

# „UND DAS HEROIN HÜLLTE SIE IN EINEN SCHUTZMANTEL“

## Trauma und Sucht – eine Fallvignette

ELSBETH KOHLER

Anhand einer Fallvignette wird das Ineinandergreifen von Posttraumatischer Belastungsstörung und Sucht in der Pathologie und der Behandlung beschrieben. Die Behandlung von PTBS und Sucht muss gut aufeinander abgestimmt werden, um ein gegenseitiges Destabilisieren zu vermeiden. Phänomenologisches Vorgehen wurde in diesem Fall mit Suchtbehandlung und mit Traumatherapie verbunden. In der Fallvignette zeigt sich das Suchtmittel Heroin in der Funktion eines lebensunterstützenden Copings.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Stationäre Suchtbehandlung, Traumatherapie, Existenzanalyse, Fallvignette

“AND HEROIN CLOAKED HER IN A PROTECTIVE MANTLE”  
Trauma and Addiction - a case vignette

By means of a case vignette the intertwining of post-traumatic stress disorder and addiction is described in pathology and treatment. The treatment of PTSD and addiction must be well coordinated in order to prevent them from destabilizing one another. Phenomenological procedure and addiction treatment with trauma therapy were combined in this case. The addictive substance heroin appears in the function of a life sustaining coping strategy in the case vignette.

**KEYWORDS:** in-patient addiction treatment, trauma therapy, existential analysis, case vignette

### THERAPIESTATION CARINA

Die Therapiestation Carina ist eine Einrichtung zur langfristigen, stationären Entwöhnungsbehandlung von substanzabhängigen Frauen und Männern ab dem 16. Lebensjahr. Voraussetzung für die Aufnahme ist ein abgeschlossener, medizinisch überwachter Entzug. Die Vollbelegung ist bei 15 Personen und im Jahr werden zwischen 60 und 70 Behandlungen durchgeführt. Die Therapiestation ist spezialisiert auf die Behandlung von Dual- und Mehrfachdiagnosen wie Persönlichkeitsstörungen und Sucht, Traumatisierung und Sucht, Psychose und Sucht, bipolare Störungen und Sucht. In der Regel sind Komorbiditäten vorhanden. Sehr selten finden sich Patientinnen und Patienten ein, die neben der Suchtproblematik nur eine neurotische Struktur aufweisen. Therapiedauer und Therapieschwerpunkte orientieren sich an folgenden Parametern: der Schwere der Suchterkrankung, der Schwere der komorbiden psychischen Erkrankung, dem allgemeinen persönlichen Strukturniveau und dem Ausmaß der psychosozialen (Des-) Integration. Es gibt flexible Therapieangebote: Krisenaufnahmen für Kurzinterventionen, Langzeittherapie-Aufenthalt bis zu einem Jahr und kumulierte Therapien (mehrere Aufenthalte bzw. Behandlungsabschnitte). Das Team ist multiprofessionell und das Leitungsteam besteht aus existenzanalytischen Therapeuten und Therapeutinnen. Die Phänomenologie und Personalität als angestrebte Grundhaltung zieht sich wie ein roter Faden durch die Behandlung und auch die Kommunikationskultur des Teams. Verschiedene Therapiebausteine werden nach Bedarf individuell zusammengestellt. Kernbausteine sind Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting, soziotherapeutische Gruppen, therapeutisch begleitetes Arbeiten in den verschiedenen Arbeitsbereichen wie Umbau, Garten, Stall, Küche, Hausreinigung usw. Weiters gibt es ergänzende Bausteine wie pädagogisch begleitetes Reiten, Kreativangebote, berufliche Integration, Psychoedukation, Bewegung und erlebnisorientierte Freizeitgestaltung. Der Tag ist klar durchstrukturiert, was Halt und Orientierung

gibt, stabilisiert, von etwaigem Suchtdruck ablenkt und einfache Kompetenzen wie Verlässlichkeit, Genauigkeit und die Übernahme von Verantwortung fördert. Während des Aufenthaltes wird sowohl im Haus als auch außer Haus die Abstinenz gefordert. Rückfälle werden differenziert beurteilt und die Arbeit mit Rückfällen ist bei entsprechender Einsichts- und Veränderungsbereitschaft sehr effizient. Hinsichtlich von verordneten Medikamenten gilt das Prinzip: so viel und lange wie notwendig, so wenig und kurz wie möglich. Die medikamentöse Therapie folgt am Beginn einer Behandlung der Zielsetzung, spontane Abbrüche zu vermeiden und Compliance aufzubauen. Eine optimale medikamentöse Basisversorgung ist vielfach die Voraussetzung für die nachfolgenden therapeutischen Behandlungsmaßnahmen.

### POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND SUCHTMITTEL-ABHÄNGIGKEIT

Aus dem stationären Kontext der Suchtbehandlung wähle ich die Falldarstellung einer jungen opiatabhängigen Frau, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. Es gibt mehrere Studien über eine funktionelle Beziehung zwischen Posttraumatischem Belastungssymptom und Suchtmittelmissbrauch. An erster Stelle steht in der Literatur die Selbstmedikationshypothese. Diese sagt aus, dass die Patientinnen psychoaktive Substanzen verwenden, um die Symptome zu regulieren und zu mildern. Hohe Spannungszustände können gemindert und Triggerstimuli umgangen werden. Unter Drogeneinfluss sind Flashbacks in der Regel weniger und Patientinnen mit sexuellen Traumatisierungen können Sexualität eher ertragen. Üblicherweise gibt es bei diesen Patientinnen kaum Sexualität in nüchternem Zustand. Der Schweregrad der Suchtmittelabhängigkeit korreliert oft signifikant mit dem Schweregrad der PTBS-Symptome. Vielfach ist die posttraumatische Belastungsstörung zeitlich vor der Suchterkrankung. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer posttraumatischen Belastungsstörung eine Suchterkrankung zu

entwickeln, ist um ein Vielfaches größer als bei der Vergleichsgruppe ohne PTBS. Vor allem Frauen, und insbesondere opiatabhängige Frauen, haben eine Komorbidität mit PTBS von 30 bis 50 Prozent (vgl. Lüdecke, Sachse, Faure 2010, 19 ff.).

Bei Suchtpatientinnen mit einer PTBS müssen zwangsläufig die Behandlung der Suchterkrankung und die Traumatherapie gleichzeitig stattfinden. Erschwerend ist, dass die Behandlung der Suchterkrankung destabilisierend wirkt und das Auftreten gehäufte Symptome der PTBS zur Folge hat. Bei der Behandlung der PTBS ist Stabilisierung die Voraussetzung. Umgekehrt ist es so, dass in Phasen mit mehr Symptomatik der PTBS das Craving und der Suchtdruck steigt. Es geht folglich immer um ein Abwägen, wieviel die Patientin aushalten kann. Wird das Suchtmittel entzogen findet automatisch eine Destabilisierung statt. Im Suchtmittel-Entzug werden alle stressphysiologischen Systeme aktiviert. Besonders im Opiat-Entzug werden das Panik- und das Furcht-System durch den Endorphin-Mangel aktiviert. Das Bindungssystem wird irritiert, und durch die Aktivierung des präfrontalen Kortex kommt es zu einer Zunahme von Flashbacks und Intrusionen. Die Dopamin-Rezeptoren werden sensitiviert und es kommt zu einem verstärkten Craving. Je später der Patient merkt, dass er sich in einer Craving Spirale befindet, umso größer ist die Gefahr eines Rückfalls. Achtsamkeit spielt hier eine große Rolle. So kann der „point of no return“ nur durch erhöhte Achtsamkeit und Aufmerksamkeit verhindert werden. Rückfälle sind bei Patienten mit PTBS häufiger und schwerer als in der Vergleichsgruppe ohne diese Komorbidität. Gerade im stationären Setting sollen Patientinnen gut aufgeklärt werden über die Gefahr einer Überdosis nach einer abstinenter Phase (vgl. ebd., 27 ff.).

## FALLBEISPIEL MARIE

Marie ist ein hübsches zartes Mädchen. Sie ist 21 Jahre alt und kommt in die Klinik, weil sie abhängig ist von Heroin und diese Sucht gerne loswerden möchte. Sie wollte schon unzählige Male vom Heroin wegkommen, hat es jedoch kaum länger als eine Woche geschafft. Sie kann nicht sagen, wozu sie die Abstinenz will, sie kann nur sagen, dass es ein schreckliches Leben ist, das sie führt, und sie die Hoffnung noch nicht ganz aufgegeben hat, dass sich vielleicht etwas in ihrem Leben ändern könnte. Sie lebte über ein Jahr auf der Straße, war verwahrlost und abhängig, dem Schicksal ausgeliefert und ohne Perspektive.

Bei mir zeigt sich ein höfliches, hübsches und sehr zartes Mädchen, dessen innere Unruhe atmosphärisch den Raum einnimmt. Irgendetwas an ihr ist dauernd in Bewegung. Sie zappelt mit den Beinen, bewegt andauernd ihre Hände und macht den Eindruck, als würde sie auch innerlich zittern. Sie spricht von sich, und dabei ist ihre Stimme wacklig und brüchig. Sie wirkt kooperativ und angepasst. Sie spricht von ihrem Bruder, der auch abhängig ist und sich derzeit auf Therapie befindet, was sie sehr beruhigt, da sie diesem Bruder gegenüber eine mütterlich beschützende Rolle eingenommen hat. Da er nun gut versorgt ist, kann sie sich auch um sich selber kümmern.

Sie spricht auf mein Anfragen hin von einem hohen Suchtdruck und dass sie sich überhaupt nicht vorstellen kann, je von

den Drogen loszukommen. Es erleichtert sie zu hören, dass dies in den ersten Wochen nach dem körperlichen Entzug durchaus üblich ist. Sie schämt sich deswegen und interpretiert es als persönliches Versagen, so häufig vom Suchtmittel zu träumen und den Wunsch nach Davonrennen zu haben. Sie schämt sich auch dafür, dass sie sich nicht vorstellen kann, dass das Leben je ohne Suchtmittel aushaltbar sein könnte. Einerseits ist die Motivation, ohne Suchtmittel zu leben, spürbar und andererseits ist sie von dem Sog zum Suchtmittel ergriffen. Es ist für sie wichtig, zu erkennen, dass beides gleichzeitig da sein kann: Einerseits die Entscheidung, von den Drogen weg zu kommen, andererseits das Verlangen nach Suchtmitteln. Es sind biologische Faktoren, denen sie jetzt noch ziemlich ausgeliefert ist. Es ist wichtig, dass sie das Wollen trotzdem als echt wahrnimmt, obwohl das Craving andererseits so stark ist. Die Information, dass dies kein Widerspruch ist, wie sie selber es empfindet, ist wichtig für sie. Sie würde im Laufe der Therapie noch viele widersprüchliche Seiten in sich entdecken und ein Schwerpunkt ist es, diese unterschiedlichen Anteile (Ego States) wahrzunehmen, zu würdigen und mit den unterschiedlichen Seiten zu kommunizieren. (vgl. Frederick, Phillips 2007, 99 ff.)

Ihre Geschichte präsentiert sie nur langsam. Sie scheint es nicht gewohnt zu sein, dass ihr jemand zuhört und Aufmerksamkeit schenkt. Sie erzählt von einer Mutter, der sie sich nie nahe fühlen konnte und deren Nähe sie jedoch immer gesucht hat. Die Mutter selber scheint die Tochter immer wieder für ihre eigenen Probleme als „Vertraute“ verwendet zu haben. Parentifizierung beschreibt die Umkehr der Eltern-Kind-Rolle. Marie ist zur Vertrauten und Ratgeberin ihrer Mutter geworden, zur primären Quelle von Unterstützung und Trost (Graf, Frank 2001, 314). Parentifizierte Kinder übernehmen oft auch die Elternrolle für Geschwister, im Fall von Marie für ihren Bruder. Der Vater war schwach und der Mutter unterlegen.

So hatte Marie gelernt, eigene Bedürfnisse zurückzustellen, selber möglichst unkompliziert zu sein und sich um die Mutter zu kümmern. Das Elternhaus war geprägt von der gereizten Stimmung der Mutter, den elterlichen Streitereien, und nach der Scheidung kam es zu einem Abbruch der Beziehung zum Vater, dem sie emotional näher stand. Sie stand zwischen den Eltern und konnte es der Mutter kaum recht machen. Nähe zu einer Person hatte zwangsläufig Stress mit dem anderen Elternteil zufolge, und so blieb sie eigentlich emotional auf sich alleine gestellt. Beide Elternteile waren zuviel mit sich beschäftigt, um die Tochter wahrzunehmen. Es war jedoch eine dauernde und vergebliche Suche nach Anerkennung von und Nähe zur Mutter. Der Vater ist aus ihrem Leben mehr oder weniger verschwunden. Er hat sich nach der Scheidung nicht mehr um sie gekümmert.

Als 13-Jährige hatte Marie in ihrem Lehrbetrieb einen dominanten übergriffigen Lehrherrn, der die Patientin an die Kunden des Betriebes weiterreichte. Sie wurde unzählige Male missbraucht und vergewaltigt und erlebte Todesängste. Sie wohnte dort, hatte kein absperrbares Zimmer und war über mehr als ein Jahr der Willkür vieler betrunkenen Männer ausgeliefert. Sie schämte sich und mit der Erfahrung, dass von den Eltern weder Hilfe noch Verständnis zu erwarten war, schwieg sie. Aufgrund der biografischen Gegebenheiten holte sich Ma-

rie keine Hilfe bei ihren Eltern oder anderen Personen, sondern ging davon aus, dass sie auf sich allein gestellt die Probleme zu lösen hatte. Diese waren jedoch zu enorm, um von ihr auf die Reihe gekriegt zu werden.

Während der Zeit, in der die Traumatisierungen stattgefunden haben, entwickelte sich parallel dazu die Suchtgeschichte. Marie entdeckte zuerst Alkohol und bald das Heroin und dessen hervorragende Wirkung. Sie ging nur noch intoxikiert in ihr Zimmer, da sie vor lauter Angst überhaupt nicht schlafen konnte. Die Opiate hüllten sie in einen Schutzmantel, während sie die schrecklichsten Situationen ihres Lebens zu ertragen hatte. Sehr schnell entwickelte sie eine Abhängigkeit und der tägliche Konsum von Heroin gehörte ebenso zu ihrem Alltag wie die tägliche Ungewissheit und die jederzeit möglichen Übergriffe. Das Heroin war die Rettung für Marie. Das Heroin schützte die Patientin vor massiveren Dissoziationen, um psychisch überleben zu können. Das Heroin reduzierte die Wahrnehmung von Todesängsten, körperlichen Schmerzen, der Ohnmacht und auch den Flashbacks. Wenn die Wirkung des Heroins oder auch anderer Substanzen nachließ, dann spürte sie, wie parallel dazu die Ängste, Schmerzen, Ohnmachtsgefühle und Flashbacks zunahmen.

## Stabilisierung

Von Anfang an war Information und Psychoedukation ein großer Teil der Therapie. Am Beginn der Therapie war die Störung auf der ersten Grundmotivation am deutlichsten. Sie fühlte sich haltlos, hatte viele Ängste während der Nacht und war oft überwältigt von ihren Affekten und Körpersensationen. Es fehlten ihr die Worte, es zu benennen, es fehlte die Erfahrung und Orientierung es einzuordnen und es fehlten vor allem geeignete Strategien, damit umzugehen. Schutz, Halt und Sicherheit waren in den ersten Wochen und Monaten das, was Marie brauchte. Schutz gab ihr das Angenommensein in der Gemeinschaft und der therapeutischen Beziehung und ebenso die Sicherheit des suchtmittelfreien Raumes. Halt kam durch die Stabilität der therapeutischen Beziehung, die Beziehung zu den Mitpatienten und die vorgegebene Tages- und Arbeitsstruktur. Halt gaben ihr auch die vielen Erklärungen. Es gab ihr Sicherheit, wenn sie Worte erhielt für das, was bei ihr passierte, wenn sie Vorgänge einordnen konnte und wenn sie erfuhr, dass vieles, was sie aktuell erlebte, sich auch verändern würde. Hoffnung entstand durch die Erfahrung, dass jeder Tag überstanden werden konnte und dass kein Zustand länger blieb und es immer wieder neue Lösungen, Hilfen und Möglichkeiten gab. In dieser Zeit waren die Übungen von Michaela Huber hilfreich. Der innere Garten und auch der sichere Ort konnten für Momente Ruhe schaffen und sie konnte diese Bilder auch selber in ihrer Freizeit aktivieren (vgl. Huber 2005, 65 ff.).

## Rückfälligkeit

Dennoch war es auch im geschützten Rahmen der Therapiestation für sie kaum aushaltbar und nur mit Medikamenten und einer tragfähigen und höher frequenten therapeutischen Beziehung möglich durchzuhalten. Es ging nicht ohne Rück-

fälligkeit. In der Abstinenz war sie latent suizidal, sie hatte oft die Phantasie, im „Dreck“ zu sterben, weil sie das verdiene.

Bei einem Abbruch wäre ihre Phantasie, in der Gosse zu sterben, beinahe geglückt. Sie wurde rückfällig und durch die vorangegangene Abstinenz war die Gefahr einer Überdosis hoch. Sie rannte davon, nahm Heroin, landete auf einem Klo, blieb dort ein paar Tage liegen.

Die Folge war ein zweimonatiger Aufenthalt in der Intensivstation, Lähmungserscheinungen, Nierenversagen etc. Bleibende Schäden wurden prognostiziert. Wie durch ein Wunder jedoch überlebte sie und erreichte mit viel Physiotherapie und Eigentaining die ursprünglichen Funktionen wieder. Selbstfürsorge war nicht selbstverständlich. Das Wozu-Leben war immer noch zweifelhaft, also war auch das Wozu-Trainieren nicht klar. Es fehlte ein grundsätzliches Wozu zum Leben in der Zeit, als alle Tage sehr mühsam waren, und so war es ein tägliches Überwinden. Es lag an mir und dem Team, sie zu erinnern, dass sie diese Fürsorge für sich übernehmen soll und muss. Es war eine Gratwanderung, ihr Eigenverantwortung zu geben und sie dennoch in die Verantwortung zu nehmen, wenn sie dies nicht machte. Ihr Ja zum Leben zeigte sich darin, dass sie übte, dass sie die Ressourcenbilder in der Nacht aktivierte, dass sie sich aushielt und dass sie anfang mehr und mehr mit Menschen über sich zu sprechen.

## Wertschätzung und Selbstannahme

In ihr gab es monatelang eine tief empfundene Abscheu sich selber gegenüber, ein Gefühl der Wertlosigkeit und des Ekels. Es brauchte in diesen Phasen viel Erklärung, beispielsweise über die Identifikation mit den Tätern, damit sie verstehen konnte, wie sich diese tief empfundene Abscheu und Ablehnung sich selber gegenüber erklären lässt und entwickeln konnte. So lernte sie, dass sie gegen das, was sich in ihr regte, nicht noch zusätzlich ankämpfen sollte. Den Eindruck und die primäre Emotion zu bergen war viele Wochen und Monate ein Schwerpunkt (vgl. Längle 2003, 77 ff.).

Es fehlte an Sprache und sie war verwirrt durch die oft widersprüchlichen und vielfältigen Körpersensationen und Emotionen. Das Anbahnen der Selbstannahme war wichtig, damit die Spannung in einem erträglichen Rahmen blieb. Indem sie spürte, dass mich ihre Zustände, ihr Ekel, ihre Todesängste und auch ihre Wut (die kam erst zu einem späteren Zeitpunkt) nicht aus der Fassung brachten und ich sie nach wie vor sehr mochte, konnte sie langsam ihre verneinende und destruktive Haltung sich selber gegenüber verringern. Es wirkte heilsam auf der Ebene der zweiten Grundmotivation. Sie spürte nach und nach die Beziehung und die Wertschätzung, die sie von mir und auch den anderen im Team erhielt. Sie konnte es zwar kaum glauben und es brauchte viel Bestätigung, da sie durch die Distanz zu den ursprünglichen Bezugspersonen und die Parentifizierung auf der Ebene der zweiten Grundmotivation Defizite hatte. Es gab bereits vor der Traumatisierung eine Verletzung des Grundwertes. Es fehlte an der Erfahrung durch die Eltern, dass es gut ist, dass es sie gibt. Diese Erfahrung gab es durch den Bruder, der jedoch zu wenig Halt geben konnte.

Bei Teamsitzungen und Besprechungen war es in der ersten Zeit ein kleines Kunststück, die Schweigepflicht zu wahren und trotzdem dafür zu sorgen, dass Marie alle nötige Pflege und Zuwendung und vor allem auch das Verständnis für ihre Ausbrüche an Emotionen erhielt. Ihre Erfahrungen waren derart mit Scham besetzt, dass es zirka ein halbes Jahr dauerte, bis sie selber es wagte, in einer geschützten Psychotherapiegruppe den Mantel des Schweigens zu lüften. Dies war ein großer Schritt vorwärts für sie. Sie rechnete damit abgelehnt und verurteilt zu werden und machte eine gegenteilige, sehr heilsame Erfahrung. Es wurden die Täter verurteilt, die Würde von Marie betont, und sie konnte die Berührtheit und die Nähe der anderen Gruppenmitglieder am eigenen Leib spüren. Selber zutiefst beschämt, spürte sie deren Wertschätzung. In diesem Moment machte sie eine wertvolle und heilsame Erfahrung, die der zweiten Grundmotivation zuzuordnen wäre. Ihr eigenes Empfinden von Wertlosigkeit und Selbstablehnung wurde durch die Erfahrung von Beziehung und Wertschätzung in der Gruppe relativiert. Die Wirkung in der Gruppe ist um ein Vielfaches höher als in der Einzeltherapie. Marie erlebte, wie alle berührt waren, Tränen in den Augen hatten, Wut über die Täter spürten und vor allem große Zuneigung für Marie zeigten und all dies atmosphärisch im Raum sehr dicht war. Wut und Trauer konnten so allmählich auch von ihr empfunden werden. Diese Emotionen waren bei ihr im Zusammenhang mit dem Trauma noch wenig aufgetaucht. Die Wut war da, zeigte sich doch oft auch als Gereiztheit im Zusammenhang mit alltäglichen Ärgernissen, jedoch nicht gegenüber den Tätern. Sie konnte plötzlich explodieren und erschrak selber über ihre Aggressionen. Es war eine unheimliche Kraft, die da nach außen drängte, und der Grund des Ausbruchs war oft nicht passend zur Stärke des Ausbruchs. Auch die Trauer meldete sich sehr zögerlich. Marie sagte, es fühle sich manchmal so an, als wäre Weinen gut, aber sie könne es nicht. Erst als der eigene Wert von Marie anfang zu wachsen, tauchte auch Trauer auf.

Es beruhigte sie, wenn sie erfuhr, dass diese Wut und auch die Angst erklärbar waren durch die realen Situationen, die sie erlebt hatte. Es beruhigte sie auch, dass die Menschen sie mit dieser Wut gut aushalten konnten und dass sie selber vor ihren eigenen Ausbrüchen mehr erschrak als die Umwelt. So konnten diese Emotionen geborgen werden im Sinne eines Containings. Durch die Erfahrung, dass wir allesamt nicht so hart mit ihr ins Gericht zogen wie sie selber, konnte sie lernen, sich selber mehr anzunehmen.

Sie machte die Erfahrung, dass sie gemocht wird. Je mehr sie sich auch in ihrer Verletzlichkeit, ihrer Wut, und ihrer Angst zeigte, desto mehr erfuhr sie das Angenommensein, weil sie gesehen werden und weil das Team sie auch aushalten und zum Teil auch verstehen konnte. Dies war eine komplementäre Erfahrung zu der biografischen Erfahrung, dass sie sich möglichst dünn machen und nicht mit eigenen Bedürfnissen den anderen lästig werden sollte.

## Suchtdruck

Obwohl die Motivation zur Abstinenz immer gegeben war,

war der Suchtdruck enorm. Sie fühlte sich von dem Verlangen nach Heroin getrieben. Es wäre unmöglich gewesen, nein zu sagen, wenn sie in die Nähe eines Suchtmittels geraten wäre. Die suchtmittelfreie Umgebung, die Ausgangsregelungen zu Beginn und die begleiteten Ausgänge in den ersten Wochen und auch Monaten waren die einzige Möglichkeit, sie vor den Suchtmitteln zu schützen. Die Vernunft hatte keine Chance gegen den Wunsch, die innere Unruhe und Spannung für ein paar Stunden zu beruhigen. Bei Marie war klar, dass eine ambulante Therapie mit dem Ziel, zur Abstinenz zu gelangen, ohne Erfolg geblieben wäre. Dies ist erst möglich, wenn die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung nachlassen. Erst wenn es aufgrund von Stabilisierung gelungen ist, ein gutes Spannungsniveau zu erlangen und die Spitzen der belastenden Affekte zu nehmen, erst dann kann Marie es wirklich schaffen, nein zum Suchtmittel zu sagen. Dann wäre ein Rückfall auch kein Drama, sondern sie könnte es selber schaffen bzw. mit therapeutischer Hilfe. Sie könnte den Rückfall verstehen und dann wieder in die Abstinenz kommen. Dies wäre dann der Zeitpunkt, von der stationären Behandlung in eine ambulante Behandlung überzugehen. Insofern ist die Behandlung der PTBS die Voraussetzung für eine erfolgreiche Suchtbehandlung. Ohne stationären Rahmen wäre dies undenkbar. Wiederholte Rückfälligkeit wäre unvermeidbar und es käme zu einer Abwärtsspirale aufgrund von Selbstmedikation durch das Suchtmittel und der erneuten Traumatisierung durch das Leben auf der Straße.

Parallel zur Bewältigung der Symptome der PTBS wurde der Suchtdruck weniger. Je bunter und vielfältiger die Palette ihrer Wahrnehmungen wurde, umso weniger wurde der Suchtdruck. Bei den seltenen Ausgängen war es notwendig, eine genaue Planung zu machen, und obwohl Alkohol nicht das Mittel ihrer Wahl war, war es sinnvoll, mit Unterstützung von Antabus in den Ausgang zu gehen, nachdem sie einmal aus dem Impuls heraus getrunken hatte.

## Selbstfürsorge

Es war von Anfang an wichtig, die Selbstfürsorge zu aktivieren. Reddemann empfiehlt bei traumatisierten Patientinnen nach Ressourcen zu suchen, um die Selbstheilungskräfte zu aktivieren (vgl. Reddemann 2005, 13). Die Gefahr, dass sie von meiner Zuwendung zu sehr abhängig werden könnte, wollte ich verringern. Außerdem war ich nicht immer anwesend und sie musste es schaffen, sich selber zu trösten und sich auch anderen anzuvertrauen, da die Unruhezustände und die Angst vor allem in der Nacht am stärksten waren. Es war mir wichtig, klar hinter ihr zu stehen, jedoch immer gleichzeitig auch die erwachsene Seite in ihr anzusprechen und mit ihr Übungen zu vereinbaren, die sie selber durchführen konnte. In der Therapiestunde wurden die Helfer aktiviert, die zu Tode verängstigte jugendliche Marie gepflegt und versorgt, die Peiniger in die Flucht geschlagen und in den Tagen meiner Abwesenheit machte sie dies selbstständig und es gelang ihr auch. Sie wunderte sich oft, dass es möglich war, die beängstigenden Bilder zu beeinflussen und ihnen etwas entgegenzusetzen. Sie berichtete immer wieder erstaunt, dass es tatsächlich funktioniert. Die Bilder und der damit verbundene Schmerz konnte durch verschiedene Techniken reduziert werden. Marie hatte kaum Dissoziationen als

Coping benutzt, und so waren der Schmerz und die Todesängste in hohem Maße da. Durch die Leinwandtechnik oder durch den inneren Beobachter (ebd., 113 ff.) lernte sie, etwas Distanz herzustellen und die Körpersensationen zu regulieren.

Antidepressiva und Bedarfsmedikation wirkten während der gesamten Therapie unterstützend. Trotz der Medikamente war es eine Riesenanstrengung für Marie, die immer wiederkehrenden und sich auch immer wieder verändernden Bilder und dazugehörigen Emotionen zu ertragen. Darin zeigte sich mir ihr Lebenswille, den sie zwar so nicht empfand, aber in ihrem Kampf und Durchhaltevermögen zum Ausdruck brachte. Das ressourcenorientierte Vorgehen nach Reddemann und Huber hat vor allem die erste Grundmotivation gestärkt. Durch das basale Angenommensein in der Einzeltherapie wurde der eigenständige Einsatz dieser Methoden erst möglich. Sie hat die Selbstfürsorge und auch die Grundwertpflege, die sie in der therapeutischen Beziehung erlebt hat, quasi für sich übernommen. Ohne diese Erfahrung hätte sie das vermutlich nicht geschafft. Methoden allein sind also nicht der Weg, es braucht die Erfahrung in der haltgebenden Beziehung zuerst.

Marie erlaubte mir erst nach zirka zwei Monaten, zusätzliche Vertraute des Nachtdienstes einzuweihen und diese auch um deren Fürsorge zu bitten. Ihr Vertrauen war zutiefst erschüttert und es war wichtig, dass keinerlei neuerliche Verletzungen in diesem Bereich stattfanden. Wichtig war es, dass Marie die Kontrolle behielt, sie gab die Anleitungen, und solange ich spürte, dass keine Gefahr in Verzug war, die Suizidalität nicht akut wurde und auch ein unerwarteter Abbruch durch verbindliche Verträge zwischen uns beinahe ausgeschlossen werden konnte, ging ich auf diese Vorgangsweise ein.

Durch die Erlaubnis und die Verpflichtung, sich gut um sich zu kümmern und diese Ausnahmezustände ernst zu nehmen, gelang es ihr zunehmend, zu sich selber ein etwas versöhnlicheres Verhältnis zu bekommen. Sie lernte, sich Auszeiten zu nehmen, sich während der Arbeitszeit hinzulegen, auf den Hügel zu laufen und sich Luft zu verschaffen, manchmal auch einfach zu schreien. Bewegung, Natur und Spielen waren Ressourcen, die sie schon als Kind entwickelte. In solchen Momenten, zum Beispiel beim Schifahren, bekam sie eine Ahnung davon, dass das Leben sich auch gut anfühlen könnte. Irgendwann entdeckte sie, dass nicht nur schmerzliche Zustände auftauchten, sondern dass sie kurz Freude empfinden konnte, dass sie anders lachte als in den letzten Jahren und sich dies anders anfühlte. Es gab manchmal unbeschwertere Momente. Es war selten, aber diese Momente gaben jedes Mal Hoffnung.

Die Störung, die durch die Traumatisierung erfolgte, zeigten sich bei Marie vor allem auf der Ebene der ersten und zweiten Grundmotivation. In der ersten Therapiephase ging es vor allem in der Einzeltherapie um Raum, Schutz und Halt, dann folgte durch die Gruppe die Grundwertinduktion und später durch Bewegung in der Natur die Stärkung des Grundwerts, also der zweiten Grundmotivation. Das ressourcenorientierte Vorgehen nach Reddemann und Huber hat auch vor allem die erste Grundmotivation gestärkt. Bei der Behandlung von Marie wurden verschiedene Elemente aus der Traumatherapie mit der phänomenologisch existenzanalytischen Vorgangsweise kombiniert.

## Ausblick

Die Therapie ist noch nicht zu Ende. Es ist klar, dass die Drogen bei Marie eine hohe funktionelle Bedeutung haben. Insofern scheint die Prognose gut für Marie. Wenn sie geeignete Strategien gelernt hat, mit der posttraumatischen Störung umzugehen, dann ist die Selbstmedikation durch die Drogen nicht mehr notwendig. Sie selber ist motiviert, abstinent zu leben. Und sie wird es auch können, wenn sie genug alternative Schutzmechanismen gelernt hat, die sie stabilisieren. Es ist erstaunlich, zu beobachten, dass der Suchtdruck in dem Maße abnimmt, in dem die Emotionalität zunimmt und auch integriert werden kann. Noch vor Monaten wäre es undenkbar gewesen, dass sie es schafft, alleine im nicht geschützten Raum drogenfrei zu bleiben. Jedes Angebot hätte sie angenommen, auch wenn die Entscheidung für die Abstinenz bereits klar gefällt war. Die Kompetenzen dazu waren jedoch noch nicht gegeben. Mittlerweile ist es so, dass es möglich ist, einen Ausgang zu machen, der jedoch nach wie vor klar strukturiert sein muss. Irgendwann wird es möglich sein, Ausgänge zu machen, die nicht bis ins letzte Detail durchgeplant sind und die Spielraum für Möglichkeiten lassen, da sie fähig sein wird, eine Entscheidung zu fällen und auch die Kompetenzen haben wird, Leeräume und Emotionen, die entstehen, auszuhalten und nicht notwendigerweise das Suchtmittel benötigt, um sich zu beruhigen, um sich sicherer zu fühlen oder sich auszuhalten. Erst dann ist überhaupt die Person gefragt, diese Entscheidung zu fällen. Erst wenn die Kompetenzen gegeben sind, ist es möglich, die Abstinenz wirklich einzufordern, beziehungsweise erst dann kann Marie auch von sich selber verlangen, den Kampf gegen die Sucht aufzunehmen, mit einer Chance, ihn zu gewinnen.

## Literatur

- Frederick C, Phillips M (2007) Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Heidelberg: Carl Auer, 2°
- Graf J, Frank R (2001) Parentifizierung. Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern. In: Walper S, Pekrun R (Hrsg) Familie und Entwicklung – aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe, 314 – 341
- Huber M (2005) Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Paderborn: Junfermann Verlag, 2°
- Längle A (2003) Das Bergen des Berührtseins als therapeutische Basisarbeit in der Existenzanalyse. Emotion und Existenz. Wien: Tagungsbericht der GLE, 77-100
- Lüdecke Ch, Sachsse U, Faure H (2010) Sucht-Bindung-Trauma, Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer
- Reddemann L (2005) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. München: Pfeifer bei Klett-Cotta, 11°

## Anschrift Verfasserin:

MMAG. ELSBETH KOHLER  
A-6850 Dornbirn  
Am Eisweiher 16b  
therapie@elsbethkohler.at