

Traumafolgestörung und Substanzkonsum

Eine häufige Komorbidität, die unterschätzt wird

Von Wibke Voigt und Corinna Mäder-Linke

1. Fallbeispiel

Wenn sie die metallene Gürtelschnalle knallen hörte, schwebte sie zur Decke – in einem weißen Kleidchen wie ein Kinderengel und schaute von oben zu. Wenn es gut lief, war sie auf einer Blumenwiese, wo die Sonne schien und die Vögel zwitscherten, während ihr alkoholisierte Vater sie in ihrem Kinderzimmer unten am Boden vergewaltigte, regelmäßig in ihrer Kindheit vom sechsten bis zehnten Lebensjahr. Auf der Wiese war sie glücklich: Sie spürte keine Schmerzen oder Angst, empfand dann nicht diese überflutende Hilflosigkeit, ihre Ohnmacht, die Scham und den Ekel.

Einmal, als sie 8 Jahre alt war, öffnete sich die Kinderzimmertür und ihre Mutter schaute herein. Sie war so erleichtert und dachte: „Mama ist da, jetzt wird alles gut.“ Als ihre Mutter sich wendete und die Tür wieder schloss, brach ihre Kinderwelt endgültig zusammen.

Ihre Albträume begannen mit 10 Jahren, fast jede Nacht, die Flashbacks (Wiedererleben der traumatischen Situation, als wenn es jetzt passieren würde) fingen an, als sie 14 Jahre alt war. Alkoholgeruch war ein Trigger, metallenes Klacken auch – was sie erst viel später in der Therapie erkannte. Die Flashbacks waren in den ersten Jahren nur Gefühle von Angst, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham und Ekel und ohne Bilder. In Stresssituationen und bei Streit stieg sie aus ihrem Körper aus und erlebte die Situation eher verschwommen und neben sich stehend. Sie konnte es überhaupt nicht zuordnen und dachte, dass sie verrückt wäre. Also redete sie mit niemandem darüber. Sie stellte irgendwann fest, dass sie diese beängstigenden Gefühle stoppen konnte durch Schneiden mit einer Rasierklinge – also tat sie es regelmäßig, sobald sie einen Gefühls-flashback hatte.

Peritraumatische Dissoziation erhöht die Wahrscheinlichkeit für die Entwick-

lung einer (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung ((k)PTBS). Studien zeigen, dass ein junges Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung (Hamam et al., 2021) und weiblich sein (Christiansen & Hansen, 2015) ein höheres Risiko für die Entwicklung einer PTBS darstellen. Desweiteren ist die empfundene Bedrohung – definiert als die individuelle kognitive Bewertung der Wahrscheinlichkeit und der Schwere der Gefahr – ein Risikofaktor, der die Vulnerabilität für die Entwicklung einer PTBS erhöht (Lancaster et al., 2016). Ein weiterer Risikofaktor, die peritraumatische Dissoziation, ist eine der am häufigsten untersuchten Reaktionen während eines traumatischen Ereignisses, wird aber noch nicht vollständig verstanden. Peritraumatische Dissoziation bedeutet „Veränderungen in der Wahrnehmung von Zeit, Ort und Person, was ein Gefühl von Unwirklichkeit widerspiegelt“ während oder direkt nach dem traumatischen Ereignis (Zoellner et al., 2002).

Peritraumatische Dissoziation schließt verschiedene Reaktionen ein wie: verwirrt sein, desorientiert sein, Realitätsverlust, tonische Immobilität oder Fragmentierung von Bewusstsein und dem Selbst (Lanius 2015, Lensveldt-Mulders et al., 2008; Nijenhuis et al., 2001). Vordergründig erscheint dieses seelische Schutzschild hilfreich und adaptiv (Bryant, 2009), da es dem Individuum erlaubt, eine unerträgliche Realität abzuwehren. Im weiteren Verlauf erschwert die peritraumatische Dissoziation aber den Zugang zu traumatischen Erinnerungen, beeinträchtigt die Fähigkeit, das Geschehene zu verarbeiten (McDonald et al., 2013) und erhöht das Risiko für die Entwicklung einer PTBS (Breh & Seidler, 2007; Sugar & Ford, 2012). Diese dissoziative Barriere kann den Zugang zu Erinnerungen an das traumatische Geschehen über einen längeren Zeitraum erschweren oder verhindern (Gysi & Rügger, 2018; van der Kolk, 2000). Die Entwicklung einer



Wibke Voigt

Dr., Leitende Ärztin in der Tagesklinik im Suchtberatungs- und Therapiezentrum der Diakonie, Düsseldorf; Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands Suchthilfe e. V.



C. Mäder-Linke

Dipl. Sozialpädagogin, Psychologin (M. A), Suchttherapeutin, Supervisorin (DGSv). Geschäftsführerin des Bundesverbands Suchthilfe e. V.

PTBS vom dissoziativen Subtyp mit Depersonalisation und Derealisation ist möglich. Die schwer verständliche Gleichzeitigkeit von Intrusionen (das unkontrollierte Auftauchen von traumatischen Erinnerungssplittern) und dissoziativem Nichterinnern beeinträchtigt den Alltag vieler betroffener Menschen erheblich und schränkt die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben oft empfindlich ein.

Was kann betroffenen Patient:innen helfen?

Für eine kPTBS nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen (siehe Leitlinienempfehlung PTBS) sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.

Auf Basis einzelner methodisch überzeugender Studien können die Diagnostisch-Behaviorale Therapie (DBT; Bohus et al., 2013), das Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR; Cloitre et al., 2002, 2010)

und kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (McDonagh et al., 2005), einschließlich Cognitive Processing Therapy (CPT; Monson et al., 2006; Resick et al., 2008) als vielversprechende Ansätze zur Behandlung komplexer Ausprägungen der PTBS betrachten werden. Alle diese Ansätze bedürfen jedoch weiterer Untersuchung. Potenziell gefährdende Symptome und Verhaltensweisen (z.B. Suizidalität, psychotische Symptome, dissoziative Symptome, Selbstverletzung, Fremd-aggression, Substanzkonsum), die zu schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle führen, stellen eine relative Kontraindikation für ein traumafokussiertes Vorgehen dar. Daraus folgt, dass komorbide Störungen bzw. Symptome nicht mehr per se als Kontraindikation angesehen werden, entscheidend ist das Ausmaß der Störungen der Verhaltenskontrolle.

2. Funktionalität des Suchtmittels

Mit 15 Jahren kam sie über ihre beste Freundin in Kontakt mit der coolsten Gruppe in der Realschule. Alle konsumierten etwas, die meisten rauchten Shit, viele tranken zusätzlich Bier. Vor Alkohol ekelte sie sich, v.a. vor Bier, und mied ihn. Also rauchte sie Cannabis. Sie merkte, dass Cannabis diese unangenehmen Gefühle betäubte, selbst die Alpträume waren weniger schlimm. Ihre Freundin, mit der sie oft zusammen kiffte, begann irgendwann Sekt zu trinken – sie war dann viel besser drauf und lustiger. Das imponierte ihr, irgendwann versuchte sie es auch. Der Sekt machte so ein angenehmes Kribbeln im Kopf- und betäubte noch viel besser die Gefühlsflashbacks und auch die Alpträume. Also wechselte sie schließlich ganz auf Sekt. Sie war oft ziemlich betrunken und hatte mit der Clique eine gute Zeit. Nach dem Realschulabschluss, den sie mit Mühe schaffte, begann sie eine Lehre als Verkäuferin und konnte endlich zuhause ausziehen. Ihre Mutter hatte sich zwar vom Vater endlich getrennt, weil er immer mehr trank und sie oft schlug, aber sie hatte einfach kein Vertrauen zu ihrer Mutter. Am Ende ihrer Lehre starb ihre beste Freundin bei einem Autounfall, sie war untröstlich. Ihre Peergroup zerbrach und sie fühlte sich zunehmend einsam. Sie trank nun täglich 2 Flaschen Sekt und der Alkohol wurde ihr „bester Freund“.

Zusammenhang zwischen Traumafolgestörungen und einer Substanzgebrauchsstörung

Substanzen werden häufig gegen die Symptomatik der PTBS wie Flashbacks, Alpträume und Hyperarousal im Sinne der Selbstmedikation benutzt (Selbstmedikationshypothese Khantzian, 1997; Back et al., 2014; Hawn et al., 2020) und können zu einer Substanzgebrauchsstörung führen. Im Rahmen der klassischen Konditionierung triggern Flashbacks, Alpträume und Hyperarousal häufig Craving und begünstigen damit einen möglichen Rückfall und umgekehrt.

Die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und übereinstimmender Erfahrungen im Suchthilfesystem zeigen, dass viele Patientinnen und Patienten mit einer Substanzgebrauchsstörung gleichzeitig an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und anderen komplexen Traumafolgen leiden. Die Komorbidität beeinträchtigt die Behandlung und Prognose dieser Klientel erheblich.

Die S3-Leitlinie zur Behandlung alkoholbezogener Störungen (Kiefer et al., 2021) empfiehlt, dass Patient:innen mit einer alkoholbezogenen Störung und einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung eine integrierte psychotherapeutische Behandlung beider Problemfelder angeboten werden sollte. Dabei haben traumafokussierte Interventionen den höchsten Empfehlungsgrad. Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aus europäischen Studien ist ein integratives Therapiemodell besonders geeignet, um Strategien im Umgang mit einer Substanzgebrauchsstörung und einer PTBS zu erlernen und anzuwenden (vgl. Schäfer et al., 2016; Najavits, 2009; Hien, 2009; Stubenvoll et al., 2015). Besonders weibliche Patienten leiden häufiger unter einer PTBS als die männliche Vergleichsgruppe (Dom et al., 2007; Driessen et al., 2008; Langeland et al., 2004). Die traumafokussierte Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bessert die Prognose der Alkoholgebrauchsstörung (Back et al., 2006) und Substanzkonsumprobleme können sich durch Reduktion der Symptomatik der PTBS verringern (z.B. Hien et al., 2010). Integrative Programme können dazu beitragen, eine Suchtmittelabstinenz zu erhalten und eine allgemein verbesserte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu erzielen, beispielsweise im Zusammenhang mit elterlichen

Aufgaben und beruflicher Funktionsfähigkeit (Waldrop, 2009).

Liegen laut Stubenvoll et al. (2015) komplexe Traumafolgen vor, erscheint ein Einstieg in die traumafokussierte Behandlung über einen stabilisierenden Ansatz sinnvoll. Das von Najavits (dt. Fassung 2009) entwickelte stabilisierende Therapieprogramm „Sicherheit finden“, das sich an Personen mit einer PTBS und einer Substanzgebrauchsstörung adressiert, wird in verschiedenen stationären und ambulanten Suchthilfesettings mit guter Akzeptanz eingesetzt (Schäfer et al., 2010).

Ein Beispiel für ein gelungenes integratives stationäres Modell ist das Göttinger Modell (Lüdecke, Sachsse & Faure, 2010) mit einem integrativen, modifizierten dialektisch-behavioralen Therapieprogramm für Patient:innen mit einer Substanzgebrauchsstörung und PTBS einschließlich traumafokussierter Therapie mit EMDR über sechs bis acht Wochen im Rahmen einer stationären psychiatrischen Klinik. Das Programm beinhaltet eine dreiwöchige Diagnostik- und Stabilisierungsphase einschließlich Skillstraining, Emotionsregulierung und Bearbeitung der Substanzgebrauchsstörung sowie eine anschließende traumafokussierte Phase. Eine Intervallbehandlung wird angeboten.

In der medizinischen Rehabilitation gibt es einige Suchtfachkliniken, die ebenfalls ein integratives Konzept implementiert haben (u. a. Fachklinik St. Vitus, Visbek, Kamillushaus Essen, Median Klinik Dormagen, Tagesklinik Diakonie Düsseldorf). Ähnlich wie beim Göttinger Modell wird eine Diagnostik- und Stabilisierungsphase mit Skillstraining und Selbstregulationstechniken und anschließender traumafokussierter Phase mit EMDR durchgeführt.

3. Kontakt zum Suchthilfesystem

Es war ein typischer Novembertag, einer jener Tage, an denen es gar nicht richtig hell zu werden schien. Frau A. empfand diese düstere Stimmung als passend zu ihrer eigenen Verfassung. Dennoch musste sie aufstehen: Sie hatte keinen Alkohol mehr im Haus, und aus Erfahrung wusste sie, dass in wenigen Stunden die ersten Entzugserscheinungen einsetzen würden. Widerwillig zog sie sich an und machte sich auf den Weg. Vor dem Supermarkt herrschte an diesem Tag ungewöhnlich viel Betrieb; das erkannte sie bereits aus der Ferne. Je

näher sie kam, desto deutlicher konnte sie die Aufschrift auf einem Aufsteller lesen: „Aktionstag Suchtberatung“. Während sie vor dem Schild stehen blieb und darüber nachdachte, was genau unter Suchtberatung zu verstehen sei, wurde sie von einer Frau etwa gleichen Alters angesprochen. Diese fragte freundlich, ob sie ihr etwas über das Angebot der Suchtberatungsstelle erzählen dürfe.

Was Frau A. anschließend hörte, erschreckte sie. Es war, als wüsste die Beraterin bereits um ihre Probleme. Mit einem sehr mulmigen Gefühl im Magen nahm sie schließlich die Einladung an, am nächsten Tag in die Suchtberatungsstelle zu kommen. Am Abend sorgte der Alkohol dafür, dass sie den vereinbarten Termin verdrängen konnte. Am nächsten Morgen fiel er ihr jedoch wieder ein. Sie wollte auf keinen Fall dorthin gehen. Sie trank eine Flasche Sekt. Als sie hinfiel und sich eine Kopfplatzwunde zuzog – das war in letzter Zeit öfter vorgekommen – wusste sie plötzlich, dass es nicht so weitergehen konnte. Es kostete sie große Überwindung, aufzustehen und sich tatsächlich auf den Weg zu machen – nicht nur, weil sie sich körperlich kaum dazu in der Lage fühlte. Sie schämte sich, der Beraterin in diesem Zustand gegenüberzutreten; zugleich schämte sie sich vor sich selbst. Besonders belastete sie der Gedanke, jemand könne sie dabei sehen, wie sie das Gebäude der Suchtberatungsstelle betrat. Das wäre ihr äußerst unangenehm gewesen. Andererseits war sie gerade in den vergangenen Wochen immer wieder von Menschen angesprochen worden, die sich Sorgen um sie machten. So saß Frau A. eine Stunde später schließlich doch in der Suchtberatungsstelle.

4. Der Weg im Suchthilfesystem

Rückblickend musste Frau A. feststellen, dass sie bei all dem auch großes Glück gehabt hatte. Die Beraterin stellte im Rahmen der Anamnese ohne Scheu offene und klare Fragen, ohne dabei aufdringlich zu wirken. Wohl nicht zuletzt aufgrund ihrer Fortbildung in traumasensibler Beratung erkannte die Beraterin, dass neben der Substanzkonsumstörung evtl. auch eine Traumafolgestörung vorhanden sein könnte.

Beim nächsten Termin – zu dem sie es schaffte, nüchtern zu kommen – recherchierten sie auf der entsprechenden Seite des Leistungsträgers nach einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeits-erkrankungen, in der beide Krankheitsbilder, die Substanzkonsumstörung und Traumafolgestörung, gleichzeitig behandelt werden konnten. Anschließend stellten sie den Antrag auf Kostenübernahme bei der Deutschen Rentenversicherung.

Bis zur Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme vergingen einige Wochen. Obwohl Frau A. den Alkohol in dieser Zeit weiterhin brauchte, gelang es ihr, einmal wöchentlich an einer Motivationsgruppe in der Suchtberatungsstelle teilzunehmen. Nach Erteilung der Kostenzusage leitete die Beraterin eine 3-wöchige stationäre qualifizierte Entgiftungsbehandlung ein. Von dort aus konnte Frau A. nahtlos in die Rehabilitationsklinik verlegt werden und die Behandlung aufnehmen. Frau A., die sich im Zusammenhang mit der Antragstellung, der Organisation eines Platzes

Nach acht Wochen erlebte sie einen Motivationseinbruch und wollte fast aufgeben; ihre Zimmernachbarin und neue Freundin machte ihr aber Mut.

für die Entgiftungsbehandlung sowie der lückenlosen Verlegung von der Akutklinik in die Rehabilitationseinrichtung häufig hilflos und überfordert gefühlt hatte, war der Beraterin der Suchtberatungsstelle

sehr dankbar, dass diese sie durch den Prozess begleitet und ihr die notwendigen Schritte ermöglicht hatte.

5. Behandlung im Suchthilfesystem

Bei der Aufnahme zur Entgiftungsbehandlung schämte sie sich sehr. Mit den Mitpatient:innen tat sie sich anfangs schwer, merkte aber schnell, dass alle dasselbe Problem hatten: die Abhängigkeit von einer Substanz. Viele litten wie sie unter Ängsten, Albträumen, Flashbacks und Depressionen, manche hatten auch einen Selbstmordversuch hinter sich.

Ihre Befürchtungen bestätigten sich nicht. Schon zwei Tage nach dem akuten Alkoholentzug – medikamentös unterstützt gegen Krampfanfälle – durfte sie am Therapieprogramm teilnehmen: Arztvisiten, Gruppentherapie, Informationsveranstaltungen über Substanzkonsum (Sucht) und Medizin, Sport, Ergo-

therapie, Ohrakkupunktur und Einzelgespräche bei ihrer Suchttherapeutin. Nach drei Wochen wurde sie nahtlos in die Entwöhnungsbehandlung verlegt – froh, nicht nach Hause zu müssen. Die Entwöhnungsklinik lag auf demselben Gelände, sodass sie schon Mitarbeiter:innen und viele Mitpatient:innen aus der Entgiftung kannte. In den ersten 14 Tagen durchlief sie die Diagnostikphase in Testpsychologie, Arbeitstherapie und Sporttherapie und wurde über die Therapieangebote informiert.

Es wurden folgende Diagnosen gestellt (gemäß ICD 10): Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (Alkoholgebrauchsstörung) F10.2, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwer F33.1, (komplexe) posttraumatische Belastungsstörung F43.1 sowie eine Depersonalisations- und Derealisationsstörung F48.1.

Die Therapiedauer von 15 Wochen erschien ihr zunächst zu lang, bald aber war sie froh darum. Im wöchentlichen Einzelgespräch mit der Psychologin ging es um die Entwicklung ihrer Abhängigkeitserkrankung und ihre traumatische Kindheit; gemeinsam wählten sie die Therapieangebote aus. Die Psychologin leitete zugleich ihre Bezugsgruppe als Gruppentherapeutin. Ihr Therapieplan war gut gefüllt: Ergo- und Arbeitstherapie, Fitnesstraining, Autogenes Training, Yoga, Lehrküche, Kunsttherapie, Musiktherapie sowie Indikationsgruppen wie Rückfallprophylaxe, Training sozialer Kompetenzen und Depressionsbewältigungstraining. Besonders halfen ihr drei traumaspezifische Gruppen Sicherheit finden, Stabilisierungsübungen und Unterbrechung unangenehmer Zustände. Ihren persönlichen Notfallkoffer mit 10 Skills trug sie immer bei sich; die Skills wirkten gut gegen Flashbacks und Suchtdruck (Craving).

Nach 8 Wochen erlebte sie einen Motivationseinbruch und wollte fast aufgeben; ihre Zimmernachbarin und neue Freundin machte ihr aber Mut. Mithilfe von STAIR (einem Therapieprogramm für Erwachsene mit sexueller Gewalterfahrung in der Kindheit: Skillstraining zur Emotionsregulierung und Verbesserung zwischenmenschlicher Probleme) gelang es Frau A., ihre Gefühle dosiert zuzulassen, die Angst davor abzubauen sowie destruktive Gedanken und Verhaltensweisen zu verändern. Über nonverbale Therapien fand

sie wieder Kontakt zu ihren Ressourcen (Tanzen, Gitarre). Entscheidend war die Veränderung der dysfunktionalen Sätze/ Oberpläne aus sexueller Gewalt und früher Vernachlässigung: „*Ich darf nicht auffallen, möglichst nichts sagen, sonst passiert etwas Schlimmes*“ und „*Nur wenn ich ständig etwas leiste, bin ich liebenswert, sonst bin ich nichts wert!*“ Nachdem sie den Zusammenhang mit ihren frühen traumatischen Erlebnissen verstanden hatte, konnte sie diese Sätze allmählich in funktionale Oberpläne verändern: „*Ich kann lernen, etwas zu sagen und meine Meinung zu vertreten. Ich erlebe gerade, dass andere mich respektieren (und nichts Schlimmes passiert). Ich möchte mutiger werden.*“ und „*Ich leiste gerne etwas und bekomme dadurch Anerkennung. Ich merke aber, dass mir Pausen guttun. Andere finden mich anscheinend auch ohne Leistung liebenswert. Ich möchte lernen, dass ich liebenswert bin.*“ Dabei überprüfte sie auch ihr Misstrauen gegenüber Menschen, besonders gegenüber Männern, und begann vorsichtig weitere Freundschaften. Es folgte die zweite traumafokussierte Behandlungsphase: Mit NET (Narrative Expositionstherapie) bearbeitete sie ein Ereignis, das weniger belastend war als die sexuelle Gewalt durch den Vater – Mobbing und körperliche Gewalt durch einen Mitschüler mit 11 Jahren. Der SUD (subject unit of disturbance) sank von 6 auf 0, und Frau A. war sehr erleichtert. Eine Fortsetzung der traumafokussierten Therapie im ambulanten Setting oder in einer zweiten stationären Entwöhnungsbehandlung wurde mit ihr besprochen.

Resümee der Patientin nach drei Monaten stationärer Therapie:

„Hergekommen bin ich, weil ich mich seit Monaten mit Selbstmordgedanken plagte, nicht schlafen konnte und täglich mehr Alkohol trank, um meine Gefühle zu betäuben. Mein verlorenes Selbstvertrauen und meine Stärken habe ich durch die verschiedenen Therapien zurückbekommen. Vor meinen Gefühlen habe ich keine Angst mehr, sie sind fast zu Freunden geworden. Ich habe verstanden, dass ich von Alkohol abhängig bin und dass das eine Krankheit ist, gegen die ich etwas tun kann; ich habe es geschafft, abstinent zu werden, und will nie wieder trinken. Besonders freut mich, dass ich in der Therapie eine wirkliche Freundin gefunden habe, die

mich versteht und Ähnliches erlebt hat. Der Kunsttherapeut half mir, eine imaginäre Mutter zu schaffen – NUT, die ägyptische Göttin der Nacht, die meinen inneren sicheren Ort bewacht. Mit der Musiktherapeutin entdeckte ich beim Trommeln wieder mein Rhythmusgefühl. Am Ende bekam ich Kontakt zu meiner inneren Kraft und begann wieder, Gitarre zu spielen. Die Bearbeitung durch NET war anstrengend, aber hilfreich; danach fühlte ich mich erstaunlich entlastet. Ich weiß, dass mein Weg noch nicht zu Ende ist und das schwierigste Thema noch vor mir liegt. Ich habe das Angebot, für die weitere Traumabearbeitung wiederzukommen, und werde alles tun, um abstinent zu bleiben.“

6. Weiterbehandlung

Am Ende der stationären Rehabilitationsmaßnahme wurde Frau A. eine ambulante Weiterbehandlung mit anschließender Nachsorge in der Suchtberatungsstelle empfohlen. Frau A. war damit einverstanden, insbesondere da ihr die Suchtberatungsstelle bereits aus der Zeit vor Beginn der medizinischen Rehabilitation vertraut war und sie zu der dortigen Therapeutin ein Vertrauensverhältnis aufgebaut hatte. Darüber hinaus entschied sie sich, einer Selbsthilfegruppe beizutreten, die sich während ihres Aufenthalts in der Rehabilitationsklinik vorgestellt hatte und zu der sie bereits erste Kontakte geknüpft hatte.

7. Das Suchthilfesystem in Deutschland

Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Verhaltenssüchten weisen häufig komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen auf. Daraus ergibt sich ein differenzierter Unterstützungs-, Beratungs- und Behandlungsbedarf, dem nur ein fachlich qualifiziertes und zugleich flexibel ausgestaltetes Versorgungssystem angemessen gerecht werden kann. Vor diesem Hintergrund hat sich in Deutschland in den vergangenen rund 150 Jahren – in enger Wechselwirkung mit gesellschaftlichen, wissenschaftlichen, medizinischen und sozialpolitischen Entwicklungen – ein vielschichtiges Suchthilfesystem, bestehend aus

ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Einrichtungen, herausgebildet. Dieses System ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, auf die unterschiedlichen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarfe von Menschen mit Substanzkonsumstörungen und Verhaltenssüchten sowie deren Angehörigen zu reagieren.

Die entsprechenden Hilfen und Angebote stehen prinzipiell allen Betroffenen und ihren Bezugspersonen offen. Teilweise handelt es sich um niedrigschwellige, kostenfreie und frei zugängliche Leistungen, etwa in den Bereichen Suchtberatung, Prävention oder Selbsthilfe. Für

bestimmte Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen hingegen sind Bewilligungen durch Sozialleistungsträger erforderlich, beispielsweise bei Entzugsbehandlungen, medizinischer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen oder Leistungen der Sozialen Teilhabe und Eingliederungshilfe. In den einzelnen Versorgungsbereichen werden die Angebote kontinuierlich weiterentwickelt. Damit reagiert das Suchthilfesystem auf aktuelle Veränderungen, etwa auf veränderte Konsummuster einzelner Zielgruppen, neue gesetzliche Rahmenbedingungen sowie auf aktuelle wissenschaftliche, psychotherapeutische, suchtmmedizinische und sozialarbeiterische Erkenntnisse. Insofern lässt sich durchaus feststellen, dass im deutschen Suchthilfesystem theoretisch für nahezu jeden Hilfebedarf ein passendes Angebot vorhanden ist. (DHS, 2019)

In der Praxis erschweren jedoch insbesondere Schnittstellenprobleme, strukturelle Fragmentierungen und die anhaltende Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen den Zugang zu angemessener Beratung, Behandlung und Betreuung.

Epidemiologische Studien aus den USA und Deutschland gehen derzeit davon aus, dass lediglich etwa 20 bis 25 Prozent der Betroffenen durch suchtspezifische Behandlungsangebote erreicht werden (DHS, 2022, S. 66). Zudem nehmen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung – je nach Substanz oder Verhalten – im Durchschnitt erst 12 bis 18 Jahre nach dem Auftreten erster Krankheitssymptome professionelle Hilfe in Anspruch (Schwarzkopf et al., 2021, S.

114). Als ein wesentlicher Grund hierfür gilt die weiterhin bestehende Stigmatisierung des Krankheitsbildes. Auch innerhalb medizinischer Fachkreise wird eine Abhängigkeitserkrankung teilweise noch immer als Ausdruck persönlicher Schwäche oder mangelnder Willenskraft verstanden. Eine solche Sichtweise wird nicht selten an Betroffene herangetragen und von ihnen internalisiert. Dadurch entsteht ein erhebliches Hindernis auf dem Weg in das Hilfesystem. Die Folgen sind häufig ein verzögerter Behandlungsbeginn sowie eine Verschärfung gesundheitlicher und sozialer Problemlagen. Dies betrifft nicht nur die individuelle Lebenssituation der Betroffenen, sondern hat zugleich weitreichende gesellschaftliche Konsequenzen – nicht zuletzt im Hinblick auf die öffentlichen Gesundheits- und Folgekosten. (Schomerus et al., 2017) Deswegen ist es umso wichtiger und sinnvoller, mehr auf mögliche Ursachen für die Entstehung einer Substanzgebrauchsstörung zu schauen, sei es eine Depression, eine Angststörung oder eine posttraumatische Belastungsstörung, was einerseits einer Stigmatisierung entgegenwirken und andererseits eine bessere und wirkungsvollere Behandlung ermöglichen kann, v.a. wenn die vorhandenen Störungen gleichzeitig behandelt werden. 🌊

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland, https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2022). Alkoholabhängigkeit. (Suchtmedizinische Reihe; 1). 10., überarbeitete Auflage. Hamm. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_1_Alkoholabha%CC%88ngigkeit_BFREI.pdf, Zugriff: 05.06.2025.

Schomerus, Georg et al. (2017). Memorandum – Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden, <https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/psychiatrie-psychotherapie/Freigegebene%20Dokumente/Memorandum%20Stigma%20von%20Suchterkrankungen.pdf>

Schwarzkopf, Larissa et al. (2021). Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/Jahresberichte/DSHS_DJ2020_Jahresbericht.pdf, Zugriff: 05.06.2025.

Trauma in der Suchtbehandlung

Prävalenz, klinische Bedeutung und Konsequenzen für die Praxis

Von Ingo Schäfer

Traumatische Erfahrungen sind bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen weit verbreitet und für die klinische Praxis von erheblicher Bedeutung. Gleichzeitig werden sie in der Suchtbehandlung nicht immer systematisch erfasst oder konsequent in die Therapie einbezogen. Ein Großteil der Patient:innen in Suchtbehandlung berichtet von Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen, häufig bereits in der Kindheit. Zugleich gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass die Folgen dieser Erlebnisse den Verlauf substanzbezogener Störungen beeinflussen, etwa im Hinblick auf Symptomschwere, Rückfallrisiko oder Behandlungsverläufe. Vor diesem Hintergrund stellt sich weniger die Frage nach der Relevanz traumatischer Erfahrungen als vielmehr danach, warum sie in der Versorgungspraxis nicht systematischer berücksichtigt werden. Der Beitrag fasst zentrale Befunde zusammen und diskutiert Konsequenzen für die klinische Praxis.

Hohe Raten traumatischer Erfahrungen bei Suchtpatient:innen

Zahlreiche Studien zeigen, dass potenziell traumatisierende Erfahrungen von Menschen mit Suchterkrankungen deutlich häufiger berichtet werden als von der Allgemeinbevölkerung. Besonders gut untersucht sind körperliche und sexuelle Gewalt sowie verschiedene Formen von Vernachlässigung in der Kindheit.

Je nach Stichprobe und Erhebungsmethode berichten 30 % bis 90 % der Patient:innen in Suchtbehandlung von früher Gewalt (Simpson & Miller, 2002). Für Frauen werden höhere Raten sexueller Gewalt beschrieben (im Mittel etwa 45 %), während sie bei Männern niedriger liegen (ca. 16 %). Körperliche Gewalt wird von etwa einem Drittel der Betroffenen berichtet (Simpson & Miller, 2002). Neuere Untersuchungen, die ein breiteres Spektrum belastender Kindheitserfahrungen berücksichtigen, bestätigen diese Befunde. Neben körperlicher und sexueller Gewalt spielen



Ingo Schäfer

Prof. Dr. med., Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg.

auch emotionale Vernachlässigung und andere chronische Belastungen eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus zeigen Studien, dass viele Betroffene auch im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für Gewalterfahrungen aufweisen. Insbesondere bei Frauen mit Suchterkrankungen wird eine erhöhte Wahrscheinlichkeit erneuter Viktimisierung beschrieben (Grundmann et al., 2018). Erlebnisse mit traumatischem Potenzial sind bei Personen mit Substanzstörungen damit häufig nicht nur Teil ihrer frühen Biographie,