

Fachklinik  
**Richelsdorf**  
Ihre Klinik in Waldhessen



# 9 Richelsdorfer ■ Gespräche

mit Prof. Dr. Ulrich Sachsse zum Thema „Trauma und Sucht“

Liebe Leserinnen,  
liebe Leser!

Am 14.06.2006 fand das 9. Richelsdorfer Gespräch in der Fachklinik Richelsdorf statt. Die Thematik TRAUMA UND SUCHT fand ein lebhaftes Echo und veranlasste viele Mitarbeiter aus Suchtberatungsstellen, Kliniken und der betrieblichen Suchtberatung sowie Betroffene aus Selbsthilfegruppenverbänden an diesem 9. Richelsdorfer Gespräch teilzunehmen. Insgesamt zählten wir mehr als 200 Besucher.

Mit Prof. Ulrich Sachsse war es uns gelungen, einen namhaften und ausgewiesenen Experten der Traumabehandlung als Referenten zu verpflichten.

Nach der Begrüßung der Gäste und einer kurzen Einführung durch Frau Dr. Hinz, Ltd. Ärztin der Fachklinik, referierte Prof. Sachsse zum Thema. Er ging dabei zunächst auf die Stressforschung ein, unterschied dabei zwischen bewältigbarem und unbewältigbarem Stress und den Folgen, bevor er sich dann den Traumatisierungen und den Folgen für die Traumatisierten zuwandte und einen kurzen Ausblick auf die Behandlung gab. U. a. finden Traumata ihren Niederschlag in der sog. „Posttraumatischen Belastungsstörung“ mit ihren vielfältigen Symptomen und vor allem auch in einer Disposition zu Suchtmitteln, da sie einen scheinbaren Lösungsweg zur Bewältigung der verheerenden seelischen Folgen aufweisen. Sie dämpfen die innere Unruhe, wirken angst- und schmerzmildernd und erleichtern zwischenmenschliche Begegnungen, allerdings um den Preis der Suchtentwicklung und der Nähevermeidung. Eine wirkliche Verarbeitung des Erlebten findet nicht statt.

An der anschließenden Diskussion beteiligten sich zahlreiche Zuhörer und Prof. Sachsse konnte noch einzelne Aspekte näher erläutern.

Nach der Mittagspause wurde in kleineren Arbeitsgruppen, die von Therapeuten der Fachklinik geleitet wurden, das Thema weiter vertieft und die Ergebnisse noch einmal im anschließenden Plenum vorgestellt. In den Arbeitsgruppen ging es auch darum, die Arbeit mit traumatisierten Süchtigen in der Klinik darzustellen und zu erörtern.

Auch dieses 9. Richelösdorfer Gespräch wurde von den Teilnehmern als eine Anregung und Bereicherung für ihre alltägliche Arbeit empfunden. Die positive Resonanz verstehen wir auch als Verpflichtung zum 10. Richelsdorfer Gespräch im Jahr 2007.



## Trauma und Sucht

Vortrag Prof. Ulrich Sachsse, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Göttingen

Wir veröffentlichen in diesem Beitrag die von Prof. Sachsse benutzten Folien, die textlich/ inhaltliche Ergänzung erfolgte durch Herrn Alfred Scheib, Leitender Psychologe der Fachklinik Richelsdorf.

Aufgrund der Heterogenität des Publikums, die wir im Vorwort bereits erwähnt haben, referierte Herr Prof. Sachsse zunächst über die Grundlagen des Stress- und Furchtsystems und deren Verarbeitung. Er benannte dabei ein typisches Beispiel: Ein Spaziergänger im Wald, ein zähnefletschender, bedrohlich knurrender Hund kommt auf ihn zu. Die in **Folie 1** genannten Reaktionen laufen augenblicklich und automatisch ab, genetisch programmiert seit Millionen von Jahren. Eine sinnvolle Reaktion, um durch Kampf oder Fucht die bedrohliche Situation überwinden zu können und das (Über-)Leben zu sichern.

## Aktivierung des Furcht-Systems: Kampf und Flucht (Fight and Flight – Cannon 1915)

- Ein Außenfeind!
- Adrenalinstoß
- Schneller Herzschlag
- Blutdruckanstieg
- Mobilisierung der Zuckerreserven
- Erhöhter Muskeltonus
- Abhauen oder Angreifen?
- Mobilisierung der kognitiven Problemlösungsressourcen

Folie 1

Ulrich.Sachse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

**Folie 2** beschreibt wie es zur Beruhigung des Furchtsystems kommt. Entweder ich stelle mich im Kampf und siege und triumphiere – in scheinbar aussichtsloser Situation und trotz eines vermeintlich stärkeren Gegners – oder ich entkomme der bedrohlichen Situation durch Flucht und bin in Sicherheit oder ich finde als dritte Möglichkeit eine kognitive Problemlösung, die dann – hoffentlich einen dauerhaften Lerneffekt nach sich zieht. Stressbewältigung gehört zur Grundausstattung des Menschen. Erst wenn der Stress und die Furcht ein nicht mehr bewältigbares Maß übersteigen, ein Entrinnen nicht möglich ist oder erscheint, kommt es zu Störungen.

## Beruhigung des Furcht-Systems

- **Kampf** mit Sieg, Triumph
- **Flucht** mit Entkommen, Sicherheit
- Kognitive **Problemlösung**
- - Selbstbelohnung
- - Lernen
- „Aus Schaden wird man klug“

Folie 2

Ulrich.Sachse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

In **Folie 3** wird die Aktivierung des Panik-Systems beschrieben, wenn Menschen sich allein, klein, hilflos und ausgeliefert fühlen, ähnlich Säuglingen, die sich selbst überlassen, hungrig, durstig, voller Panik sich bemerkbar machen und nach Schutz, Trost und Zuwendung suchen. Die dabei auftretenden Klangmuster und Frequenzen machen der Mutter/Bezugsperson Stress und sie sucht den Säugling, aber auch sich selbst, zu beruhigen.



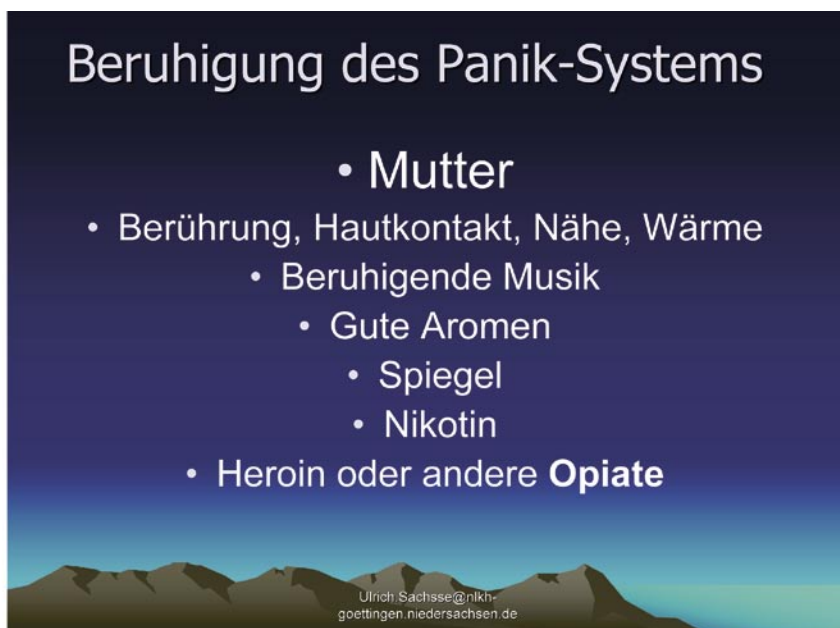
**Aktivierung des Panik-Systems**

- Mutterseelenallein in der Fremde
  - Klein und hilflos
- Piepsen, Jaulen, Heulen, Schreien
  - Distress Vocalisations
  - **DVs**
- Klangmuster und Frequenz machen Mutter
- **STRESS !**

Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 3

Beruhigend wirken die in **Folie 4** genannten Maßnahmen und Stoffe. Dazu gehören auch Nikotin, Heroin und andere Opiate, die unmittelbar auf die entsprechenden Hirnzentren einwirken.



**Beruhigung des Panik-Systems**

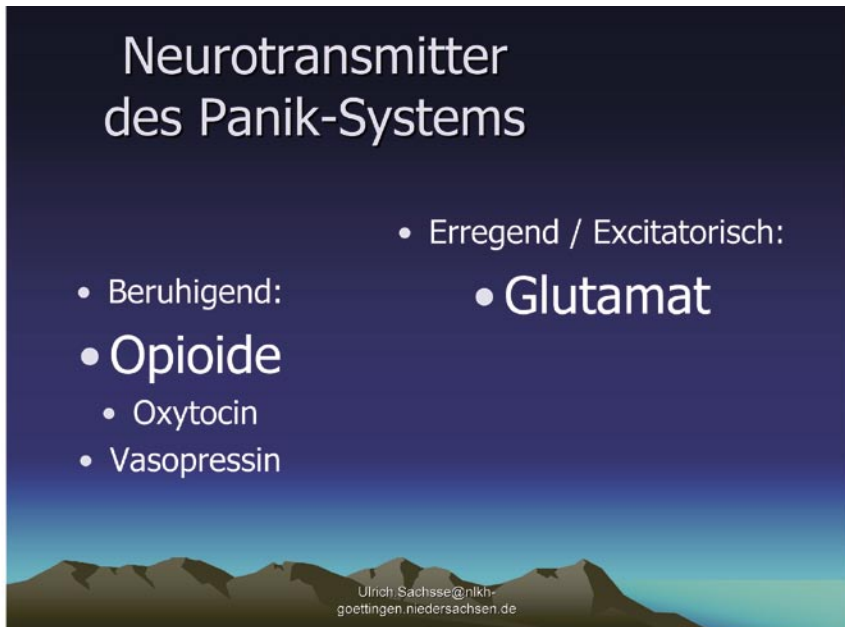
- **Mutter**
- Berührung, Hautkontakt, Nähe, Wärme
  - Beruhigende Musik
  - Gute Aromen
    - Spiegel
    - Nikotin
- Heroin oder andere **Opiate**

Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 4

In einem kurzen Exkurs ging Prof. Sachsse auf das Neurotransmitter-System ein, betonte, dass vor allem Opiode beruhigend auf das Panik-System wirken (**Folie 5**).

Folie 5



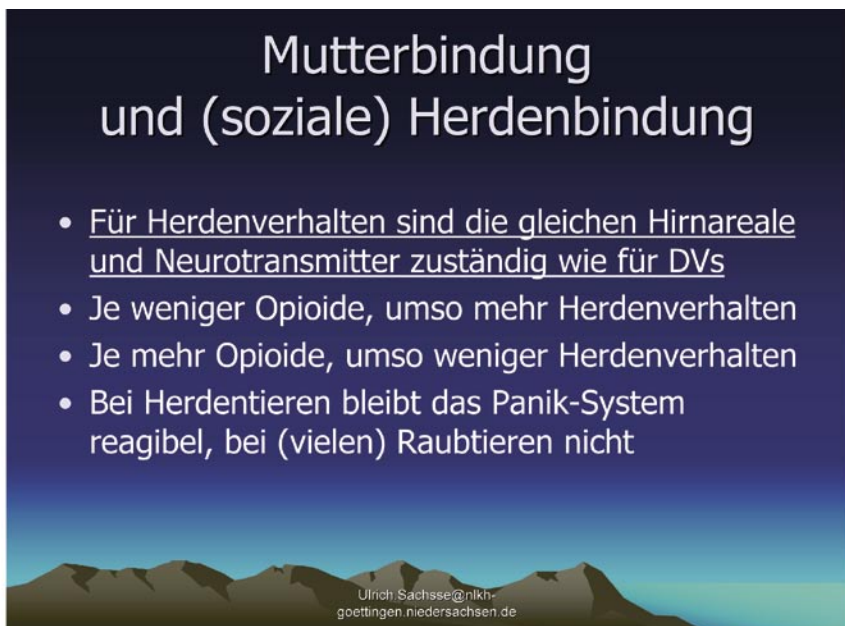
Neurotransmitter  
des Panik-Systems

- Beruhigend:
  - Opiode
    - Oxytocin
    - Vasopressin
- Erregend / Excitatorisch:
  - **Glutamat**

Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Da der Mensch sehr lange auf Versorgung angewiesen ist, ist es für ihn wichtig, dass er in funktionierenden sozialen Bindungen Sicherheit findet. Das Bedürfnis nach Sicherheit in sozialen Bindungen bleibt ein Leben lang erhalten und das Panik-System bleibt bei erlebter Schutzlosigkeit ein Leben lang reagibel (**Folie 6**).

Folie 6



Mutterbindung  
und (soziale) Herdenbindung

- Für Herdenverhalten sind die gleichen Hirnareale und Neurotransmitter zuständig wie für DVs
- Je weniger Opiode, umso mehr Herdenverhalten
- Je mehr Opiode, umso weniger Herdenverhalten
- Bei Herdentieren bleibt das Panik-System reagibel, bei (vielen) Raubtieren nicht

Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

**Folie 7** schildert anschaulich den meisten Menschen sicherlich bekannte Symptome der Panik beim (erwachsenen)

Menschen, man denke z. B. an Prüfungssituationen u. ä.. Es werden die Symptome einer Panikattacke beschrieben, wenn der Mensch überschwemmt bzw. überrollt wird von nicht mehr bewältigbaren Affekten oder Ereignissen.

## Symptome der Panik beim Menschen

- Symptome des parasympathischen Autonomen Nervensystems ANS:
  - Kloß im Hals
  - Druck auf der Brust
  - Erhöhte Darmmotilität („Schiss“)
  - Harndrang (sich „verpissen“)
  - Weiche Knie, leichtes Zittern

Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 7

Häufig kommt es dann zu einem letzten Schutzmechanismus, der sog. Dissoziation, dem völligen „Abschalten und Ausschalten“ jeglicher emotionaler Wahrnehmung wie in **Folie 8** beschrieben.

## Erstarrung: „Freeze“-Reaktion

- Auf dem Sprung in
  - Todesangst +
  - Muskelstarre +
  - Herzrasen +
  - Sprachlähmung +
  - **Sympathicus**
  - =
  - Panikattacke
  - ?
- Kapitulation +
- Aufmerksamkeitsentzug nach aussen + innen +
- Abschalten in beide Richtungen +
- **Parasympathicus**
- =
- Dissoziation
- ?

Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 8

Für Menschen, die traumatisiert wurden, gibt es eine Reihe von sehr belastenden Gefühlen: Angst, Panik, Todesangst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, das Gefühl totalen Ausge-

liefertseins und der Überflutung mit Schrecken, sekundär dann noch mit Scham und Schuldgefühlen. Es gehört zu den normalen Mechanismen der Verarbeitung traumatischer Ereignisse, dass diese einen zunächst immer wieder bedrängen und man diese unangenehmen Gefühle spürt oder dass man innerlich dicht macht und nichts mehr spürt. Nach einiger Zeit, meistens ein halbes bis ein Jahr, haben viele Menschen ihr Trauma verarbeitet. Manche traumatischen Erfahrungen wie Folter und Vergewaltigung führen in 50 bis 80 Prozent zu einer posttraumatischen Belastungsstörung. Anhaltende Gewalt und sexualisierte Gewalt in der Kindheit sowie Vernachlässigung gehören ebenfalls zu den Erfahrungen, die lang anhaltende Schädigungen bewirken können.

Nach dieser grundlegenden Darstellung des Stress- Angst- und Panik-Systems ging Prof. Sachsse auf die sog. Posttraumatische Belastungsstörung näher ein, erläuterte die Kriterien dieser Störung wie sie in der DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) beschrieben werden (**Folien 9 – 14**).

Die **Folien 9 und 10** beschreiben, womit die Person konfrontiert wurde und die emotionale Reaktion darauf, die **Folien 11 und 12** beschreiben die Art und Weise wie das traumatische Ereignis wiederbelebt wird, z. B. bei internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

### 309.81 DSM-IV Kriterium A 1 für Posttraumatische Belastungsstörung

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten

Folie 9

Ulrich.Sachsse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

## 309.81 DSM-IV Kriterium A 2 für PTBS



- (2) die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Ulrich.Sachsse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

Folie 10

## 309.81 DSM-IV Kriterium B 1 für PTBS

- *Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können:*
- *“Intrusionen” – “Flashbacks”*

Ulrich.Sachsse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

Folie 11

## 309.81 DSM-IV Kriterium B 2 für PTBS

- *Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis:*
  - *“Nightmares”*
  - *Alpträume*

Ulrich.Sachsse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

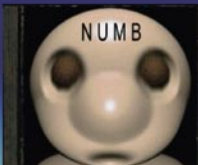

Folie 12

Die **Folie 13** weist darauf hin, was die Person aktiv tut, um den Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, zu entgehen, wie z. B. aktives Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen oder auch bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen. Eine weitere Folge ist eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität und auch eine eingeschränkte Bandbreite des Affekts, hier als Abstumpfung benannt.

Folie 13

309.81 DSM-IV Kriterium C für PTBS

- Vermeidung (avoidance)
- Abstumpfen (numbing)



Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Schließlich weist **Folie 14** auf einen erhöhten Erregungspegel hin, der sich in Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, in erhöhter Reizbarkeit, in Konzentrationschwierigkeiten, übertriebener Schreckreaktion u. ä. äußern kann.

Folie 14

309.81 DSM-IV Kriterium D für PTBS

- Übererregung
- arousal



Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Durch sog. Triggerreize werden die traumatisierende Situation und die damit verbundenen Emotionen wiederbelebt, es kommt zu Reinszenierungen, Alpträumen, Einschlafstörungen (aus Furcht vor der Wiederbelebung im Traum). Es ist ein Handeln und Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt, jedoch nicht als bewusstes Erinnern-(Wollen), sondern als Reaktion auf die Auslösereize (**Folie 15**).

## Intrusive Symptomatik: Intrusionen und Flashbacks durch Triggerreize



Reenactments,  
Reinszenierungen,  
keine Erinnerungen!  
Alpträume  
Einschlafstörungen

Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 15

Als Begleitsymptomatik können die in **Folie 16** beschriebenen Symptome, ein inneres Versteinern, eine schwere Depression, die Unfähigkeit Freude zu empfinden und auch Somatisierungsstörungen auftreten.

## Konstriktive Symptomatik

Versteinern  
Depression  
Anhedonie  
Somatisierungsstörung

Ulrich.Sachse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 16

Die dissoziative Symptomatik kann sich äußern als eine

Störung des Erinnerungsvermögens, als Realitätsverzerrung, als Störung der Wahrnehmung der eigenen Person, als innere Flucht in eine Traumwelt, als Störung der gesamten Identität (**Folie 17**).

## Dissoziative Symptomatik



- Dissoziative Amnesie
- Derealisation
- Depersonalisation
- Dissoziative Fugue
- Dissoziative Identitätsstörung
- DIS
- DESNOS

Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 17

Zum Ende dieses Teils des Vortrages, in dem die Symptome und Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung beschreiben wurden, wies Prof. Sachsse noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass bei allen psychischen Symptombildungen traumatische Erlebnisse eine Rolle spielen können, dass jedoch insbesondere Suchterkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, schwere Depressionen mit Suizidalität, ausgeprägte Somatisierungsstörungen und Schmerzsyndrome posttraumatisch bedingt sein können und auch oft sind (**Folie 18**).

## Chron. komplexe PTBS

Fast alle Symptombildungen können posttraumatisch (mit-)bedingt sein, bes.:

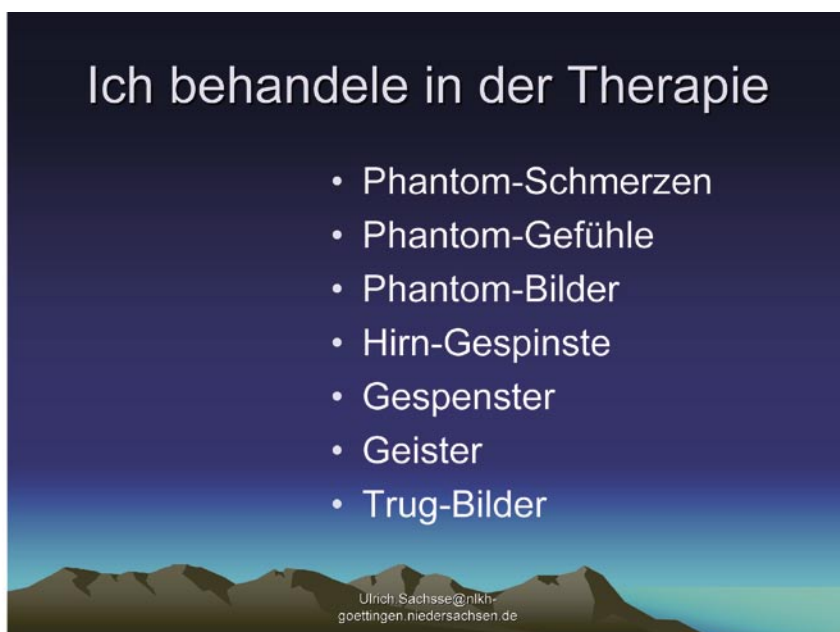
- Borderline-Persönlichkeitsstörung BPS
- Suchterkrankungen
- Schwere Depressionen mit Suizidalität
- Somatisierungsstörungen, Schmerzsyndrome

Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 18

Im letzten Teil der Ausführungen ging Prof. Sachsse auf die Behandlung der PatientInnen ein, bei denen eine Suchterkrankung vor dem Hintergrund einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliegt. Insbesondere ging es ihm darum, die Unterschiede des Erlebens und Verhaltens klarzumachen, was jeweils auch Unterschiede im therapeutischen setting und in der Behandlungsstrategie erfordert.

**Folie 19** soll verdeutlichen, dass es die inneren Bilder, die wiederbelebten Gefühle usw. sind, um die es in der Behandlung geht und nicht um die reale unmittelbare Situation. Das, was uns heute plagt, ist nicht das, was geschehen ist, sondern die Bilder davon in unserem Kopf, und diese Bilder können wir verändern. Folglich sollten für die Behandlung Strategien entwickelt werden, mit den bedrängenden Erinnerungen, Gefühlen, Schmerzen klarkommen zu können.



The slide features a dark blue background with a light blue gradient at the bottom. At the bottom, there is a silhouette of a mountain range. The text is white and centered.

## Ich behandle in der Therapie

- Phantom-Schmerzen
- Phantom-Gefühle
- Phantom-Bilder
- Hirn-Gespinnste
- Gespenster
- Geister
- Trug-Bilder

Ulrich Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 19

**Folie 20** stellt Phasen der Trauma-Behandlung dar, wobei es zunächst um Ich-stabilisierende Techniken geht wie z. B. die Arbeit mit dem inneren Kind, um Übungen zum sicheren inneren Ort und mit den inneren Helfern, wie sie auch von Luise Redemann in ihrem Buch „Imagination als heilsame Kraft“ beschrieben werden. Diese Phase der Behandlung kann als Stabilisierungsphase beschrieben werden und sollte sehr viel Zeit einnehmen. Erst wenn die Patientin das Gefühl hat, dass sie in Kontakt mit all ihren Fähigkeiten ist und wenn sie hinreichende Kontrolle hat über innere belastende Zustände, ist Vertiefung angezeigt. In einem zweiten Schritt geht es dann um die sog. Traumabegegnungsphase, in der Traumaexposition, EMDR usw. zur Anwendung

kommen, so dass schließlich eine kognitive Neuorientierung und eine Integration des Erlebten stattfinden kann.

## „Anti-Panic-Psychotherapy“ vs „Anti-Fear-Psychotherapy“

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Anti-Panic-Therapy</b></li><li>■ Working With <b>The Inner Child</b></li><li>■ <i>Stabilisation</i> By <b>Imaginations</b> of:</li><li>■ Safety (Safe Inner Place)</li><li>■ Optimal Social Support (Inner Helpers)</li><li>■ Being One With Nature (Tree Exercise)</li><li>■ Skills Training (<b>DBT</b>)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Anti-Fear-Therapy</b></li><li>■ <b>Traumasyntesis</b> by Trauma-Exposure</li><li>■ Eye Movement Desensitisation and Reprocessing <b>EMDR</b></li><li>■ <b>Screen Techniques</b></li><li>■ Prolongued Exposure</li><li>■ Cognitive Reorientation</li></ul> |
|---|--|

Folie 20

In **Folie 21** wird dargestellt wie unterschiedlich sich Menschen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung bzw. mit Suchterkrankungen darstellen und wie sich dies auf das Milieu einer Klinik-Station auswirkt.

## Stationsmilieu

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>Kompl PTBS</u></b></li><li>• Sozial distanziert</li><li>• Grenzen respektieren!</li><li>• Kontrolle über das therapeutische Personal</li><li>• Manchmal: süchtig-symbiotisch-fordernd</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>Sucht</u></b></li><li>• Fordernd</li><li>• Kumpelhaftes „Du!“</li><li>• Drogenassoziierte Peergroups</li><li>• Jugendliche Musik</li></ul> |
|---|--|

Folie 21

Auch auf den Therapiebeginn wirken sich die Unterschiede aus, wie **Folie 22** aufzeigt. Traumapatienten brauchen das Gefühl der Selbstkontrolle, ihr Bedürfnis nach Kontrolle ist sehr ausgeprägt, alles was sie nicht selbst kontrollieren können, und dazu gehören auch die Gefühle, denen sie scheinbar hilflos ausgesetzt sind, macht Angst. Nur wer einigermaßen in der Lage ist, seine Gefühle zu kontrollieren

und auszuhalten, sollte eine Traumakonfrontation wagen. Sie brauchen weiterhin umfangreiche Informationen über das, was in der Behandlung geschieht, aber auch Aufklärung über körperliche Begleiterscheinungen bei starken Emotionen wie z. B. Angst. Bei einer reinen Trauma-Behandlung werden allerdings oft Sucht- und Missbrauchssymptomatiken übersehen und werden entsprechend nicht mitbehandelt. Bei der Suchtbehandlung steht der Entzug vom Suchtmittel im Mittelpunkt, übersehen und in der Behandlung nicht mitberücksichtigt werden dabei dann oft die Symptomatiken einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. selbstveletzenden Verhaltens. Symptome, die beiden Störungen – PTBS und Sucht – gemeinsam sind, werden in **Folie 23** genannt.

## Therapiebeginn

- **Kompl PTBS**
  - Selbstkontrolle
  - Information
  - Stabilisierung
  - DBT
  - PITT
  - Häufig übersehen:  
Sucht- oder Abusus-  
Problematik
- **Sucht**
  - **Entzug**
  - Häufig übersehen:  
PTBS, SVV

Ulrich.Sachse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

Folie 22

## Gemeinsamkeiten

- Ein- und Durchschlafstörungen
- Emotionale Reizbarkeit
- Wutausbrüche
- Konzentrationsstörungen
- Schreckhaftigkeit
- Innere Unruhe, Getriebensein
- Vegetative Symptomatik
- Spezielle Medikation: Nemexin, Clonidin, Ritalin

Ulrich.Sachse@nlkh-  
goettingen.niedersachsen.de

Folie 23

**Folie 24** zeigt dagegen die Unterschiede in der Entwöhnungsbehandlung auf, wenn eine reine Suchtproblematik vorliegt, bzw. wie eine zusätzliche Störung wie die posttraumatische Belastungsstörung das Erleben verändert. In letzterem Fall kann es zu Wiederbelebungen des Traumas kommen, auch in Form von Alpträumen, zu Dissoziationen, es kann aber auch eine schwere Depression zu Tage treten, während bei reinen Suchtphänomenen die typischen Entzugssymptome auftreten wie Schwitzen, Zittern, innere Unruhe, die für Patienten zwar unangenehme, aber bewältigbare Probleme darstellen. Der Horrortrip nach LSD unterscheidet sich ebenfalls vom Trauma-Flashback.

Folie 24

### Symptome im Entzug

- **Kompl PTBS**
  - Demaskierung latenter PTBS (cave!)
  - Major Depression
  - Trauma-Flashback
  - Dissoziation
  - Hyperarousal
  - Alpträume
  - Intrusionen
- **Sucht**
  - Typische Entzugssymptome (da muss man durch)
  - Leere
  - Horrortrip nach LSD
  - Intoxikation
  - Vegetative Entzugssymptomatik
  - Drogenträume
  - „Kopfkino“

Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Beide Störungsformen fördern auch regressive Tendenzen, die in der Behandlung beachtet und berücksichtigt werden müssen und mit denen umgegangen werden muss, wie die **Folie 25** aufzeigt. Dabei geht es darum die erwachsene Person von heute in ihrer Funktionsfähigkeit zu stärken und gleichzeitig die innerseelische Regression zu ermöglichen ohne dass sich die Regression in der Beziehung ausbreitet. Das Arbeitsbündnis zwischen Therapeutin und Patientin bleibt intakt. Übungen zum imaginative Umgang mit dem „inneren Kind“ oder den jüngeren Ichs spielen dabei eine zentrale Rolle.

Auf **Folie 26** schließlich wird das Behandlungsdilemma, wie es sich bei schwer traumatisierten suchtmittelabhängigen Patienten darstellt, beschrieben, das sich oft in einer Spaltung des therapeutischen settings niederschlägt, indem die Position eines „entweder-oder“ vertreten wird „entweder

Trauma-Behandlung oder Suchtbehandlung“ bzw. erstmal Behandlung des Suchtproblems, dann Traumatherapie oder vice versa. Folge ich dieser Strategie, setze ich mich sozusagen zwischen die Stühle, es kommt sowohl auf Behandler- wie auch auf Patientenseite zu Resignation und in der Folge nicht selten zu Behandlungsabbrüchen mit einem Fortbestehen der Sucht wie auch der Belastungsstörung.

## Regression

- **Kompl PTBS**
- Kind-States
- Jugendlichen-States
- Umgang mit Regression in Kindzustände, Dissoziation, Intrusion
- **Sucht**
- Jugendliche Randgruppe
- Umgang mit Craving, Sucht-Rückfall, Abbruchwünschen

Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 25

## Behandlungs-Dilemma

- Entweder – oder!
- Erstmal Komplett-Entzug!
- Erstmal Trauma-Desensibilisierung!
- Zwischen die Stühle
- Resignation, Behandlungsabbruch

Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Folie 26

Wenn wir die Sucht als einen – missglückten – Bewältigungsversuch für das traumatische Geschehen und die daraus entstandene chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung verstehen, müssen wir in der Behandlung mit dem Patienten gemeinsam eine Lösung für das Sucht-

problem und für die Traumabelastung finden, indem wir zunächst der Patientin Ich-stabilisierende und –stärkende Möglichkeiten und Mittel zur Verfügung stellen und sie, da der stationäre Rahmen in der Regel zeitlich begrenzt ist, ermutigen, den Behandlungsprozess ambulant oder teilstationär fortzusetzen. Das Ziel ist schließlich, die eigene Geschichte anzunehmen und zu integrieren, „etwas (für uns Annehmbares, Zufriedenstellendes) aus dem zu machen, was aus uns gemacht wurde“.

*Alfred Scheib, Leitender Psychologe*

### **Weiterführende Literatur zum Thema:**

Ulrich Sachsse: Traumazentrierte Psychotherapie; Schattauer, Stuttgart 2004

Heike Hinz: Stationäre Entwöhnungsbehandlung suchtkranker Patienten mit komplexen Traumatisierungen auf der Basis eines tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes in: Ingo Schäfer, Michael Krausz (Hrsg.): Trauma und Sucht, Konzepte – Diagnostik – Behandlung; Klett-Cotta, Stuttgart 2006

Luise Reddemann: Imagination als heilsame Kraft, Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren; Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2001

Verweisen möchten wir auch auf das Spezialkonzept der Fachklinik Richelsdorf: Missbrauch und Traumatisierung; zu beziehen über die Fachklinik oder im Internet unter [www.fachklinik-richelsdorf.de](http://www.fachklinik-richelsdorf.de)

