei der Vereinbarung der Behandlungsziele zu mehr Selbstkontrolle ist es notwendig, den Patient/innen zu erklären, auf welchem Wege und mit

welchen Arbeitsmitteln diese erreicht werden können. Eine transparente Darstellung der Therapiemethode fördert eine stabile therapeutische Arbeitsbeziehung und vermittelt den Patient/innen auch eine realistische Vorstellung hinsichtlich der Prognose ihrer Erkrankung. Aufgrund der zurückliegenden Willkürerfahrungen konnten viele Patient/innen kein Gefühl für eigene Gestaltungsmöglichkeiten oder Selbstwirksamkeit entwickeln. Dies macht sich in der Therapie häufig durch ein ratloses und abwartendes Verhalten mit hohen Erwartungen an Aktivitäten der Therapeut/innen bemerkbar. Von daher ist es besonders wichtig, die Patient/innen zu einer aktiven Mitarbeit zu gewinnen. Wissensvermittlung und Information über Trauma und Traumafolgen helfen den Patient/innen, ihre Symptome als solche zu erkennen und realistischer einzuschätzen.

Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

Viele Patient/innen mit komplexen Posttraumatischen Störungen haben von frühester Kindheit an schwere Beziehungstraumatisierungen erlebt und haben daher große Schwierigkeiten, sich auf eine vertrauensvolle Beziehung einzulassen. Sie sind in einem Familiensystem mit Gewalt und Willkürerfahrung groß geworden, in denen sie wenig Möglichkeit hatten, ein Gefühl von Selbstbestimmtheit oder Selbstkompetenz zu entwickeln. Ein zuverlässiger therapeutischer Rahmen mit klaren, überschaubaren Regeln ist daher wichtige Voraussetzung, damit die Patient/innen ein Gefühl für Sicherheit und Vertrauen in der therapeutischen Beziehung entwickeln können. Häufig ist es sinnvoll

oder notwendig, dass Therapeut/innen die auftretenden Schwierigkeiten, sich auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit einzulassen, mit den Patient/innen offen ansprechen. Die Kenntnis von Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, die sich in der therapeutischen Beziehung entwickeln, helfen der Therapeut/in und auch den Patient/innen, alte Muster zu erkennen, welche die aktuelle Beziehungsgestaltung in unangemessener Weise belasten. Verzerrende Übertragungsmuster müssen immer wieder reflektiert werden, um Reinszenierungen möglichst zu vermeiden.

Die Arbeit an der äußeren und inneren Sicherheit der Patient/innen ist zu Beginn der Behandlung ein weiteres wichtiges Thema. Hierbei muss auch auf aktuelle Gefährdungen, zum Beispiel durch weiterhin bestehende Täterkontakte oder missbräuchliche Beziehungen geachtet werden und darauf hin gearbeitet werden, diese zu beenden. Denn ein Mensch kann nicht gesund sein, wenn er weiterhin Gewalt ausgesetzt ist. Auch Gewalt gegen sich selbst muss unterbunden werden. Deshalb werden zur Gewährleistung der inneren Sicherheit Absprachen hinsichtlich Suizid und Selbstverletzungsimpulsen getroffen.

Weitere Elemente helfen den Betroffenen, Wirksamkeit und Handlungsfähigkeiten im Umgang mit sich selbst zu erlernen (nach Reddemann und Sachsse 2000):

- Lernen, sich sicher(er) zu fühlen und wahrzunehmen, welche Maßnahmen dafür erforderlich sind.
- Wissen und Information über Trauma und Traumafolgen.
- Erlernen von Ich-stärkenden Imaginationen, die ein Gegengewicht zu negativen inneren Bildern schaffen.

- Arbeit an den Affekten: Gefühle müssen bewusst wahrgenommen, benannt und ausgehalten werden. Hier helfen Achtsamkeitsübungen, um im Hier und Jetzt und über eine bewusste Körperwahrnehmung wieder Zugang zu eigenen Gefühlen zu bekommen und diese auch zu regulieren lernen.
- Lernen, Bedürfnisse zu beachten. Diese Fähigkeit ist vielen traumatisierten Menschen abhanden gekommen, oder sie haben es nie erlernen können, wenn sie in Familien aufgewachsen sind, in denen ihre kindlichen Bedürfnisse nicht beachtet und darüber in Grenzen verletzender Weise hinweg gegangen wurde.
- Lernen, sich selbst beruhigen zu können. Auch dies haben sie häufig nicht lernen können, weil beruhigende und tröstende Beziehungspersonen nicht (oder nicht ausreichend) zur Verfügung standen.

Ein wichtiges Hilfsmittel, Selbstberuhigung und Selbsttröstung zu erlernen, ist die Arbeit mit der imaginären „inneren Bühne“, auf welcher der Erwachsene von heute dem traumatisierten Kind von damals begegnet, seine Not angemessen wahrnimmt und ihm Information, Trost und Unterstützung bietet. Hierdurch lernen Patient/innen auch, differenzierter wahrzunehmen, ob es sich im Hier und Jetzt um eine reale Angst handelt, oder ob es eine „alte“ Angst ist, die das „innere Kind“ aus einer früheren bedrohlichen Situation noch mit sich trägt. Die fürsorgliche Zwiesprache mit dem „inneren Kind“ führt häufig zu einer raschen Entlastung und Beruhigung.

Symbolische Hilfsmittel unterstützen den Prozess, innere Sicherheit zu erlangen. So werden Patient/innen angeleitet, einen „Notfallkoffer“ zusammenzustellen, den sie mit all den Dingen füllen, die ihnen erfahrungsgemäß bisher geholfen haben. Sie können hierüber eine Liste erstellen, die sie bei sich tragen, um in Situationen innerer Bedrängnis nachzuschauen, was sie jetzt hilfreiches für sich tun können.

Ein weiteres wichtiges Element in der Stabilisierungsphase ist die Aktivierung von inneren Ressourcen, also das Auffinden innerer Kraftquellen und Stärken. Imaginationsübungen (Reddemann 2000) helfen, hierzu wieder einen besseren Zugang zu finden. In diesen Übungen werden Patient/innen angeleitet, hilfreiche Bilder in sich zu entwickeln, die in ihnen Gefühle von Sicherheit und Wohlbefinden erzeugen. Bei der Übung vom inneren sicheren Ort werden die Patient/innen eingeladen, sich in einer Phantasieübung einen Ort vorzustellen und so auszugestalten, dass sie sich sicher, behaglich und geborgen fühlen können. Die Übung von inneren Helfern wird die Wahrnehmung auf unbewusste Prozesse gerichtet und die Möglichkeit eröffnet, in sich selbst bereits einen Lösungsweg für die jetzigen Probleme zu tragen. Diese und viele weitere Übungen beschreibt Frau Reddemann in Ihrem Buch „Imagination als heilsame Kraft“.

Eine weitere Möglichkeit, einen besseren Zugang zu inneren Kraftquellen zu erhalten, ist das Führen eines Freudentagebuchs.

Viele traumatisierte Menschen können von den hier skizzierten Stabilisierungsmethoden gut profitieren. Sie erfahren hierdurch eine deutliche Linderung der Symptome, ein besseres

Gespür für ihre eigenen Gestaltungsmöglichkeiten und einen Zuwachs an Lebensqualität. Ihr Befinden kann sich durch diese Therapiemethoden soweit verbessern, dass weitere Behandlungsschritte nicht mehr erforderlich sind.

Für andere Patient/innen kann es notwendig sein, in eine weitere Behandlungsphase einzutreten, nämlich die der Traumaexposition. Voraussetzung ist hierfür, dass die Phase der Stabilisierung erfolgreich durchlaufen wurde und dass die Möglichkeiten zur Selbstkontrolle und Selbsttröstung ausreichend zur Verfügung stehen.

Traumabearbeitung

Ziel der Traumabearbeitung ist eine Transformation durch Entgiftung der traumatischen Erinnerungen und durch kognitive und emotionale Umstrukturierung. Die kausale Methode ist eine kontrollierte Traumakonfrontation und Traumaexposition. Die wesentlichen Elemente hierbei sind das geplante und gezielte innere Aufsuchen des Traumas, gesteuerte Begegnung mit bewusst herbeigeführter Dissoziation, Abreaktion und innerer Selbsttröstung. Bei sehr komplexen Traumatisierungen kann die Traumabearbeitung einschließlich der Abreaktion nur in kleinen Schritten erfolgen und muss sehr gut vorbereitet sein. Eine Weiterentwicklung der strukturierten Traumabearbeitung ist die Integration des EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing von Shapiro 1998). Diese Methode erweist sich als nützlicher Baustein, um das traumatische Material in einer behutsamen, aber nachhaltigen Weise zu verarbeiten. Vor der eigentlichen Traumaexposition müssen zusätzliche Techniken zur besseren Kontrolle über

die traumatischen Erinnerungen eingeübt werden (Stoppen von flashbacks, Tresorübung).

Trauer und Neubeginn

Die nachintegrative Phase ist die der Trauerarbeit und des Neubeginns. Neben der Trauer um eine zerstörte Kindheit und die erlebten Verletzungen stellt auch die Verarbeitung von Schuld und Scham ein wichtiges Thema dar. Die Patient/innen müssen außerdem in ihrem innerpsychischen Erleben und Reagieren sowie im sozialen Verhalten ein völlig verändertes Selbst- und Lebensgefühl gewinnen und hierbei neue Bewältigungsstrategien aufbauen. Schließlich geht es um eine Zukunftsorientierung, um trotz des Traumas und den damit verbundenen Einschränkungen ein neues Leben aufzubauen. Grundsätzlich ähnelt diese nachintegrative Phase stärker den sonst üblichen tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien, sie ist vornehmlich konflikt- und beziehungsorientiert. Diese Behandlungsphase sollte überwiegend im ambulanten Rahmen erfolgen.

Literatur

Flatten G., Gast U., Hofmann, A., Liebermann P., Reddemann L., Siol T., Wöller W., Petzold E.R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung. Schattauer Stuttgart.

Herman J.L. (2003). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann Paderborn.

Reddemann L. (2001). Imagination als

heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientiertem Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.

Reddemann L. & Sachsse U. (2000). Traumazentrierte imaginative Therapie. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. (S. 250-270). Schattauer Stuttgart.

Reddemann L., Dehner-Rau C. (2004). Trauma Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. TRIAS Stuttgart.

Die Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit

Aktuelle Forschungsergebnisse

Willemien Langeland

Bascous, FR

Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt auf der Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit.

Im Folgenden werde ich Forschungsergebnisse unserer Studie bei alkoholabhängigen Patient/innen darstellen, die am Amsterdamer Institut für Suchtforschung durchgeführt wurde. Die meisten Ergebnisse, über die ich hier heute berichten werde, basieren auf veröffentlichten Daten unseres Forschungsprojekts (Langeland, 2003; Langeland et al., 2001, 2002a&b, 2003, 2004a&b).

Die Inhalte dieses Vortrags können wie folgt zusammengefasst werden:

Zu Beginn werde ich einführend einige Hintergrundinformationen über die Komorbidität von Traumata, Alkoholabhängigkeit und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) präsentieren.

In einem zweiten Schritt werde ich dann einen kurzen Überblick über das Forschungsprojekt geben und die Stichprobe, die Erhebungsmethoden und Charakteristika der Probandengruppe erläutern.

Darüber hinaus werde ich Ergebnisse unter anderem bezüglich der folgenden Aspekte präsentieren:

- Die Prävalenzraten für traumatische Ereignisse und posttraumatischen Belastungsstörungen;
- Der Zusammenhang zwischen Trauma und posttraumatischen Belastungsstörungen;
- Und der Zusammenhang zwischen Trauma, posttraumatischen Belastungsstörungen und ihrer psychiatrischen Komorbidität.

Schließlich werde ich auf der Grundlage der vorgetragenen Ergebnisse Überlegungen zu Therapiemöglichkeiten formulieren und Herausforderungen für die weitere Forschung erörtern.

Wir wissen, dass Alkoholabhängigkeit häufig zusammen mit anderen psychiatrischen Störungen auftritt (Ross et al., 1988; Regier et al., 1990; Kessler et al., 1997). Dieses Phänomen der Komorbidität findet man sowohl bei Alkoholpatient/innen in Behandlung als auch bei Alkoholabhängigen aus der allgemeinen Bevölkerung. Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass 50% bis 75% der Patient/innen, die wegen Alkoholabhängigkeit zur Behandlung kommen, zumindest eine komorbide psychiatrische Störung aufweisen (Helzer & Pryzbeck, 1988; Regier et al., 1990; Tómasson & Vaglum, 1995).

Zu den am weitesten verbreiteten komorbiden Störungen bei Alkoholkranken gehören Depressionen, Angststörungen - vor allem phobische Angststörungen und PTBS - sowie Persönlichkeitsstörungen, wobei insbesondere die antisoziale Persönlichkeitsstörung zu nennen ist.

Im Laufe des letzten Jahrzehnts wurde der Komorbidität in der Folge von Traumatisierungen mehr und mehr wissenschaftliche Beachtung geschenkt. Dieses ist teils darauf zurückzuführen, dass das Rückfallrisiko nach einer Alkoholtherapie zum Beispiel eher mit komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörungen als mit psychiatrischer Komorbidität im Allgemeinen in Verbindung steht (z. B. Oulmette et al., 1997).

Das häufig gleichzeitige Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung und Suchtstörungen wurde

sowohl in repräsentativen Stichproben der allgemeinen Bevölkerung als auch in klinischen Stichproben festgestellt (siehe Ouimette und Brown, 2003). Es gibt jedoch Unterschiede bezüglich des Grades der Komorbidität je nach Art der Substanzabhängigkeit. Verglichen mit Abhängigkeit von Alkohol scheint Drogenabhängigkeit stärker mit der PTBS in Zusammenhang zu stehen.

Einige Beispiele:

- Studien weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit drogenabhängig zu werden bei Personen mit PTBS im Allgemeinen höher ist als die Wahrscheinlichkeit, alkoholabhängig zu werden (z. B. Helzer et al., 1987).
- Darüber hinaus wird allgemein über höhere Prävalenzraten von traumabedingten Störungen – das heißt PTBS und Dissoziation – bei Drogenabhängigen im Vergleich zu Alkoholkranken berichtet (z. B. Dunn et al., 1995; Grice et al., 1987).

Zudem wurde festgestellt, dass es bezüglich des gleichzeitigen Auftretens einer posttraumatischen Belastungsstörung und Alkoholabhängigkeit geschlechtsspezifische Unterschiede gibt:

Bei **Männern** mit PTBS ist die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit ungefähr zweimal (Helzer et al., 1987: 1,9 / Kessler et al., 1995: 2,1) höher als bei Männern ohne PTBS.

Bei **Frauen** mit PTBS ist die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit zweieinhalb bis fast dreimal (Kessler et al., 1995: 2,5 / Helzer et al., 1987: 2,8) höher als bei Frauen ohne PTBS.

Diese Daten verdeutlichen, wie wichtig es ist, dass den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Analyse der Komorbidität der PTBS und Alkoholsucht besondere Beachtung geschenkt wird.

In der Literatur sind zahlreiche mögliche Erklärungen für das häufig gleichzeitige Auftreten einer PTBS und Alkoholabhängigkeit zu finden. Hierbei handelt es sich meistens um:

- a) Erklärungen, die auf einer direkten, kausalen Beziehung zwischen den Störungen basieren und um
- b) Erklärungen, die auf gemeinsamen ätiologischen Faktoren basieren, die für die Erhöhung des Risikos der Entwicklung der Störungen verantwortlich sind.

Zu solchen Risikofaktoren zählen zum Beispiel eine allgemeine genetische Prädisposition oder milieubedingte Faktoren wie traumatische Erlebnisse und Vernachlässigung in der Kindheit, sowie Durchleben von traumatischen Ereignissen im Erwachsenenalter.

Wir finden in der Literatur oftmals eine Kombination der Erklärungen bezüglich der hohen Komorbiditätsrate, wie zum Beispiel die Selbstmedikationshypothese (Khantzian 1985). Gemäß dieser Hypothese beginnt der Alkoholmissbrauch oder Drogenmissbrauch mit dem teilweise erfolgreichen Versuch, überwältigende, schmerzhafte Ängste und affektive Symptome zu reduzieren, oder Gefühle zu blockieren (Lacoursiere et al., 1980; Jellinek & Williams, 1987; Keane et al., 1988). In Ermangelung anderer selbstberuhigender Kompetenzen kann die externe Art und Weise zur Dämpfung von negativen Affekten durch Alkoholkonsum die posttraumatischen Probleme für einige Zeit effektiv mildern. Doch

nach einer Weile kann der chronische Alkoholkonsum als Selbstmedikation von PTBS-Symptomen zu Toleranz führen sowie zum Bedürfnis die Menge des konsumierten Alkohols zu erhöhen, um die Dämpfung der Symptome aufrechtzuerhalten. Die Selbstmedikationshypothese ist die am häufigsten zitierte Erklärung für den Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen und substanzbezogenen Störungen.

Um genauere Aussagen zu treffen, haben Traumaforscher die folgende Vermutung angestellt: Traumatisierte Individuen mit Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Selbstregulation von Affekten bevorzugen den Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol und Opiate mit analgetischen/palliativen Eigenschaften (Kosten & Krystal, 1988; Herman, 1992; Charney et al., 1993). Diese Substanzen werden von den Betroffenen zur Dämpfung von emotionaler Dysregulation, dass heißt von schwer erträglichen emotionalen Zuständen eingesetzt.

Bei Studie der vorliegenden Literatur wird deutlich, dass alkoholabhängige Personen mit komorbider PTBS schwer zu behandeln sind. Weitergehende Erkenntnisse über die Prävalenzzahlen für PTBS und zusätzliche Probleme bei Personen, die sich wegen Störungen infolge Alkoholkonsums in Therapie begeben, sind unbedingt erforderlich, um die vorhandenen Behandlungsangebote weiter auf die Bedürfnisse dieser Patient/innenengruppe abzustimmen.

Ich werde hier Daten präsentieren, um die folgenden drei Fragen zu beantworten:

- Die erste Frage lautet: Wie berichten alkoholabhängige Patientin-

nen und Patienten der Fachklinik von (Kindheits-)Traumata?

- Die zweite Frage betrifft die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung in unserer Stichprobe und den Zusammenhang zwischen den genannten traumatischen Lebensereignissen und PTBS.
- Und die dritte Frage lautet: Was ist der Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen, PTBS und anderer psychiatrischer Komorbidität bei Alkoholabhängigen mit Behandlungswunsch?

Bevor ich diese Daten präsentiere, möchte ich einen kurzen Überblick über das Design unserer Studie geben.

Die Studie war Teil eines wesentlich größer angelegten Forschungsprojekts über psychiatrische Komorbidität und Behandlungsergebnis bei Patient/innen mit Alkoholabhängigkeit, die in einem Suchttherapiezentrum in Amsterdam um Behandlung gebeten hatten. Es betrifft eine Stichprobe von 155 Patient/innen mit Behandlungswunsch. Als Erhebungsinstrumente wurden strukturierte Interviews und Fragebögen eingesetzt. Wir begannen erst zwei bis sechs Wochen nach der Entzugsphase mit der Erhebung der psychiatrischen Symptome, damit möglichst viel Zeit seit Abschluss der Entgiftung verstrichen war.

Bezüglich der Merkmale unserer Stichprobe ist Folgendes zu sagen:

Von den 155 Patient/innen waren 122 Personen Männer. Der Altersmittelwert betrug 41,0 Jahre. Die meisten Personen kamen gebürtig aus den Niederlanden. Ein Viertel von ihnen war verheiratet oder lebte mit jemandem zusammen und 53% waren

erwerbstätig. Die Patient/innen befanden sich zu gleichen Teilen in stationärer sowie ambulanter Behandlung. Mehr als die Hälfte (54%) der Patient/innen war zuvor bereits wegen Alkoholproblemen behandelt worden. Fast alle Patient/innen erfüllten die DSM-III-R-Kriterien für Alkoholabhängigkeit, es gab fünf Patient/innen die die Kriterien für Alkoholmissbrauch erfüllten.

Die Zusammensetzung der Stichprobe kann als repräsentativ für die Klientel der Fachklinik angesehen werden.

Was haben wir bezüglich der Verbreitung von traumatischen Erlebnissen bei unseren Patient/innen herausgefunden?

Erstmal haben wir das PTBS Modul des Composite International Diagnostic Interviews (oder CIDI-PTBS) (Peters et al., 1996) eingesetzt. Hierbei handelt es sich um ein vollständig strukturiertes klinisches Instrument. Die erste Frage im Rahmen dieser Erhebung dient der Feststellung, ob irgendwann im Leben der Patient/innen ein Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung eingetreten ist, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Zu diesen Erlebnissen gehören alle Arten traumatischer Erfahrungen einschließlich Naturkatastrophen, Kriegserlebnisse, schwere Verkehrsunfälle, sexuelle Übergriffe und das Erleben von körperlicher Gewalt.

In Beantwortung des CIDI's berichteten 72% unserer Patient/innen über mindestens ein traumatisches Lebensereignis. Zum Vergleich: In einer deutschen Stichprobe von alkoholabhängigen Patient/innen (N=128) von Kutsher und Kollegen (2000) gaben 71%

der Patient/innen an, mindestens einmal in ihrem Leben ein traumatisches Lebensereignis erlebt zu haben.

In Übereinstimmung mit der Literatur wurden bezüglich der Gesamtrate traumatischer Erlebnisse keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt (Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1997). Männer gaben etwas häufiger als Frauen an, zumindest ein traumatisches Lebensereignis gehabt zu haben, in Prozentzahlen ausgedrückt bedeutet das 75% gegenüber 70%. Auch im Rahmen von Studien mit Personen aus der allgemeinen Bevölkerung wurde immer wieder festgestellt, dass bei den Männern die Gesamtrate der Traumaerlebnisse höher ist (z. B. Kessler et al., 1995; Norris et al., 1992).

In unserer Studie lag der Schwerpunkt nicht auf den allgemeinen traumatischen Erlebnissen, sondern vornehmlich auf der Häufigkeit von Traumatisierungen infolge sexueller und körperlicher Übergriffe. Zur Exploration von Gewalterfahrungen wurde das Strukturierte Trauma Interview (das STI) eingesetzt. Dieses Instrument wurde speziell für die Erhebung von traumatischen Ereignissen entwickelt (siehe Draijer & Langeland, 1999) und umfasst Fragen nach zum Beispiel körperlichem und sexuellem Missbrauch im Kindesalter, Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern, früher Verlust der Eltern und Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter. Darüber hinaus exploriert das Interview andere belastende Lebensereignisse, wie Vernachlässigung in der Kindheit und elterlicher Alkoholismus.

In unserer Stichprobe berichteten 28% der Patient/innen (Männer 21% / Frauen 55%) über mindestens ein Erlebnis sexuellen Übergriffs und 50%

(Männer 46% / Frauen 67%) gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben einen körperlichen Übergriff erlebt zu haben. In Übereinstimmung mit der Literatur berichten Frauen über eine größere Anzahl an Traumata wie Vergewaltigungen, sexuelle Belästigungen und körperliche Gewalt (z. B. Kessler et al., 1995; Norris et al., 1992).

Die vorliegenden Ergebnisse - mit CIDI und STI - deuten darauf hin, dass die Lebensgeschichten suchtkranker Menschen häufig durch traumatische Erfahrungen geprägt sind.

An dieser Stelle stellt sich die wichtige Frage, wie viele der traumatisierten Alkoholabhängigen, die an unserer Studie teilnahmen, eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatten. Wir wissen, dass von den zahlreichen Personen, die im Laufe ihres Lebens ein traumatisches Erlebnis hatten, nur einige eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. In der allgemeinen Bevölkerung beträgt diese Rate circa fünf bis zehn Prozent (siehe z. B. Ozer et al., 2003).

Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass innerhalb unserer Patient/innengruppe circa ein Viertel (24%) der Personen, die über ein traumatisches Lebensereignis berichtet haben, irgendwann in ihrem Leben eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt haben.

In unserer Gruppe der Alkoholpatient/innen erfüllten 17% die Diagnosekriterien für eine Lebenszeit posttraumatische Belastungsstörung und 6% die einer aktuellen PTBS. Die Lebenszeitprävalenz von 17% stimmt fast überein mit den 15%, die Kutscher und Kollegen bei deutschen Alkoholpatient/innen gefunden haben.

Höhere Raten komorbider PTBS wurden bei weiblichen Patienten festgestellt: Lebenszeit PTBS Prävalenz 27% der weiblichen Patienten und 14% der männlichen Patienten. Aktuelle PTBS Prävalenz 9% der weiblichen Patienten und 5% der männlichen Patienten. Diese Ergebnisse stimmen mit der Fachliteratur überein (DeBernardo et al., 2002; Landheim et al., 2003; siehe auch Ouimette & Brown, 2003).

Der Vergleich der Prävalenzzahlen für traumatischen Ereignisse und PTBS belegt deutlich, dass dazwischen keine zwingende Verknüpfung besteht. Die Frage nach der Beziehung zwischen den angegebenen traumatischen Erlebnissen und einer PTBS-Diagnose haben wir näher analysiert.

In der Literatur gibt es wichtige Hinweise, dass insbesondere der körperliche und sexuelle Missbrauch im Kindesalter Merkmal der Ätiologie von PTBS ist (siehe Widom 1999). Im Rahmen unserer Studie galt unser besonderes Interesse darum der Frage, welche Rolle ein Kindheitstrauma bei der komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung spielt, die bei alkoholabhängigen Patient/innen festgestellt wurde (Langeland, 2003; Langeland et al., 2002a, b; 2004a, b). Zu diesem Zwecke haben wir das Strukturierte Trauma Interview eingesetzt.

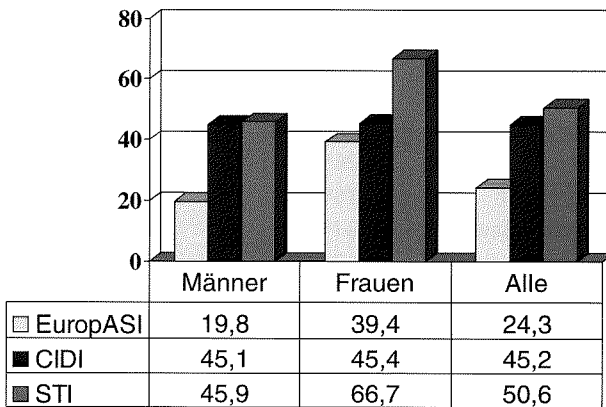
Sowohl die weiblichen als die männlichen Alkoholpatient/innen berichteten häufig über frühe Viktimisierungserfahrungen. Fast ein Drittel (32%) unserer Studienteilnehmer/innen gaben an, in ihrer Kindheit unter körperlichem oder sexuellem Missbrauch gelitten zu haben. 8% berichteten ausschließlich über körperliche Misshandlung im Kindesalter; 17% berichteten ausschließlich über sexuellen Missbrauch im Kindesalter; und 7% berichteten

von beiden Formen von Gewalt im Kindesalter.

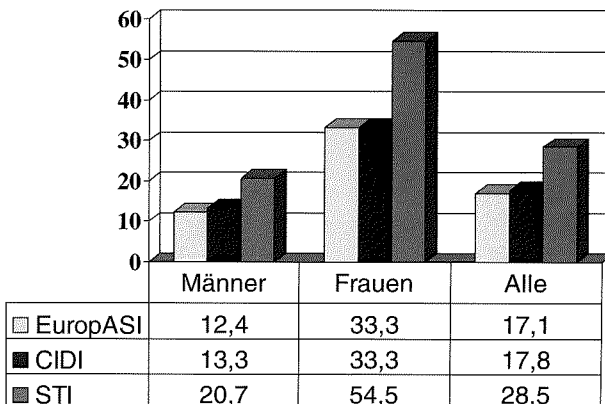
In Übereinstimmung mit der Literatur waren in Bezug auf die Prävalenzzahlen geschlechtsspezifische Unter-

schiede zu beobachten: Frauen gaben mehr sexuellen Missbrauch in der Kindheit an, während Männer mehr über körperliche Gewalt in der Kindheit berichteten.

Körperlicher Missbrauch



Sexueller Missbrauch



Neben Daten zum körperlichen und sexuellen Missbrauch im Kindesalter sammelte das STI auch Informationen über weitere Risikofaktoren in Bezug auf andere belastende Lebensum-

stände, wie zum Beispiel früher Verlust der Eltern, das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern sowie Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter.

Kindheitstrauma und andere negativen Erfahrungen STI (N=155)

	Männer	Frauen	Alle
KINDHEIT			
-Nur körperlicher Missbrauch	10%	0%	8%
-Nur sexueller Missbrauch	13%	33%	17%
-Körperl.u.sexueller Missbrauch	5%	12%	7%
-körperl. o. sexueller Missbrauch	28%	46%	32%
-Früher Verlust der Eltern	16%	15%	16%
-Miterleben häuslicher Gewalt	24%	24%	24%
-Alkoholprobleme der Mutter	12%	12%	12%
-Alkoholprobleme des Vaters	34%	30%	34%
-Gestörtes Verhalten der Mutter	59%	58%	59%
-Gestörtes Verhalten des Vaters	35%	38%	35%
ERWACHSENENALTER			
-Körperliche Übergriffe > 16	36%	64%	42%
-Sexuelle Übergriffe > 16	5%	33%	11%

In dieser Tabelle ist die Häufigkeit von Missbrauch im Kindesalter und anderen belastenden Lebensumständen bei Männern und Frauen dargestellt (Langeland et al. 2004b). Die farbig markierten Raten weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Im Allgemeinen kann festgestellt werden, dass die Zahl derer, die über ein Kindheitstrauma oder andere negative Erfahrungen in der Kindheit berichten, sehr groß ist. Dies gilt gleichermaßen für Männer wie für Frauen. Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass in vielen Fällen auch mehrere traumatische Erlebnisse genannt

wurden. Diese Ergebnisse zur Häufigkeit von (multiplen) Traumatisierungen sprechen für eine routinemäßige, umfassende Exploration dieser Erfahrungen im Vorfeld der Behandlung.

Darüber hinaus deuten unsere Daten auf eine signifikant erhöhte Rate auch anderer belastender Lebensumstände bei Patient/innen hin, die über körperlichen oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichten (Langeland et al., 2004a, b). Diese Erkenntnisse machen deutlich, dass die Lebensgeschichte der Patient/innen in vielen Fällen von einem Cluster negativer Erfahrungen geprägt ist. All diese Fakto-

ren können zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung beitragen.

So drängt sich die Frage auf, welche belastenden Umstände im Kindes- wie im Erwachsenenalter für das Ver-

ständnis von komorbiden PTBS bei Alkoholpatient/innen von besonderer Bedeutung sind. Zur Überprüfung der Bedeutsamkeit der belastenden Lebensumstände wurde als statistisches Verfahren einer "Multiple Regression" Analyse angewandt.

Beziehung Trauma-PTBS Komorbidität
N=122 Männer (unabhängige Risikofaktoren)

	Lebenslange PTBS
Schritt 1: Alter	
Schritt 2:	
-Körperlicher Missbrauch	
-Sexueller Missbrauch	*
-Beide Arten d. Missbrauchs	
-Früher Verlust	
-Miterleben von Gewalt	*
-Alkohol Mutter	
-Alkohol Vater	
-Dysfunktion Mutter	
-Dysfunktion Vater	
-Körperl. Missbrauch >16	
- Sexueller Missbrauch >16	

Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf männlichen Patienten. In der Gruppe der weiblichen Patienten, die nur 33 Frauen umfasste, war ein Multiple Regression Analyse nicht möglich.

Die Sternchen in der Tabelle beziehen sich auf die Signifikanz eines Faktors.

Wenn wir einen Blick auf die Sternchen werfen, zeigt diese Tabelle, dass männliche Alkoholpatienten, die von sexuellem Missbrauch oder dem Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern im Kindesalter berichten, ein

höheres Risiko für das Vorliegen einer posttraumatische Belastungsstörung haben, unabhängig von anderen Risikofaktoren (Langeland et al., 2004a,b). Diese Erkenntnisse bezüglich der Bedeutung von frühen Traumata für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen den bisherigen Forschungsbefunden.

In der Literatur wird darauf verwiesen, dass eine PTBS als Folge von traumatischen Kindheitserlebnissen ein hohes Maß psychiatrischer Komorbidität beinhalten kann (Deering et al.

1996). Das führt zu der Frage, ob es bei männlichen alkoholabhängigen PTBS-Patienten mit frühen Viktimisierungserfahrungen zu schwerwiegenden diagnostischen Problemen kommt. Im Hinblick auf eine zusätzliche Komorbidität bei männlichen alkoholabhängigen Patienten mit PTBS verfügen wir über Daten bezüglich schwerer Depressionen, Angststörungen, antisozialer Persönlichkeitsstörung und dissoziativer Symptome.

Bei den männlichen alkoholabhängigen Patienten mit PTBS wurden wesentlich schwerwiegendere diagnostische Probleme festgestellt als bei Patienten ohne diese Diagnose. Von unseren männlichen Patienten mit PTBS litten 53% unter zwei oder mehreren solcher zusätzlichen Achse I Störungen, das heist schwere Depressionen und Angststörungen. Außerdem wiesen die Befunde zum Zusammenhang zwischen PTBS und anderer Achse I Störungen auf komplexe klinische Profile hin, die Dystymie, soziale Phobie und Agoraphobie sowie PTBS einschlossen, insbesondere bei männlichen Patienten, die über schwerere und intrusivere Formen von frühem sexuellen Missbrauch sowie multiple frühe Traumatisierungen berichteten (Langeland et al. 2004a,b).

Darüber hinaus erfüllten 35% der männlichen Alkoholabhängigen, die unter einer PTBS litten, die DSM-III-R-Kriterien bezüglich einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu anderen negativen Kindheitserlebnissen und tätlichen Übergriffen im Erwachsenenalter waren Alkoholprobleme der Mutter und das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern unabhängige Risikofaktoren für das

Vorliegen einer Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Wie ist die Beziehung zwischen antisozialem Verhalten und Symptomen posttraumatischer Belastung zu erklären? In der klinischen Literatur wurden aggressive Symptome und die geringe Empathiefähigkeit bei Untergruppen von männlichen Patienten mit ASP mit Symptomen einer PTBS in der Folge kindlicher Misshandlungen in Zusammenhang gebracht, wie zum Beispiel Störungen der Impulskontrolle und Alexithymie (siehe Langeland et al. 2004a).

Natürlich könnte man die Frage stellen, ob unsere Ergebnisse bezüglich der Beziehungen zwischen frühem Trauma, PTBS, zusätzlicher Achse I und Achse II Störungen und Alkoholabhängigkeit nicht aufgrund von Verzerrungen zustande gekommen sind. Wir haben nur Alkoholabhängige berücksichtigt, die Hilfe für ihre Alkoholprobleme suchten. Wir sind uns darüber im Klaren, dass es sich dabei um eine sehr selektive Gruppe handelt. Es wird geschätzt, dass jährlich nur circa 10% der Personen, bei denen eine Störung infolge Alkoholkonsums diagnostiziert wurde, in Einrichtungen zur Alkoholbehandlung aufgenommen werden.

Dennoch können wir sagen, wenn wir einen Blick in die allgemeine Literatur werfen, dass das Muster unserer Ergebnisse auf die Population im Allgemeinen zutrifft. Die Zahl der beobachteten, lebenslangen und aktuellen PTBS liegt im gleichen Bereich wie bei alkoholabhängigen Menschen der allgemeinen Bevölkerung (Kessler et al. 1997). Zudem stimmen unsere Ergebnisse bezüglich einer engen Verknüpfung von PTBS, Sozialer Phobie, ASP und Sucht bei männlichen Alko-

holpatienten überein mit den Ergebnissen, die im Rahmen von Gesellschaftsstudien gewonnen wurden (Goodwin & Hamilton, 2003; Sareen et al., 2004).

Innerhalb unserer Gruppe von weiblichen und männlichen Alkoholpatient/innen prüften wir auch die Verknüpfungen zwischen Trauma, PTBS und dissoziativer Symptome (Langeland et al., 2002b). Besonders bemerkenswert fanden wir Folgendes:

Im Gegensatz zu den Ergebnissen, die innerhalb der Probandengruppen psychisch Kranker gewonnen wurden, war Viktimisierung im Kindesalter nicht mit dissoziativen Symptomen assoziiert (Langeland et al., 2002b). Auffällig waren allgemein sehr geringe dissoziative Symptome bei den Alkoholabhängigen, auch bei schwer traumatisierten Personen. Darüber hinaus stand, dass Trauma mit einer PTBS-Diagnose assoziiert war, was jedoch nicht für die Dissoziation galt. Auch bei alkoholabhängigen Personen mit PTBS wurden geringe dissoziative Symptome gefunden. Der durchschnittliche Dissoziationsgrad, der anhand der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (Bernstein & Putnam, 1986) gemessen wurde, betrug 11,4. In Studien mit Alkoholabhängigen wird durchgängig von niedrigeren Dissoziationsgraden berichtet (siehe Langeland et al., 2002b).

Auf Grundlage unserer Ergebnisse ist zu vermuten, dass bei alkoholkranken Personen kein Zusammenhang zwischen einem Trauma und einer PTBS mit vielen dissoziativen Symptomen besteht. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der alkoholabhängigen Männer. Möglicherweise ist dieses darauf zurückzuführen, dass diese Individuen Substanzen missbrauchen, um dissoziationsähnliche Zustände zu errei-

chen: Ein Phänomen, das auch „chemische (oder substanzbezogene) Dissoziation“ genannt wird (Roesler & Dafler, 1993).

Aufgrund der Abwesenheit dieser Zusammenhänge kann abschließend folgender Schluss gezogen werden: Möglicherweise führt ein Trauma nicht zu psychologischer Dissoziation, sondern stattdessen zu chemischer Dissoziation, insbesondere bei Männern. Oder: Schwer traumatisierte Personen entwickeln zunächst eine psychologische Dissoziation, die sich aber bei entsprechender Veranlagung in eine chemische Dissoziation umwandelt. So kann vielleicht das hohe Risiko Traumatisierter erklärt werden, eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bei gleichzeitig geringen dissoziativen Symptomen zu entwickeln. Es ist möglich, dass dieses insbesondere auf Männer mit starken posttraumatischen hyperarousal Symptomen zutrifft, wie zum Beispiel Störungen der Impulskontrolle und aggressives Verhalten (siehe Langeland, 2003). In der Literatur findet man Hinweise darauf, dass dissoziative Symptome und Symptome antisozialen Verhaltens unterschiedliche Ausdrücke für vergleichbare ätiologische Prozesse sein können (z. B. Putnam, 1997). Prozesse, die möglichst geschlechtsspezifisch sind. Möglicherweise könnte bei Mitgliedern der Untergruppe der in frühem Alter schwer traumatisierten alkoholabhängigen Männer die chemische Dissoziation dann mit antisozialen Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen. Innerhalb unserer Studie wurden geringe psychologische dissoziative Symptome bei männlichen alkoholabhängigen Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung und antisozialer Persönlichkeitsstörung konstatiert.

Nachdem ich nun all diese Informationen präsentiert habe, stellt sich die Frage, welche Schlussfolgerungen bezüglich der Verknüpfungen zwischen Trauma und PTBS innerhalb unserer Probandengruppe der alkoholabhängigen Patient/innen gezogen werden können.

- Zuerst einmal ist zu erwähnen, dass Traumatisierungen in der Kindheit besonders bedeutsam für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung sein können.
- Darüber hinaus kann eine große diagnostische Heterogenität bei alkoholkranken Patient/innen mit PTBS als Folge von Kindheitstraumata festgestellt werden.
- Des Weiteren kann bei in frühem Alter traumatisierten alkoholkranken Patient/innen eine spezifische – das heißt angstbezogene – Unterart der PTBS vorliegen, die sich in zwanghaftem Vermeidungsverhalten und geringer psychologischer Dissoziation ausdrückt. Im Rahmen einer Studie mit PTBS-Patient/innen, die von Frank Putnam und Kollegen (1996) durchgeführt wurde, gab es Hinweise darauf, dass möglicherweise zwei Formen der PTBS im Hinblick auf die (pathologische) Dissoziation existieren: Die eine ist eher angstorientiert, häufiger bei Männern vorhanden, während die andere Form eher dissoziativer Art ist, eine Form die häufiger bei Frauen vorkommt. (siehe Langeland, 2003). Die angstbezogene Unterart steht möglicherweise stärker mit antisozialen Verhaltensweisen im Zusammenhang.
- Auch kann festgestellt werden, dass wenn eine PTBS vorliegt, die-

se oftmals in ein komplexes Muster von Psychopathologie eingebettet ist. Die komplexen, klinischen Profile, die bei in frühem Kindesalter traumatisierten alkoholabhängigen Patient/innen beobachtet wurden, deuten eher auf eine komplexe als auf eine einfache Form der PTBS hin (Herman, 1992). Diese komplexe Psychopathologie wird oft nicht als 'echte Komorbidität' angesehen, da die verschiedenen Störungen typischerweise Teil einer zeitlichen und ätiologischen Kaskade sind und nicht unabhängig voneinander vorliegen (Alarcon et al., 1999). Die PTBS und ihre Komorbidität werden eher als ein komplexes Spektrum von Traumafolgen gesehen. So deutet der in unserer Probandengruppe konstatierte signifikante Zusammenhang zwischen der Diagnose einer PTBS und der einer sozialen Phobie möglicherweise eher auf Symptomüberlappungen beider Störungen – wie Panikattacken und Vermeidung – als auf das Vorliegen zweier separater Störungen hin (siehe Langeland, 2003 und Langeland et al., 2004a). Übrigens schließen die Ergebnisse eine Selbstmedikation als möglichen Mechanismus nicht aus. Darüber hinaus untermauert die Literatur den Hinweis auf einen möglichen „Weg“ über die psychiatrische Komorbidität in die Sucht (siehe Langeland & van den Brink, 2004). So deuten z. B. die Ergebnisse einiger epidemiologischer Studien darauf hin, dass kein Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und Suchtkrankheiten, jedoch eine starke Beziehung zwischen Kindheitstrauma und psychiatrischer Komorbidität bei Suchtkrankheiten

besteht (Kessler et al., 1997b; de Graaf et al., 2002).

- Schließlich deuten die verfügbaren Daten darauf hin, dass Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ein untrennbarer Bestandteil einer komplexen Problemkonstellation sein kann, die Viktimisierungserfahrungen in der Kindheit und weitere negative Lebensereignisse bzw. -bedingungen beinhalten und eine Reihe weiterer psychischer Beeinträchtigungen umfassen. Ein Einblick in solche komplexe Strukturen führt zu der Erkenntnis, dass das simple Behandlungsziel „mit dem Trinken aufzuhören“ nur dann Sinn macht, wenn die gesamte Therapie auf dieses komplexe System von Problemen abgestimmt ist.

Welche Therapiemöglichkeiten können auf Grundlage unseres Befundes formuliert werden?

Zuerst einmal ist zu bemerken, dass der Behandlung sowohl einer PTBS als auch anderer phobischer Störungen bei traumatisierten alkoholabhängigen Menschen mit Sicherheit auch zukünftig Aufmerksamkeit zu schenken ist. Und, zweitens sollten Interventionsmaßnahmen sowohl auf psychische als auch körperliche Stressreaktionen ausgerichtet sein. Die Literatur beinhaltet Hinweise auf eine Dysregulation des Stressbewältigungssystems - vor allem die Nebennierenrinde oder HPA-Achse - als mögliches biologisches Zeichen für ein frühes Trauma und als Faktor, der zur Erhöhung des Risikos der Entwicklung einer PTBS im Erwachsenenalter als Reaktion auf andere Traumata beiträgt (Langeland et al., 2004c). Die Kenntnis möglicher neurobiologischer Mechanismen kann dazu führen, dass

wesentlich spezifischere Möglichkeiten der Pharmakotherapie alkoholabhängiger Patient/innen mit PTBS entwickelt werden können (siehe z. B. Van Etten & Taylor, 1998, Marshall & Pierce, 2000; Putnam & Hulsmann, 2002; Rinne et al., 2002).

Als Richtlinie für die klinische Praxis wird der derzeitige Behandlungsstandard für früh traumatisierte Patient/innen im Allgemeinen empfohlen; er legt besonderes Gewicht auf Stabilisierung und Symptomreduktion (Chu, 1998). Es sollte dabei erwähnt werden, dass alkoholabhängige PTBS-Patient/innen mit multiplen Traumatisierungen, die viele Jahre vor der Behandlung stattfanden, weniger ideale Kandidaten für eine Expositionsbehandlung darstellen (Coffey et al., 2003).

Die Untersuchung weist erneut auf die Notwendigkeit hin, dass Screeningsfragen zu (multiplen) Traumatisierungen und zu PTBS in allen Einrichtungen zur Alkoholbehandlung zur Standarddiagnostik gehören sollten. Darüber hinaus ist die umfassende Erhebung der Psychopathologie einschließlich der Achse-I- und Achse-II-Störungen ein notwendiger erster Schritt, um Patient/innen mit komplexer PTBS adäquat zu versorgen.

Abschließend möchte ich einige Vorschläge zur weiteren Forschung vorbringen:

Insgesamt gesehen unterstreicht unsere Arbeit, dass es von höchster Wichtigkeit ist, dass in der Zukunft weitere empirische Forschungsstudien durchgeführt werden, um die Art und Weise, wie traumatische Erlebnisse zur Psychopathologie im Erwachsenenalter und im Besonderen zur Entwicklung einer PTBS beitragen können, zu analysieren. Zukünftige

Komorbiditätsstudien mit Probanden, die sich in einer Alkoholtherapie befinden, sollten den Zusammenhang zwischen einer PTBS und ihre Komorbidität erforschen. Diese Fragestellung wurde im Rahmen unserer Studie nicht umfassend untersucht. Schließlich wird die weitergehende Erforschung des Zusammenhangs zwischen Funktionsstörung der Stress-Achse, posttraumatischer Belastungsstörung und Rückfallproblematik vorgeschlagen. Dasselbe gilt auch für die weitere Evaluation von Behandlungsangeboten ohne Expositionsanteile für in frühem Alter und oftmals chronisch traumatisierte alkoholabhängige Patient/innen.

Die Behandlung von Patient/innen mit traumatischen Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte stellt eine große Herausforderung des Hilfesystems dar. Unsere Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, die vorhandenen Behandlungsangebote weiter an die besonderen Bedürfnisse dieser Patient/innengruppe anzupassen.

Literatur

Alarcon RD, Glover SG, Deering CG (1999). The cascade model: An alternative to comorbidity in the pathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Psychiatry* 62, 114-124

Bernstein EM, Putnam FW (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 727-735

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR (1997). Sex differences in posttraumatic stress

disorder. *Archives of General Psychiatry* 54, 1044-1048

Charney DS, Deutsch AY, Krystal JH, Soutwick SM, Davis M (1993). Psychobiologic mechanisms of post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 50, 294-305

Chu JA (1998). *Rebuilding shattered lives. The responsible treatment for complex posttraumatic and dissociative disorders.* New York: John Wiley & Sons.

Coffey SF, Dansky BS, Brady KT (2003). Exposure-based, trauma-focused therapy for comorbid post-traumatic stress disorder-substance use disorder. In: Ouimette PC, Brown P (Hrsg.). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 127-146.

De Bernardo GL, Newcomb M, Toth A, Richey G, Mendoza R (2002). Comorbid psychiatric and alcohol abuse/dependence disorders: Psychosocial stress, abuse, and personal history factors of those in treatment. *Journal on Addictive Diseases* 21, 43-59

De Graaf R, Bijl RV, Smit F, et al (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance used disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 620-629

Deering CG, Glover SG, Ready D, Eddleman HC, Alarcon RD (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry* 37, 336-346

Draijer N, Langeland W (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 156, 379-385

Dunn GE, Ryan JJ, Paolo AM, van der Fleet JN: Comorbidity of dissociative disorders among patients with substance use disorders. *Psychiatric Services* 46, 153-156

Goodwin RD, Hamilton SP (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research* 117, 159-166

Grice DE, Brady KT, Dustan LR, Malcolm R, Kilpatrick DG (1995). Sexual and physical assault history and post-traumatic stress disorder in substance-dependent individuals. *The American Journal on the Addictions* 4, 297-305

Helzer JE, Robins LN, McEvoy L (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine* 317, 1630-1634

Herman JL (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hien DA, Cohen LR, Miele GM, Litt LC, Capstick C (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 161, 1426-1432

Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry* 158, 1184-1190

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). PTSD

in the National Co-morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060

Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119

Khantzian EJ (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry* 142, 1259-1264

Kokkevi A, Hartgers C (1995). Euro-ASI: European adaptation of a multi-dimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction research* 1, 208-210

Kosten TR, Krystal J (1988). Biological mechanisms in posttraumatic stress disorder: Relevance for substance abuse. In: Galanter M (ed.), *Recent developments in alcoholism*. New York: Plenum Press, 6, 49-68

Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 147, 685-695

Kutscher S, Hayatghebi S, Birkhahn H, Thiemeier R, Reinert T, Tagay S, Langkafel M, Banger M (2000): Traumatische Lebensereignisse und posttraumatische Belastungsstörung bei alkoholabhängigen Patienten. *Nervenarzt, Suppl.* 1, 200

Landheim AS, Bakken K, Vaglum P (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research* 9, 8-17

Langeland W (2003). Childhood trauma in treated alcoholics. Prevalence and relevance for clinical impairment. Dissertation, Faculty of Medicine, University of Amsterdam. Wageningen: Ponsen & Looijen bv.

Langeland W, van den Brink W (2004). Child sexual abuse and substance use disorders: role of psychiatric co-morbidity. *British Journal of Psychiatry* 185, 353

Langeland W, van den Brink W, Draijer N, Hartgers C (2001). Sensitivity of the Addiction Severity Index physical and sexual assault items: Preliminary findings on gender differences. *European Addiction Research* 7, 193-197

Langeland W, van den Brink W, Draijer N (2002a). Trauma, trauma-related distress, and perceived parental dysfunction: Associations with severity of drinking problems in treated alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190, 337-340

Langeland W, van den Brink W, Draijer, N (2004a) Traumatische Erlebnisse in der Kindheit und psychiatrische Komorbidität bei erwachsenen männlichen Alkoholkranken: Empirische Untersuchungsergebnisse und ihre klinische Bedeutung. (Childhood trauma and psychiatric co-morbidity in adult male alcoholics: Empirical findings and clinical implications). *Suchttherapie* 5, 132-136

Langeland W, van den Brink W, Draijer N (2004c). Fysieke en seksuele traumatisering in de kindertijd en het ontstaan van alcoholproblemen. {Psychische und sexuelle Traumatisierung in der Kindheit und der Entwicklung von Alkoholproblemen} (Handboek Verslaving. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2002b). Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: Towards a resolution of inconsistent findings. *Comprehensive Psychiatry* 43, 195-203

Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2003). Assessment of lifetime physical and sexual abuse in treated alcoholics. Validity of the Addiction Severity Index. *Addictive Behaviors* 28, 871-881

Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2004b). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28, 441-447

Ouimette P, Brown PJ (Eds.) (2003). Trauma and substance abuse. Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss, DS (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129, 52-73

Peters L, Andrews G, Cottler LB, Chatterji S, Janca A, Smeets RMW (1996). The Composite International Diagnostic Interview Post-traumatic stress module: Preliminary data. *International Journal of methods in Psychiatric Research* 6, 167-174

Putnam FW (1997). Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective. New York: The Guilford Press

Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, Bowman P, Coons P, Chu J, Dill D, Loe-

wenstein RJ, Braun BG (1996). Patterns of dissociation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 673-679

Roesler TA, Dafler CE (1993). Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: alcohol and drug use in adult survivors. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10:537-543

Sareen J, Stein MB, Cox BJ, Hassard ST (2004). Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192, 178-186

Widom CS (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry* 156, 1223-1229

*Traumatisierungen
bei Suchtpatient/innen – Relevanz und
spezifische Behandlungsansätze in der
Suchttherapie*

Ingo Schäfer

Hamburg

Die Lebensgeschichten suchtkranker Menschen sind häufig durch traumatische Erfahrungen geprägt. Insbesondere interpersonale Traumatisierungen im Kindesalter, wie sexueller Missbrauch, körperliche oder emotionale Misshandlung, sind bei Suchtpatient/innen häufig anzutreffen. In einer neueren Übersichtsarbeit fassten Simpson und Miller 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 Patient/innen. Über alle Studien hinweg wurden körperliche Misshandlungen von jeweils etwa einem Drittel weiblicher wie männlicher Patient/innen berichtet. Viele Untersuchungen zeigten zudem, dass Suchtpatient/innen auch in späteren Lebensabschnitten weitaus häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind. Die Bedeutung dieser Erfahrungen unterstreichen Studien zu Unterschieden im Hinblick auf den Verlauf der Suchterkrankung bei Betroffenen. So fand sich bei traumatisierten Patient/innen ein jüngeres Alter bei Erstkonsum, riskantere Konsummuster und eine größere Anzahl von zusätzlichen somatischen und psychischen Begleiterkrankungen. 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. Vor diesem Hintergrund wird der Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen und Sucht häufig im Sinne der „Selbstmedikationshypothese“ verstanden. 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. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass Patient/innen mit posttraumatischen Beeinträchtigungen schlechter von etablierten suchtherapeutischen Interventionen profitieren, eine schlechtere Therapieadhärenz mit geringeren Remissions- bzw. höheren Abbruchraten und häufigere Rückfälle aufweisen. Insgesamt wird ihre Behandlung von Therapeut/innen als deutlich schwieriger empfunden.

Während die besonderen Bedürfnisse traumatisierter Suchtpatient/innen in den vergangenen Jahren zunehmend deutlich wurden, liegen nur wenige Informationen dazu vor, inwieweit Einrichtungen im Bereich der Suchttherapie auf diese Patient/innengruppe 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 Rehabilitations-träger als Therapieeinrichtung im Suchtbereich anerkannt sind. 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.“. Von den 97 Fachkliniken in diesem Verband berichten 9 Einrichtungen (von denen zwei den oben erwähnten 8 Kliniken angehören), auf traumatisierte Patient/innen 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.“. Von diesen Kliniken berichten 11, die ebenfalls teilweise in der oben erwähnten Zusammenstellung des BKK-Bundesverbandes erwähnt werden, spezielle Angebote für traumatisierte Patient/innen 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 Patient/innen anbieten. Dies entspricht etwa 10% aller Fachkliniken. Wie telefonische Anfragen in diesen Einrichtungen ergaben, unterschei-

den 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 Patient/innen mit umfassend traumatherapeutisch geschulten Mitarbeiter/innen.

Wesentlich schwieriger sind Informationen darüber zu erhalten, welche Bedeutung dem Problem von Traumatisierungen bei Suchtpatient/innen 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. Über alle Einrichtungen hinweg schätzten die teilnehmenden Therapeut/innen, dass bei durchschnittlich einem Drittel der Patient/innen 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 Therapeut/innen...“) 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 Patient/innen 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 Patient/innen 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/innen dieser Einrichtungen den Anteil von Patient/innen, 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 Suchtpatient/innen mit Traumatisierungen in der Bundesrepublik keinesfalls als ausreichend angesehen werden. Ein besonderes Problem ergibt sich aus der Tatsache, dass eine adäquate Therapie dieser Patient/innengruppe 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 Krite-

rien 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 Therapeut/innenwahl. 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 Suchtpatient/innen gezeigt werden konnte, dass deren integrative Behandlung durch dieselben Therapeut/innen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Therapieerfolgen führt und auch von den Patient/innen bevorzugt wird, 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 Traumatherapeut/innen über die Durchführung spezialisierter Gruppenangebote durch externe Therapeut/innen bis hin zu einer sequentiellen Therapie erstrecken. In jedem Fall dürfte einer intensivierten Zusammenarbeit mit spezialisierten Angeboten bzw. Therapeut/innen 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 Patient/innen

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 Patientent/innengruppe abzustimmen.

Literatur

- 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.
- BKK Bundesverband. BKK Suchtinfo 2003. Essen.
- 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.
- 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.
- 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).
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (2004) www.suchthilfe.de.
- 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.
- Evans K, Sullivan J. Treating addicted survivors of trauma. 1995, New York: Guilford Press.
- 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.
- Fachverband Sucht e.V. (2004) www.sucht.de.
- 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.
- 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.
- 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.
- Khantzian E. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroine and cocaine

dependence. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: S. 1259-1264.

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.

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.

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.

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.

Najavits L. Clinicians' views on on treating posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22: S. 79-85.

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.

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.

Schäfer I, Schultz M, Verthein U, Krausz M (2004) Traumatisierungen bei Suchtpatienten – Relevanz und spezifische Behandlung in der ambulanten Suchttherapie. *Suchttherapie*, 5:118-123.

Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. *Clinical Psychology Review* 2002; 22: S. 27-77.

AG 1:

*Stationäre traumaspezifische
Behandlungsmethoden bei jugend-
lichen Drogenpatient/innen*

Wilfried Huck

Hamm

1. Einleitung

Das Ziel der Arbeitsgruppe war es, den Kolleg/innen anhand praktischer Beispiele Einblick in die traumaspezifische Arbeitsweise einer stationären Einrichtung, die mit jugendlichen Drogenpatient/innen arbeitet, zu geben. Dies umfasst die Diagnostik, therapeutische Handlungskonzepte, als auch den Umgang mit traumaspezifischen Krisen, die im stationären Alltag auftreten können.

Ich selbst hatte Gelegenheit, Mitte der 90er Jahre meine traumaspezifische Ausbildung bei Prof. Sachsse, Göttingen, und bei Frau Dr. Reddemann, Bielefeld, machen zu können. Da damals kaum kinder- bzw. jugendspezifische Angebote vorhanden waren, war es für mich notwendig, selektiv „Bausteine“ u.a. bei B. und S. Tinker bzw. Frau Eckardt in Berlin zu integrieren bzw. durch eigenes „Experimentieren“ im Rahmen einer Traumaambulanz und Austausch mit Fachkolleg/innen ein Behandlungssetting zu entwickeln, das den Jugendlichen mit ihrer spezifischen Problematik gerecht werden kann. Eine EMDR-Ausbildung schloss sich an. Wichtig war es, diese Erfahrungen in das Behandlungssetting der Drogenarbeit zu implementieren - ein Prozess, der noch am Anfang steht.

2. Diagnostik

Im Hinblick auf eine umfassende Diagnostik habe ich den „Traumafragebogen nach ICD 10“ immer wieder modifiziert, um den Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, dies auch im Hinblick auf evtl. anstehende Begutachtungen nach dem Opferentschädigungsgesetz. Der Fokus ist im Rah-

men der Diagnostik auf die Auswirkungen und aktuelle Symptomatologie, nicht oder nur bedingt auf das Erlittene, gerichtet.

Um dissoziative Zustände zu erfassen, sind die Anwendung des Fragebogen DESNOS und das Heidelberger Dissoziationsinventar (SDE-J) sehr nützlich. Im nachfolgenden Gespräch wurden Fragen vertieft wie:

- Wann habe ich das Gefühl des Schwebens/Aussteigens?
- Was sind die Auslöser?
- Wieweit bewege ich mich weg? Was spüre ich oder nicht mehr?
- Wie hole mich wieder in die Realität zurück?
- Würde ich mir von außen Hilfe wünschen, damit ich wieder zurückkomme?
- Woran kann ein Außenstehender möglicherweise erkennen, dass ich mich in diesem Zustand befinde?

3. Die verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses sind zu beachten, um einen sicheren „Rahmen“ für den Patient/innen herstellen zu können

a) Die Phase der Sicherheit :

- Aufbauen einer stabilen Bindungserfahrung mit dem Therapeuten/der Therapeutin bzw. Team
- Kontrolle über den eigenen Körper wiedererlangen - körperbezogene Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen, körperl. Bewegung usw. autonom befriedigen
- In Abgrenzung zur Außenwelt einen sicheren Lebensraum etablieren, die Fähigkeit zum Selbstschutz rangiert an erster Stelle

- Erlernen von Selbstberuhigungsstrategien; sicherer Ort und innere Helfer
 - evtl. Einsatz von Medikamenten, um das Hin- und Herpendeln zw. innerer Übererregung, Überaktivität und einer als vernichtend erlebten Erstarrung zu reduzieren
 - Vorsichtiger Gebrauch von Entspannungstechniken – die Patient/innen brauchen die verbleibende Vigilanz, um sich selbst zu spüren und nicht in den Sog regressiver Traumphasen gezogen zu werden
 - kognitive Strategien, der Gebrauch von Tagebüchern, die Definition von Hausaufgaben für das Management dieser Gefühle und die Entwicklung konkreter Pläne, um eigenständige Sicherheit zu gewinnen. - Verlässliche Absprachen in Bezug auf Zeitstruktur, Stationsregeln und Therapievereinbarungen
 - Gebrauch von Übergangsobjekten oder Erinnerungssymbolen als Angebote zur positiven Identifikation und die Entwicklung selbststabilisierender Fähigkeiten
- b) Therapiephase der eigentlichen Traumarbeit:
- Fokus auf eine aktive und tiefergehende Erforschung der traumatischen Erfahrungen nach Aufbau einer tragfähigen Beziehung und eigenregulatorischer Fähigkeiten
 - ausdrückliche Zustimmung der Patient/innen zur Traumarbeit
 - Unterteilung des aufdeckenden Prozesses in „verdaubare“ Unterabschnitte, Stärkung der Patient/innen, die Kontrolle für die Temporegulierung und die Intensivierung des Prozesses soweit wie möglich zu übernehmen
- Ziel der aufdeckenden Arbeit ist nicht primär die Katharsis, sondern vielmehr eine Integration der traumatischen Erfahrung in das Spektrum der Gesamtpersönlichkeit
 - Schwere depressive Krisen, die sich aufgrund der sich jetzt intensivierenden Traumarbeit anschließen, können durch den Aufenthalt in einer Peergroup gemildert werden
- c) Die Phase der Wiederherstellung der Beziehung zu den anderen:
- Der Fokus liegt auf der Wiederherstellung sozialer Kontakte und Unterstützung in Schule/Beruf
 - Erweitern gewonnener Einsichten in den Charakter ausbeuterischer Beziehungen und der damit verbundenen Gewalt- und Hilflosigkeitserfahrung auf den bestehenden familiären Kontext oder andere soziale Kontakte
 - Grenzsetzung gegen Beziehungen mit ausbeuterischem Charakter
 - nichtausbeuterische Beziehungen sollen gestärkt werden
 - Juristische Konsequenzen im Hinblick auf den Täter sollten jetzt mit Distanz überdacht werden
 - je nach Gegebenheit besteht nun Raum für Familientherapie oder Versöhnungsarbeit

4. Umgang mit Krisen

Gerade in den Abendstunden, wenn Jugendliche ganz auf sich - ohne Ablenkung und ohne die „Prothese“ Droge - zurückgeworfen sind, kommt es häufig zu Überflutungszuständen (Flashbacks und dissoziativen Zustän-

den), die psychosenah anmuten. Deshalb ist das Erlernen von Dissoziationsstops äußerst hilfreich. Diese Technik ist eine „Konfusionstechnik“. Intrusionen und Flashbacks werden dabei als Manifestationen von gespeicherten Ereignisfragmenten (meist visuelle Abläufe, oft auch akustische, olfaktorische oder kinästhetisch - sensorische Erinnerungsfragmente) angesehen.

Dissoziationsstops haben das Ziel, einen dissoziativen Zustand zu durchbrechen. Das bedeutet: Uneinfühlsam sein, abgegrenzt sein, stören. Das Prinzip ist immer das gleiche:

- einschwingen: z.B. Schaukelbewegung: im Sinne eines Pacing, d.h. mitschaukeln: „Ich schaukele mit Ihnen einfach etwas mit. Es ist sehr gut, wie Sie das machen. So ein Schaukeln ist enorm beruhigend. Konzentrieren Sie sich ganz darauf.“ Bitte nicht aus dem Rhythmus kommen (eine bewusste Handlung in der Gegenwart ist etwas anderes als ein Bewegungsautomatismus),
- irritieren, indem ich Namen - und Zeitenverwechslungen vornehme,
- unterbrechen: mit Elementen der Bildschirmtechnik, Tresor-Übung,
- Beziehung in der Gegenwart herstellen,
- dann: Lagewechsel – Ortswechsel – Themenwechsel vornehmen.

5. Funktion der Sucht

Die Funktion von Drogen bzw. Alkohol ist eine „narkotisierende oder anästhetisierende“, um die seelischen Schmerzen zu betäuben und um die Flashbacks verdrängen bzw. unter

Kontrolle bringen zu können. Eine Traumatherapie im Rahmen der stationären Drogentherapie muss m. E. dies berücksichtigen, d.h. Rückfälle sind z.B. während einer Entgiftungsphase, wo die „Prothese Droge“ fehlt, anders zu bewerten. Während der Entgiftungsphase sind begleitende traumaspezifische Maßnahmen zur Anwendung zu bringen, um einen vorzeitigen Abbruch zu verhindern bzw. die insbesondere nachts auftauchenden Phänomene nicht nur besser zu verstehen, sondern auch Lösungswege anbieten zu können.

6. Es gibt unterschiedliche schulenspezifische Techniken

Wichtig war es für mich, diese für Jugendliche und junge Drogenabhängige im Sinne einer integrativen Traumatherapie zu modifizieren und entwicklungspezifische Aspekte zu berücksichtigen.

- Gestalttherapeutische Konzepte: Verbindung von integrativer leibtherapeutischer Arbeit, Musik- und Kunsttherapie (expressive Medien)
- Techniken des Psychodramas
- Lösungsorientierte Ansätze
- Hypnotherapeutische Ansätze z.B. nach M. Philipps
- Methode des Briefeschreibens und Tagebuchführens
- Therapiestrategien aus dem Bereich kognitiver Verhaltenstherapie
- Technische Überlegungen aus dem Bereich psychoanalytischer Therapie
- Die Technik des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

- Screenverfahren und Methode des „indirekten Videos“
- Imaginative Verfahren nach Reddemann
- Entwicklung von Ritualen
- Einbettung in systemische Vorgehensweisen, Mitbeteiligung relevanter
- Bezugspersonen, Einschätzung von Risiko- und Schutzfaktoren, Reduktion von Stressoren
- Stressbewältigungstraining
- Kreativtherapeutische Verfahren: Malen, Bewegung/Tanz, Musik
- Zugangsmöglichkeiten über Piktogramme
- Umgang mit täterspezifischen „Implantaten“: Erleben von double-bind-Situationen, Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen, Gefühle des „Verrücktseins“

7. Informationen an die Eltern bzw. relevante Bezugspersonen:

Wichtig ist eine umfassende Information nicht nur der Patient/innen, sondern auch – wenn es vom therapeutischen Prozess her sinnvoll ist – für Eltern und wichtige relevante Bezugspersonen, um destruktive Dynamiken gerade im Autonomieprozess der Jugendlichen zu verhindern und um diese Personen effektiv im weiteren Verlauf im Sinne eines stützenden „Rahmens“ mit einbeziehen zu können. Manchmal eröffnen Mütter eigene Traumaerfahrungen aus ihrer Kindheit bzw. Jugendzeit.

Diese Informationen sind für Eltern und Bezugspersonen gedacht, deren Kinder Opfer von Raubüberfällen, Körperverletzung, sexuellem Missbrauch, Vergewaltigung und anderen Gewalttaten geworden sind oder unmittelbare Zeugen waren.

Die folgenden Informationen sollen Ihnen helfen, eine aktuelle „Situationsbeschreibung“ vorzunehmen.

Wir sind uns dabei sehr wohl bewusst, dass jede Erinnerung an die Gewalttat(en) nicht nur für Ihr Kind, sondern auch für Sie als Eltern belastend ist und mit verschiedensten Gefühlen wie Hilflosigkeit, Angst und Wut verbunden sein kann.

Während der Gewaltsituation hat ihr Kind sich selbst vielleicht ganz anders als normalerweise erlebt. Die erlebte Situation wird oft als unwirklich, wie in einem Film wahrgenommen. Manche Kinder und Jugendliche beobachten sich wie von außen oder haben das Gefühl, sie seien gar nicht selbst betroffen. Schmerzen werden manchmal erst viel später wahrgenommen. Wichtige Ausschnitte der Situation können manchmal nicht erinnert werden, während andere Details überdeutlich im Gedächtnis bleiben. Viele Opfer erleben einen Zustand größter Verwirrung oder sie tun Dinge, die für sie ganz ungewöhnlich sind. Sie sind deshalb nicht verrückt, sondern sie reagieren auf eine „verrückte“ Situation, die sie unvorbereitet getroffen hat.

Reaktionen auf ein Gewalterlebnis:

Man kann die Reaktionen auf ein Gewalterlebnis in drei Phasen einteilen, die aufeinander folgen:

• Schockreaktion

• Einwirkungsphase

• Erholungsphase

In der Regel tritt zunächst ein schockartiger Zustand auf, in dem das betroffene Kind oder der betroffene Jugendliche noch sehr aufgeregt, verwirrt, traurig oder wütend ist. Manche Opfer fühlen sich wie betäubt. Dieser Zustand geht nach einigen Stunden oder Tagen zurück.

Die Zeit danach kann man als Einwirkungsphase bezeichnen. Sie kann einige Wochen dauern. Die Betroffenen versuchen, mit der Gewalterfahrung fertig zu werden und zu einem "normalen" Leben zurückzufinden. Diese Zeit steht immer noch stark unter dem Eindruck des Ereignisses. Auch jetzt treten oft noch starke Wut, Angst, Depressionen, Selbstzweifel, Schlafprobleme und andere Schwierigkeiten z.B. Konzentrationsprobleme auf. Nach einiger Zeit erholen sich viele Kinder und Jugendliche von den schrecklichen Erlebnissen.

Wichtig ist, ihnen Zeit zu lassen und sie nicht zu drängen, mit allem „fertig werden“ zu müssen.

Aber nicht jedes betroffene Kind oder jeder betroffene Jugendliche erholt sich wieder. Oft müssen Gewaltopfer mit erheblichen gesundheitlichen Schäden rechnen, die Folge der seelischen Verletzung sind, die sie erlitten haben. Dazu gehören z.B. Schlafstörungen, Alpträume, ständiges Wiedererleben der Verbrechenssituation, Depressionen und Angstzustände. Manche Kinder und Jugendliche leiden unter Nervosität, Konzentrations-schwierigkeiten oder einem tiefen Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Diese und andere Folgen können unter Umständen jahrelang anhalten. Dies hängt u.a. von Schwere und näheren Umständen der Gewalterfahrung ab und von der Möglichkeit, sich wieder sicher fühlen zu können.

Besonders in der Schock- und Einwirkungsphase werden Sie Ihr Kind sehr verändert erleben. Während der Erholungsphase gelingt es Ihrem Kind dann langsam, zu einem „normalen“ Leben zurückzukehren und das Trauma zu verarbeiten.

Manchmal glauben Opfer von Gewaltverbrechen, dass sie selbst Schuld oder Mitschuld hatten. Oder sie werden von Außenstehenden, sogar von Freunden oder Verwandten beschuldigt, z.B. bei Vergewaltigungen. Dies kann auch in verdeckter Form geschehen („Mir wäre das nicht passiert“). Solche Beschuldigungen sind sehr belastend und können tiefe Selbstzweifel auslösen.

Vergewaltigung gehört zu den schwersten Übergriffen, die ein Mensch erleben kann. Entsprechend schwierig ist es, sich davon zu erholen. Eine Vergewaltigung wird als tiefe Demütigung, Erniedrigung und Verletzung der Menschenwürde erfahren. Sie kann umfassend das Vertrauen zu anderen Menschen, zu sich selbst und zum eigenen Körper erschüttern. All dies zu verarbeiten oder zu vergessen ist sehr schwierig. Ekel vor sich selbst oder anderen, sich übergeben müssen und Partnerprobleme treten häufig auf und halten lange an. Eine wirksame Verarbeitung ist ohne professionelle Hilfe oft nicht möglich, vor allem dann, wenn Selbstzweifel noch von außen unterstützt werden, mit denen sich betroffene Kinder und Jugendliche ohnehin schon quälen.

War das Opfer mit dem Täter schon vor der Tat bekannt, so ist dies besonders belastend. Viele Betroffene fragen sich, wie es zu dem Ausbruch von Gewalt kommen konnte und ob sie etwas falsch gemacht haben.

Für die Erholung Ihres Kindes ist viel Zeit notwendig! Achten Sie darauf, dass Sie und Ihr Kind sich sicher fühlen können, reden Sie mit Freunden und Verwandten, denen Sie vertrauen können! Gönnen Sie sich aber auch die nötige Ruhe!

Opfer von Gewalttaten haben ein psychisches Trauma erlitten. Dies lässt sich mit körperlichen Verletzungen vergleichen. Auch eine seelische Wunde braucht Zeit und Pflege, um zu verheilen. Ein Trauma ist ein so überwältigendes Erlebnis, dass die Seele automatische Schutzreaktionen entwickelt. Dies geschieht z.B., indem man glaubt, dass es gar nicht tatsächlich passiert ist, oder indem man jede Erinnerung und die dazugehörigen Gefühle vermeidet.

Es ist normal, sich bei seelischen Verletzungen helfen zu lassen, ebenso wie man bei körperlichen ja auch einen Arzt aufsucht.

Auch gleich in der ersten Zeit, wenn es Ihrem Kind gerade noch sehr schlecht geht, sollten Sie keine Hemmungen haben, sich an Spezialisten zu wenden. Hier kann festgestellt werden, wie Ihr Kind bei Schwierigkeiten im Alltag und im Umgang mit den oft überwältigenden Gefühlen geholfen werden kann. Dadurch kann frühzeitig der natürliche Verarbeitungsprozess wiederhergestellt werden bzw. beschleunigt und erleichtert werden.

8) Anhand einer Fallvignette soll abschließend verdeutlicht werden, inwiefern durch neue traumaspezifische Ansätze eine positive Entwicklung im therapeutischen Prozess von jungen Drogenpatient/innen erzielt wird.

D. hat eine polytoxikomane Entwicklung mit Gewalterfahrungen durch ihren Freund hinter sich. Nachdem sie sich auf eine mehrmonatige Reha-Behandlung eingelassen hatte und sich im Rahmen ihrer Einzel- wie Gruppentherapie offen über diese für sie traumatischen Erlebnisse einlassen konnte, kam es immer wieder zu flashback-artigen Episoden, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen.

Nachdem sie das Gefühl entwickelt hatte, im stationären Rahmen genügend geschützt zu sein, konnte sie sich auf eine traumaspezifische Behandlung einlassen, an dem auch der zuständige Einzeltherapeut beteiligt war, so dass eine Verbindung zur Einzeltherapie, Gruppentherapie und Familientherapie hergestellt werden konnte und die Prozesse auf diese Art und Weise „vernetzt“ werden konnten. Zunächst wurden Imaginationsübungen zur Stabilisierung und Ressourcenstärkung z.T. mit Bildtechniken durchgeführt. Dadurch konnten auch negative Glaubensüberzeugungen z.B. „es kann sich eh nichts ändern“ in Frage gestellt bzw. partiell verändert werden.

Mittels Bildtechniken berichtete sie schamhaft erstmals über dissoziative Zustände, die sie bisher verheimlicht hatte, aus der Angst heraus als „verrückt“ etikettiert zu werden. Im Hei-

Für die Erholung Ihres Kindes ist viel Zeit notwendig! Achten Sie darauf, dass Sie und Ihr Kind sich sicher fühlen können, reden Sie mit Freunden und Verwandten, denen Sie vertrauen können! Gönnen Sie sich aber auch die nötige Ruhe!

Opfer von Gewalttaten haben ein psychisches Trauma erlitten. Dies lässt sich mit körperlichen Verletzungen vergleichen. Auch eine seelische Wunde braucht Zeit und Pflege, um zu verheilen. Ein Trauma ist ein so überwältigendes Erlebnis, dass die Seele automatische Schutzreaktionen entwickelt. Dies geschieht z.B., indem man glaubt, dass es gar nicht tatsächlich passiert ist, oder indem man jede Erinnerung und die dazugehörigen Gefühle vermeidet.

Es ist normal, sich bei seelischen Verletzungen helfen zu lassen, ebenso wie man bei körperlichen ja auch einen Arzt aufsucht. Auch gleich in der ersten Zeit, wenn es Ihrem Kind gerade noch sehr schlecht geht, sollten Sie keine Hemmungen haben, sich an Spezialisten zu wenden. Hier kann festgestellt werden, wie Ihr Kind bei Schwierigkeiten im Alltag und im Umgang mit den oft überwältigenden Gefühlen geholfen werden kann. Dadurch kann frühzeitig der natürliche Verarbeitungsprozess wiederhergestellt werden bzw. beschleunigt und erleichtert werden.

8) Anhand einer Fallvignette soll abschließend verdeutlicht werden, inwiefern durch neue traumaspezifische Ansätze eine positive Entwicklung im therapeutischen Prozess von jungen Drogenpatienten/innen erzielt wird.

D. hat eine polytoxikomane Entwicklung mit Gewalterfahrungen durch ihren Freund hinter sich. Nachdem sie sich auf eine mehrmonatige Rehabilitation eingelassen hatte und sich im Rahmen ihrer Einzel- wie Gruppentherapie offen über diese für sie traumatischen Erlebnisse einlassen konnte, kam es immer wieder zu flashback-artigen Episoden, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen.

Nachdem sie das Gefühl entwickelt hatte, im stationären Rahmen genügend geschützt zu sein, konnte sie sich auf eine traumaspezifische Behandlung einlassen, an dem auch der zuständige Einzeltherapeut beteiligt war, so dass eine Verbindung zur Einzel-, Gruppentherapie und Familientherapie hergestellt werden konnte und die Prozesse auf diese Art und Weise „vernetzt“ werden konnten. Zunächst wurden Imaginationsübungen zur Stabilisierung und Ressourcenstärkung z.T. mit Bildtechniken durchgeführt. Dadurch konnten auch negative Glaubensüberzeugungen z.B. „es kann sich eh nichts ändern“ in Frage gestellt bzw. partiell verändert werden.

Mittels Bildtechniken berichtete sie schamhaft erstmals über dissoziative Zustände, die sie bisher verheimlicht hatte, aus der Angst heraus als „verrückt“ etikettiert zu werden. Im Hei-

delberger Dissoziations-Inventar zeigt sie deutliche Hinweise auf dissoziative

Ergebnisse.

D. konnte sich dann auf eine EMDR-Behandlung einlassen. Zunächst wurden die schlimmsten Erlebnisse mit ihrem Freund (im Alter von 13-16 Jahren) visualisiert, die einem Belastungsgrad von einem SUD-Wert von 8 entsprachen. In der zweiten EMDR-Be-handlung reagierte D. mit heftigen somatischen Beschwerden (Nackens- und Rückenproblemen, Brechreiz) und kam mit Bildern eines sexuellen Übergriffes von ihrem Vater im Alter von 8 Jahren in Kontakt (SUD-Wert von 9). Im Rahmen der Einzel- und Gruppen-therapie setzte sie sich dann intensiv-ver als bisher einerseits mit männlichen Personen auseinander, was auch zu Übertragungsreaktionen führte, andererseits kam es zu intensiven Gesprächen mit ihrer Mutter, um die partiellen Erinnerungsbilder zu vervollständigen bzw. herauszufinden, ob die Mutter sie hätte schützen können. Insgesamt wirkte sie im Verlauf der traumaspezifischen Behandlung, die in das therapeutische Konzept integriert war, freier, offener im Umgang mit Mitarbeiter/innen und Mitspatienten/innen und entwickelte mehr Optionen für Konfliktklärungen.

Literatur

Egler, Hoffmann, Joraschky: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Schattauer-Verlag, Stuttgart (1996)

Fischer, G.: KODOPS - Kölner Dokumentationsystem für Psychotherapie und Traumabehandlung, Verlag DIFT, Köln (2000)

Fischer, G., und P. Riedesser: Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB, Reinhardt, München, Basel (1998)

Herman, J.: Die Narben der Gewalt - Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, Kindler, München (1998)

Huck, W., und R. Schepker: Stationäre Behandlung von Drogenabhängigen, in: Hrsg.: R. Thomasius und U. J. Küster: Familie und Sucht, Schattauer Verlag, Stuttgart (2005)

Kirsch, A.: Trauma und Wirklichkeits(re)konstruktion: theoretische Überlegungen zu dem Phänomen wieder auftauchender Erinnerungen, Persönlichkeitsstörungen (PTT), Heft 3, S. 45-54 (1999)

LeDoux, J.: Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen, Hanser, München, Wien (1998)

Özkan, I.; Streack-Fischer, A.; Sachsse (Hrsg.): Trauma und Gesellschaft, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen (2002)

Reddemann, L.: Trauma und Wirklichkeitsstabilisierung: in PTT (Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Praxis, Heft 3) (1997)

Sachsse, U.; Reddemann, L.: Traumazentrierte Psychotherapie Teil 2: in: PTT Heft 2 (1998)

Shapiro, F.: EMDR-Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatischer Menschen, Jungfermann, Paderborn (1998)

Ergebnisse der AG 1:

1. These:

Aufgrund der Erfahrung, dass die Funktion der Droge sein kann, traumatische Erlebnisse und Symptomatologien zu verdrängen bzw. im Sinne einer Selbstmedikation zu beeinflussen, wird es in Zukunft immer wichtiger, traumaspesifische Behandlungsmethoden in stationäre wie ambulante Behandlungssettings zu integrieren.

2. These:

Dies erfordert nicht nur ein Umdenken, sondern die Entwicklung eines spezifischen Curriculums, das auf die Besonderheiten des Klientels zugeschnitten ist.

AG 2:

*Grundlagen der Traumatherapie –
Konzeptentwicklung und (teil)stationäre
Behandlung alkoholkranker
Traumapatient/innen*

Sabine Lehmann

Münster

Im Zusammenhang mit dem Thema „Grundlagen der Traumatherapie“ werden zwei Themenbereiche behandelt:

- I Vier-Phasen-Modell traumazentrierter Beratung und Psychotherapie als handlungsanleitender roter Faden, an dem sich alle seriösen traumaspezifischen Verfahren orientieren.
- II Traumaspezifische Behandlungsansätze im Überblick.

I. Vier-Phasen-Modell traumazentrierter Psychotherapie

Es gibt nicht nur viele verschiedene Arten von Therapien, es gibt inzwischen auch viele verschiedene Arten von Traumatherapien. Diese unterscheiden sich in ihrer Vorgehensweise zwar zum Teil erheblich, aber es gibt ein handlungsanleitendes Vier-Phasen-Modell, das sich in allen seriösen traumaspezifischen Behandlungsverfahren finden lässt.

Das Vier-Phasen-Modell traumazentrierter Psychotherapie ist eine Weiterentwicklung des Therapiephasenmodells von Pierre Janet (1889), welches die drei Phasen Stabilisierung, Traumaexposition, Integration umfasst. Es beinhaltet als zusätzliche Phase die sog. Orientierungs-/Konsolidierungsphase, so dass sich folgendes Modell ergibt:

Orientierungs-/Konsolidierungsphase: Sie umfasst die vier Aspekte Beziehungsaufbau und -gestaltung; Anamnese, Diagnostik, Prozessplanung.

- *Beziehungsaufbau und -gestaltung:* Herstellen einer tragfähigen Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchendem. Eine gute und

tragfähige Beziehung zwischen Helfer und Hilfesuchenden gilt als das zentrale Element jeder Traumatherapie, da man sich nur in einem Klima zwischenmenschlicher Sicherheit und Verlässlichkeit mit zutiefst verunsichernden Erfahrungen erfolgreich auseinandersetzen kann.

- *Anamnese:* Erfassung der Vorgeschichte der Klient/innen zuzüglich der speziellen traumatischen Vorerfahrungen (traumaspezifische Anamnese)
- *Diagnostik:* Erfassung und Klassifizierung der Leiden der Klient/innen
- *Prozessplanung:* Planung der Behandlung und ihrer einzelnen Schritte.

Stabilisierungsphase: Hier geht es darum, die Person zu stärken, d. h. ihr ein Gefühl von Kontrolle zu vermitteln und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zurückzugeben, um ein Gegengewicht zu schaffen zum traumatischen Ereignis, das immer durch das Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist. Die Stabilisierung ist die wichtigste und längste Phase überhaupt und unabdingbarer Bestandteil jeder erfolgreichen traumabezogenen Beratung und Therapie:

- sei es, um die Klient/innen in die Lage zu versetzen, ihr Trauma auf dieser Basis nach und nach von selbst verarbeiten zu können (z. B. bei singularer Traumatisierung),
- sei es, um sie auf eine traumabearbeitende Psychotherapie vorzubereiten oder
- sei es, weil sich aufgrund spezifischer Bedingungen der Klient/innen (z. B. anhaltender Täterkontakt oder geringe seelische Belastbar-

keit) die professionelle Hilfe allein auf stabilisierende Maßnahmen beschränken muss. In diesem Fall ist das Therapie- oder Beratungsziel dann erreicht, wenn es gelungen ist, die Person so weit zu festigen, dass sie ihren Alltag bewältigen und traumatisches Material sicher kontrollieren kann.

Stabilisierung bezieht sich auf die

- körperliche Ebene (dazu zählt z. B. das schrittweise Herstellen eines gesunden Körpergefühles),
- soziale Ebene (z. B. Unterbindung von Täterkontakt, Hilfestellungen bei der Mobilisierung finanzieller Unterstützung) und die
- psychische Ebene (z. B. Techniken zum Schutz vor der Überflutung durch traumatisches Material sowie Techniken der Selbstberuhigung).

Traumaexpositionsphase: In diesem Abschnitt der Behandlung geht es um die Auseinandersetzung/Konfrontation der Person mit den traumatischen Erfahrungen, um diese zu überwinden bzw. deren negativen Einfluss auf das alltägliche Leben zu reduzieren, dergestalt, dass das Erlebte nicht mehr als gegenwärtig, sondern als Vergangenheit erinnert wird.

Da die Beschäftigung mit den traumatischen Erfahrungen je nachdem sehr belastend sein kann, muss sicher gestellt sein, dass die Klient/innen in einer äußerlich stabilen Situation leben (d. h. vor allem: kein Täterkontakt, keine privaten oder gesundheitlichen Krisen, Vorhandensein sozialer Unterstützung) und dass sie in der Lage sind, traumatische Erinnerungen zuverlässig zu kontrollieren und fürsorglich und liebevoll mit sich selbst umzugehen. Nur so ist ein möglichst

schonender Prozess der Traumabearbeitung möglich und die Klient/innen vor Retraumatisierungen weitgehend geschützt.

Klient/innen, die ein einmaliges Trauma erlebt haben, können sich in der Regel rascher der Aufarbeitung des Ereignisses widmen, als vielfach Traumatisierte. Für einige sehr schwer traumatisierte Menschen kann eine Traumabearbeitung auch kontraindiziert sein; in diesen Fällen beschränkt sich das Therapieziel darauf, den Klient/innen so zu stabilisieren, dass er die traumatischen Erinnerungen unter Kontrolle halten und seinen Alltag somit gut bewältigen kann.

Während die Stabilisierung durchaus in Gruppensettings gefördert werden kann, ist für die Traumadurcharbeitung grundsätzlich ein einzeltherapeutisches Setting vorzuziehen. Der Grund dafür ist, dass die Traumakonfrontation in bzw. vor der Gruppe zur affektiven Überflutung und Retraumatisierung nicht nur des Betroffenen, sondern insbesondere der anderen, selbst schwer belasteten Gruppenmitglieder führen kann. Diese haben dann nicht mehr nur ihre eigene Traumageschichte zu tragen, sondern die der anderen noch dazu. Traumatherapie aber soll nicht belasten, sondern entlasten - schließlich kommt auch niemand auf die Idee, einem mit schwerem Gepäck beladenem Pferd noch mehr Gepäck aufzuladen in der Annahme, dies wäre ihm bei der Überwindung eines vor ihm liegenden Berges hilfreich.

Phase der Integration und des Neubeginns: In diesem Behandlungsabschnitt geht es zum einen um die Integration des Traumas in den eigenen Erfahrungskontext (psychologischer Aspekt), zum anderen um die (Re-)

Integration der Person in ihr altes bzw. ein neues soziales Umfeld (sozialer Aspekt).

II. Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren

Psychodynamische Ansätze

Ausgangspunkt psychodynamischer Ansätze ist die Erfahrung, dass traumatische Erinnerungen vergessen, verdrängt oder abgespalten werden, um das mit ihnen verbundene seelische Leiden vom bewussten Erleben fernzuhalten. Vor diesem Hintergrund stellen psychodynamisch orientierte Traumatherapien (z. B. Horowitz 1986; Lindy 1993 und 1996; Fischer 2000) das therapeutisch gestützte Wiedererinnern in den Vordergrund, um auf diese Weise ein Überwinden der traumatischen Erfahrung, ihre Integration in die Entwicklung der Persönlichkeit und somit die Herstellung einer biographischen Kontinuität ohne blinde Flecken zu ermöglichen (Flatten et al. 2001).

Zur Wirksamkeit rein psychodynamischer Traumatherapien liegen bislang nur wenige Studien vor; die meisten davon konnten keine beständige Verringerung psychotraumatischer Symptome zeigen (van der Kolk, McFarlane & van der Hart 2001). Eine Ausnahme bilden die Studien von Brom und Kleber (1989) sowie von Gersons und Carlier (1994).

Wichtig ist: Unmodifizierte, psychoanalytische Verfahren gelten nach den deutschen Leitlinien zur PTBS (Flatten et al. 2001, S. 7) sowie vieler erfahrener Traumatherapeut/innen für die Behandlung insbesondere komplex Traumatisierter als ungeeignet. Zum einen setzen sie ein halbwegs funktionierendes Normal-Ich voraus – „was in den

Flashbacks und dissoziativen Zuständen traumatisierter Patient/innen schon definitionsgemäß nicht vorhanden ist“ (Reddemann & Sachsse 1997, S. 114). Zum anderen entspricht das zentrale Konzept der Übertragung-Gegenübertragung in der Therapie einer Reaktualisierung der Täter-Opferbeziehung, was in vielen Fällen zu einer Retraumatisierung der Klient/innen führt.

Vor diesem Hintergrund haben Reddemann und Sachsse (1997) sowie Reddemann (2004) die sog. Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT) entwickelt, die Elemente vieler verschiedener Therapierichtungen in den analytischen Ansatz integriert, z. B. aus der Hypnotherapie, Regressionstherapie, Körpertherapie sowie der katathym-imaginativen Psychotherapie (KiP). Die meisten Elemente kommen dabei aus dem Bereich der imaginativ-hypnotherapeutischen Verfahren (s. w. u.). Auch Fischer (2000) entwickelte ein modifiziertes psychoanalytisches Verfahren („Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie“; MPTT), das methodenintegrativ arbeitet.

Kognitiv-behaviorale Verfahren

Kognitiv-behaviorale Verfahren integrieren auf lerntheoretischer Grundlage verschiedene therapeutische Vorgehensweisen mit dem Schwerpunkt der Behandlung von vermeidenden und angstbetonten Verhaltensmustern. Flatten et al. (2001) unterscheiden dabei folgende kognitiv-behaviorale Techniken der Traumabehandlung:

Konfrontationsverfahren

- Überflutende Reizkonfrontation (Flooding) bzw. massierte Exposi-

tion in vivo oder in sensu (z. B. Foa & Kozak, 1986). Eine moderne, etwas mildere Variante ist die „Prolonged Exposure“ (PE) von Rothbaum und Foa (1997). Reizüberflutungstechniken werden aufgrund ihrer potentiell retraumatisierenden Konfrontationsbedingungen kritisch diskutiert.

- Systematische, gestufte Reizkonfrontation bzw. graduelle Exposition in vivo oder in sensu, z. B. Systematische Desensibilisierung (SD) von Wolpe (1958).

Verfahren zur Angstbewältigung

- Entspannungstechniken (z. B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson 1983),
- Stressimpfungstraining (Meichenbaum 1994),
- Ablenkungstechniken sowie Gedankenstopp.

Ziel ist die Vermittlung von Strategien zur Angstkontrolle, um das Angstniveau zu reduzieren und die Übererregungssymptome zu kontrollieren.

Kognitive Techniken

Das Ziel kognitiver Techniken der Traumabehandlung ist das Erarbeiten einer angemessenen Sinn- und Bedeutungszuschreibung des Geschehenen. Zur Erreichung dieses Zieles geht es um die linguistische und semantische Rekonstruktion des Geschehenen, d. h. Worte für das Erlebte und die begleitenden Gefühle zu finden, die bewusste Integration der Traumarealität in das kognitive Selbstkonzept, die Restrukturierung kognitiver Annahmen, die Veränderung „automatischer“ negativer Gedanken sowie die Prüfung und Veränderung von Attributionen.

Die Befunde zur Wirksamkeit rein kognitiv-behavioraler Verfahren sind heterogen und abhängig von der Art des gewählten Verfahrens bzw. von der Kombination kognitiv-behavioraler Behandlungselemente. Nach einer Meta-Studie von van Etten und Taylor (1998) ergibt sich für kognitiv-behaviorale Therapien jedoch insgesamt eine gute Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion psychotraumatischer Symptome, die auch in Nachuntersuchungen erhalten bleibt.

Imaginativ-hypnotherapeutische Verfahren

Zumeist wird Imagination als bildhaftes Vorstellen verstanden, jedoch kann sich Imaginieren auf *sämtliche Sinnesqualitäten* beziehen, also sowohl visuell als auch taktil, gustatorisch, olfaktorisch oder auditiv sein.

Ausgangspunkt imaginativer Verfahren ist die Erkenntnis, dass traumatische Erinnerungen im Gehirn weniger sprachlich repräsentiert sind als vielmehr in Form von Sinneseindrücken (z. B. als Bild, Geruch, Geräusch oder Körperempfindung). Imaginative Verfahren knüpfen an diese spezielle Repräsentation des traumatischen Materials an und werden sowohl in der Phase der Stabilisierung als auch in der Traumadurcharbeitung eingesetzt. In der Stabilisierung lernen die Klient/innen zunächst, den inneren negativen Bildern des Traumas gute innere Bilder entgegenzusetzen. Vor diesem Hintergrund findet in der Traumadurcharbeitung eine dosierte Annäherung an das Trauma statt - etwa, indem die Klient/innen sich das traumatische Ereignis auf einem vorgestellten Bildschirm betrachten, den sie mit Hilfe einer imaginierten Fernbedienung regulieren können (Screen- bzw.

Bildschirmtechnik). Auf diese Weise ist es den Klient/innen möglich, die Konfrontation zu steuern und die damit verbundene gefühlsmäßige Belastung zu kontrollieren bzw. auf einem beherrschbaren Niveau zu halten.

Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit rein imaginativer Verfahren bei Traumatisierten liegen nicht vor. Die klinischen Erfahrungen mit dieser Vorgehensweise bei traumatisierten Menschen waren und sind jedoch so ermutigend, dass sie inzwischen nicht nur ein selbstverständliches Element in nahezu allen traumatherapeutischen Ansätzen darstellen, sondern auch zur Konzeptualisierung und Ausarbeitung eines eigenständigen Behandlungsverfahrens („Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie“; PITT) geführt haben (Reddemann 2004).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

„Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ heißt wörtlich übersetzt soviel wie „Augenbewegungs-Desensibilisierungs-und-Durcharbeitungs-Methode“. Da diese Übersetzung gegenüber dem englischen Originaltitel keine wesentliche Erleichterung darstellt, hat sich inzwischen nahezu überall die Abkürzung EMDR durchgesetzt.

Die Methode wurde zur Behandlung von Traumastörungen 1989 erstmals von Shapiro beschrieben und mittlerweile zu einem manualisierten Behandlungsverfahren weiter entwickelt. Es integriert psychodynamische, imaginative und kognitiv-behaviorale Elemente und wurde in Deutschland vor allen Dingen durch Hofmann (1996, 1999) populär gemacht.

Kernstück der EMDR-Methode ist, dass die Klient/innen sich auf bestimmte Teile der traumatischen Erinnerung konzentrieren und gleichzeitig, den Fingerbewegungen des Therapeuten folgend, die Augen rhythmisch nach links und rechts bewegen. Der hierdurch einsetzende entlastende Verarbeitungsprozess ist auch mit anderen Formen der bilateralen Stimulation (z. B. wechselseitiges Tippen auf die Handrücken, wechselseitige Töne in beide Ohren) induzierbar.

Es liegt eine vergleichsweise große Zahl kontrollierter Studien zu EMDR vor, so dass es derzeit als das wissenschaftlich am besten abgesicherte traumaspezifische Verfahren angesehen werden kann. Obgleich im Zusammenhang mit EMDR vielfach deutliche und nachhaltige Symptomverbesserungen nachgewiesen worden sind (z. B. Cahill et al. 1999; Shepherd et al. 2000), ist der Wirkmechanismus des Verfahrens bislang aber nicht eindeutig geklärt. Diskutiert werden u. a. physiologische Informationsverarbeitungsprozesse, die denen während des REM-Schlafes (sog. Traumschlafphase, in der Tageseindrücke verarbeitet werden) ähneln (Stickgold 1998).

Ansätze der Energetischen Psychologie

In jüngster Zeit machen verschiedene Therapieformen der sog. energetischen Psychologie auf sich aufmerksam. Diese energetischen Therapieansätze basieren im Wesentlichen auf den Erkenntnissen der fernöstlichen Medizin und stellen die Arbeit an und mit den sog. Meridianen (Energiebahnen des Körpers) in den Vordergrund. Ausgehend von der Annahme, dass der Ursprung emotionaler Probleme in

einer Störung des körpereigenen Energiesystems liegt, wird durch Stimulation der jeweiligen Akupunkturpunkte auf den betroffenen Meridianen der ungehinderte Energiefluss wieder angeregt und die psychische Störung somit gelindert oder aufgelöst.

Zu diesen neuesten Traumatherapieformen gehören z. B.: Emotional Freedom Techniques (EFT; Graig 1993); Thought Field Therapy (TFT; Callahan 1994a, 1994b); Energy Diagnostic and Treatment Methods (EdxTM; Gallo 1997b) und die Psycho-Kinesiologie (PK; Klinghardt 2003). In den USA und England sind diese Therapieansätze bereits relativ populär, und es werden - in Form von Fallvignetten - sehr gute Erfolge in der Behandlung psychotraumatischer Syndrome berichtet.

Körper- und Ausdrucksorientierte Verfahren

Insbesondere schwere und wiederholte Traumata (z. B. bei Folteropfern, Opfern frühkindlicher sexualisierter Gewalt) führen bei den Betroffenen nicht nur zu einer dauerhaften vegetativen Übererregtheit, sondern häufig auch zu gravierenden Veränderungen des Körpererlebens und der Gefühlswahrnehmung, in deren Folge u. a. chronische Schmerzzustände, selbstverletzendes Verhalten und Somatisierungsstörungen auftreten können. Körperstörungen dieser Art sind mit verbalen Techniken allein oft nicht zu beeinflussen; in vielen Settings wird daher parallel zur Kerntherapie mit Verfahren gearbeitet, die speziell der Verbesserung der Körper- und Gefühlswahrnehmung dienen. Das Spektrum der Möglichkeiten ist dabei sehr groß und reicht von der konzentri-

ten Bewegungstherapie und fernöstlichen Bewegungsmeditationen wie Qigong über spezielle Atemübungen, Massagetechniken und aromatherapeutische Anwendungen bis hin zu Möglichkeiten des kreativen Ausdrucks in Malerei, Musik, Tanz oder Spiel.

Wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit solcher Verfahren bei Traumastörungen liegen nicht vor, jedoch kommt ihnen aufgrund klinischer Erfahrungen ein hoher Stellenwert zu, um körperliche Integrationsprozesse zu fördern.

Pharmakotherapie

Psychopharmaka erlauben *keine kausale, sondern lediglich eine symptomatische Behandlung traumatischer Störungen*. Dabei sollte man folgende Empfehlungen berücksichtigen:

- **Neuroleptika** wirken antipsychotisch (z. B. gegen Wahnbildungen, Halluzinationen, Erregungszustände). Abzuraten ist von hochpotenten Neuroleptika (starker Einfluss auf die Zielsymptomatik, wenig sedierend), in Einzelfällen empfehlenswert sind mittelpotente und sog. atypische Neuroleptika, z. B. bei Schwersttraumatisierten in der Frühphase der Therapie. Allerdings sollte ihr Einsatz kritisch erwogen und dem Erlernen selbst-stabilisierender Maßnahmen immer der Vorrang gegeben werden (Hofmann 1999).
- **Antidepressiva** wirken stimmungsaufhellend, dämpfen Unruhe- und Angstzustände und führen zu einer Antriebssteigerung. Ihr Einsatz kann in vielen Fällen hilfreich sein. Besonders bewährt haben sich Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer der jüngeren Gene-

ration, da sie einer Reihe von Studien zufolge nicht nur die depressive, sondern auch die traumaspezifische Symptomatik verbessern können (z. B. Henney 2000; Seedat, Stein & Emsley 2000).

- **Benzodiazepine („Tranquilizer“; sedierend).** Sie dienen der Dämpfung von Angst, dem Lösen von Spannungen, der allgemeinen Beruhigung und dem Schlafanstoß. Obgleich Benzodiazepine von ihrer Wirkungsweise her zur Behandlung geeignet erscheinen, ist von ihrer Verwendung aufgrund der hohen Suchtgefahr (auch im niedrigen Dosierungsbereich) abzuraten, da Traumatisierte in besonderer Weise zum Substanzmissbrauch neigen; um Übererregbarkeits- und Intrusionssymptome zu dämpfen. Die Gabe von Benzodiazepinen kann bei Traumatisierten in akuten Krisen zwar sinnvoll sein, wird aber häufig zu lange ausgedehnt und „beruhigt“ sowohl Arzt als auch Patient/innen in ungesunder, suchtfördernder Weise (Hofmann 1999).

Literatur bei der Verfasserin (Sabine Lehmann, Fachinstitut für angewandte Psychotraumatologie, Spiekerhof 31, 48143 Münster)

Ergebnisse der AG 2:

Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen in der Fachklinik „Schloß Mackenzell“

Anke Kirchhof-Knoch, Hünfeld

In der Fachklinik Schloß Mackenzell werden Frauen mit einer Suchterkrankung behandelt. Das therapeutische Angebot umfasst die Mitbehandlung von Doppeldiagnosen. Die Klinik bietet 30 Behandlungsplätze, davon 6 für Mütter mit Kindern im Alter von zwei bis zehn Jahren, die in unserer Tagesstätte von acht bis sechzehn Uhr betreut werden. Der Träger ist das Guttempler-Hilfswerk.

Unser Therapieansatz beinhaltet kreative, körperorientierte und kognitive Methoden sowie verschiedene in den Klinikbetrieb integrierte Arbeitstherapiebereiche. Jede Patientin erhält einmal in der Woche ein Angebot zum einzeltherapeutischen Gespräch. Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Arbeit liegt jedoch in den Kern- und Indikationsgruppen. Die Familienmitglieder werden in den therapeutischen Prozess einbezogen. In der Müttergruppe, in speziellen von den Mitarbeiterinnen der Kindertagesstätte angeleiteten Mutter-Kind-Aktivitäten und gemeinsamen Gesprächen wird den Müttern Gelegenheit geboten, ihr Erziehungsverhalten und die Auswirkung ihrer Suchterkrankung auf die Entwicklung ihrer Mutter-Kind-Beziehung zu reflektieren.

Wir gehen von einem frauenspezifischen Ansatz aus, der die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit der Rolle von Frauen in der Familie, am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft bietet. Gleichzeitig sehen wir in der abschließlichen Behandlung von Frauen

einen Schonraum für traumatisierte Patientinnen, die zunehmend zu unserer Klientel gehören. Neben den Frauen mit einer diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung als Folge eines bekannten traumatischen Erlebnisses in der Vergangenheit fällt auf, dass ein großer Anteil der Patientinnen insgesamt traumatische Kindheitserfahrungen wie Vernachlässigung, körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt hat. Sind die Traumatisierungen später entstanden, ist häufig nicht klar zu unterscheiden, ob das Trauma zuerst vorhanden war und mit dem Suchtmittel selbst „medikamentiert“ wurde, oder ob durch den sorglosen Umgang mit sich selbst und erhöhte Risikobereitschaft unter Einfluss von Suchtmitteln traumatische Erfahrungen gemacht wurden.

Eine Diskussion über Prioritäten der Ursache-Wirkungs-Kette ist therapeutisch überflüssig, da sich nicht mehr auseinander halten lässt, ob die aktuellen Symptome aus der Quellszene stammen oder durch die Retraumatisierungen entstanden sind. Ebenso scheint eine Diskussion darüber, ob zuerst die Komorbidität oder die Sucht behandelt werden sollte nicht sinnvoll. Es ist effektiver, eine parallele Behandlung durchzuführen, wobei nach Abschluss der Suchtbehandlung eine Fortführung der Therapie der psychischen Grunderkrankung angezeigt ist. Anfangs ist oft unklar, ob es sich bei bestimmten Erscheinungen (z.B. Schlaflosigkeit, diffuse Ängste) um Entzugssymptome handelt, oder um wiederkehrende Symptome einer psychischen Erkrankung. Daher ist neben der Behandlung der aktuellen Symptome in einem ganzheitlichen Kontext zu prüfen, ob die Symptomatik bei längerer Behandlung abklingt.

Der Zusammenhang zwischen der Suchtmittelabhängigkeit und anderen Diagnosen, wie der Posttraumatischen Belastungsstörung, Depressionen und Angststörungen wird vielen Patientinnen überhaupt erst während der Therapie deutlich, wie das folgende Beispiel zeigt:

„Am Anfang dachte ich, lediglich ein Suchtproblem zu haben. Bei der Aufarbeitung meiner Biografie und der Entstehung der Sucht sind ungeahnte Abgründe aufgetaucht, von denen ich dachte, diese gut in meinem Unterbewusstsein vergraben zu haben. Darüber wollte ich eigentlich nie mehr reden, aber nun habe ich erkannt, dass ich im Hier und Jetzt nur glücklich werden und abstinent leben kann, wenn ich diese Ereignisse aus meiner Kindheit nicht länger in mich hineinfresse. Wenn es nur nicht so wehtun würde!“

Dieser Satz einer Patientin, die nach sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit später in der Prostitution und in der Ehe weitere heftige Gewalterlebnisse hatte, macht deutlich, wie wichtig es ist, das erste Trauma zu verstehen, um die eigenen untauglichen Schutz- und Bewältigungsversuche einordnen zu können, mit denen eine permanente Selbstschädigung verbunden war. Gerade in Fällen von sexuellem Missbrauch leiden die Opfer unter Schuldgefühlen. Diese und andere emotionale Spätfolgen werden durch Alkohol, Medikamente oder Drogen betäubt. Sehr häufig kommen neue und manchmal schwerere Traumatisierungen unter dem Einfluss von Suchtmitteln hinzu, nicht selten wie eine Abfolge von „mehr des-selben“ infolge des ungeeigneten Versuchs, eine Lösung für emotional belastende frühere Erlebnisse zu errei-

chen. Daraufhin verstärken sich die Schuldgefühle, weil diese Situationen als selbst gewählt erlebt werden. Dies führt häufig zu Selbstbestrafungen, oft in Form von Selbstverletzung. Nicht selten haben diese Patientinnen Angst davor, Schwächen zu zeigen und treten betont burschikos auf. Die Angst, die sie dadurch nach außen hin anderen machen können, entspricht immer der Angst, die sie in sich tragen. Darauf angesprochen, fühlen sie sich oft verstanden und können ihre Verletzlichkeit zugeben. Wer sich von der rauen Art beeindruckt lässt und zurückweicht, findet keinen Zugang zu ihnen. Die Schwierigkeiten, in die sie dadurch in Kontakten mit anderen Menschen immer wieder geraten, bestätigen ihnen, dass sie sowieso nicht gemocht werden. Unbewusst wird durch solches Verhalten ebenfalls eine emotionale Selbstverletzung herbeigeführt, wenn dadurch Freundschaften, oft auch der Arbeitsplatz oder die Wohnung verloren gehen.

Für den Heilungsprozess ist deshalb das Verstehen der eigenen Problematik sowie der Entwicklung und Bedeutung von Suchterkrankung gleichermaßen bedeutsam. Daher werden verschiedene therapeutische Methoden eingesetzt, die sowohl einen kognitiven Zugang zur Erkrankung als solcher als auch einen emotionalen Zugang zur individuellen Problematik ermöglichen.

Vertrauensbildung zum therapeutischen Personal und zu Mitpatientinnen wird besonders in der Gruppentherapie gefördert. Gerade Menschen, die in Beziehungen traumatisiert worden sind, haben große Angst vor dem Alleinsein und gleichzeitig vor Nähe. Viele Frauen berichten, dass sie auf Grund ihrer Missbrauchserfahrungen

Sexualität nur alkoholisiert ertragen können, aber andererseits von ihrem Mann nicht verlassen werden wollen, weil sie ja nicht allein leben möchten. In den Indikationsgruppen „Körperwahrnehmung“, „Gestaltungstherapie“, „Partnerschaft und Sexualität“ und „Angst und Trauma“ können die Patientinnen diese Problematik bearbeiten, indem sie einen nonverbalen Zugang zu ihren Gefühlen und ihren körperlichen Empfindungen bekommen. Dabei wird darauf geachtet, dass es nicht durch detailgenaue Schilderungen erlittener Traumata zu Retraumatisierungen bei Teilnehmerinnen der jeweiligen Gruppe kommt.

Die kreativen Methoden der Gestaltungstherapie und die Arbeitstherapie unterstützen durch Erlebnisaktivierung die Entfaltung von Ressourcen. Um diesen aktivierenden Prozess zu unterstützen werden „Selbstsicherheitstraining“ und „Bewerbungstraining“ angeboten.

In regelmäßigen Fachvorträgen des therapeutischen Personals wird der dazu gehörende Erkenntnisprozess angestoßen und gefördert.

Das Zusammenwirken von nonverbalen und kognitiven Methoden ist in allen therapeutischen Angeboten ein Weg zum Erlernen neuer Verhaltens- und Beziehungsmuster.

*AG 3:
Sucht und Traumatisierung – Ein
Fortbildungsangebot der Koordinations-
stelle Sucht*

Renate Hofmann-Freudenberg

Bad Honeff

Matthias Nowak

Schwerte

Einleitung

Die Fortbildungsreihe Sucht und Traumatisierung (Grund- u. Aufbauseminar) ist ein Angebot für Mitarbeiter/innen aus Einrichtungen der Suchthilfe. Sie vermittelt methodenübergreifende Basiskompetenzen im Erkennen, Beraten und therapeutischen Umgehen mit traumatisierten Klient/innen und Patient/innen.

Unter Einbeziehung aktueller Erkenntnisse aus der Traumaforschung werden Zugangswege zu der Dynamik von Traumaereignissen und ihren psychischen, physischen und sozialen Folgewirkungen für Beratung und Therapie vorgestellt.

Die Seminarteilnehmer/innen werden dahingehend begleitet, sich intensiv auf die Erfahrungswelt und die Bedürfnislage von traumatisierten Menschen einzustellen.

Dazu gehört auch die Vermittlung der Kompetenzen für einen hilfreichen Umgang mit dieser Personengruppe.

Die Begleitung der Betroffenen bei der Bearbeitung und Überwindung ihrer traumatischen Erlebnisse sowie die Entwicklung neuer Lebensperspektiven erfordert von professionellen Fachkräften in der Beratung und Behandlung ein hohes Maß an eigener Transparenz und einen konstruktiven Umgang mit den persönlichen körperlichen und emotionalen Grenzen.

Hierzu werden Lernprozesse auf der Grundlage themenzentrierter Selbsterfahrung angeboten.

Seminarziele und -inhalte:

- *Grundseminar* -

Definition - Was ist ein psychisches Trauma?

- Zur Diagnostik psychotraumatischer Störungen
- Kernsymptomatik des Psychotraumatischen Belastungssyndroms (PTBS)
- Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung (n. Fischer u. Riedesser)

Grundlagen der Traumatherapie:

- Basiskompetenzen für die beratende und therapeutische Beziehung zu traumatisierten Menschen unter Einbeziehung ihrer Suchterkrankung
- Zentrale Elemente in der Beratung und Behandlung traumatisierter Menschen
- Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisse

Die Stabilisierungsphase in der Arbeit mit traumatisierten Menschen:

- Entwicklung von innerer und äußerer Stabilität
- Schaffung von Gegengewichten zu den traumatischen Ereignissen
- Herstellen von Kontrolle über die "Schreckensbilder"
- Entwickeln von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Ressourcen)
- Finden von Zugangswegen zu den selbstheilenden Kräften
- Umgang mit dem traumatischen Material der Klient/innen / Patient/innen während der Stabilisierungsphase.

Seminarziele und -inhalte:

- *Aufbauseminar* -

Das Seminar stellt eine Fortsetzung des Grundseminars dar. Es werden folgende Inhalte vertiefend und erweiternd behandelt:

Traumadiagnostik:

- Fragebogen zur Feststellung einer möglichen PTBS-Diagnose

Tragfähige Arbeitsbündnisse schaffen und halten:

- Reflektion der eigenen Rolle im beratenden/therapeutischen Kontext
- Umgehen mit Störungen in der Beziehungsgestaltung (z.B. Übertragungs- u. Gegenübertragungs-Reaktionen)

Vertiefung der Stabilisierungsphase:

- Sensibilisierung für protektive Faktoren
- Möglichkeiten der Vermeidung chronifizierter Störungen

Die Phase der Integration und Neuorientierung:

- Begegnung mit Trauer, Verlust, Abschied
- Auseinandersetzung mit Sehnsüchten, Wünschen, Zielen
- Integration der traumatischen Geschichte in das eigene Leben
- Entwicklung und Umsetzung neuer Lebensperspektiven

Methodik

Zur Anwendung kommen Methoden und Verfahren aus dem behavioralen und kognitiven Bereich; Psychodrama und Bioenergetische Analyse, Entspannungstechniken, imaginative Übungen und spezielle Verfahren der Traumatherapie.

Ergebnisse der AG 3:

Unsere zwei Hauptthesen lauten

- 1) Forderung nach Entwicklung von Basiskompetenzen bei allen Mitarbeiter/innen im Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe im Umgang mit traumatisierten Patient/innen. Diese Basiskompetenzen beziehen das diagnostische Verständnis eines Traumas und seiner spezifischen Folgewirkungen mit ein (z.B. PTBS), des Weiteren sollte ein entsprechendes Handlungsrepertoire (Handlungskompetenz) durch einübende Verfahren gelehrt werden, die aber die spezifische Traumaexposition (hierfür scheinen andere Verfahren und ein spezifisches Behandlungssetting notwendig) ausschließt, dafür aber der Stabilisierungsphase und dem Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung den Vorrang einräumt.
- 2) Ziel der Entwicklung nach Basiskompetenzen bei der "Helferszene" im Umgang mit traumatisierten Patient/innen sollte sein, die süchtigen und traumatisierten Klient/innen zu stärken und dem Erkennen, dem Einordnen von und dem Umgehen mit Traumageschehnissen im Leben dieser Menschen und ihrem persönlichen Lebensplan förderlich zur Seite zu stehen und sie zu unterstützen.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

