

Suchtprävention und Stigmatisierung: Risiken kennen und vermeiden

Christa Berger

1 Einführung

Seit ihren Anfängen ist die Suchtprävention dem Vorwurf ausgesetzt, dass Information und Aufklärung über psychoaktive Substanzen Neugier und Probierlust bewirken können. Auch die Zunahme des Substanzkonsums als gegenteiliger Effekt von Suchtprävention ist bekannt (Bühler & Kröger, 2006). Darüber hinaus werden negative Effekte und nicht-intendierte Nebenwirkungen suchtpreventiver Praxis allerdings wenig beachtet und reflektiert. Bühler und Thurl halten in ihrer aktuellen Expertise zur Suchtprävention denn auch fest, dass sich keine Übersichtsarbeit über negative Effekte von Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Literaturrecherche finden ließ (Bühler & Thurl, 2013, S. 86). Offen bleibt, ob dies auf eine generelle Zurückhaltung in Bezug auf die Veröffentlichung negativer Effekte zurückzuführen ist oder ob dies nicht eher dem harmlosen Image

geschuldet ist, das der Suchtprävention immer noch anhaftet. So wurde von Fachleuten der Suchtprävention noch bis vor kurzem relativ ungeniert die Haltung vertreten: „Nützt's nichts, so schadet es auch nichts.“ Demgemäß erwartete man von der Suchtprävention nicht unbedingt, dass sie Wirkung erzeugen müsste. Umgekehrt traute man ihr auch nicht zu, Schaden anzurichten.

Heute stehen wir in der Suchtprävention in Bezug auf das Qualitätsbewusstsein sicher an einem anderen Ort. Evidenzbasierung ist kein Schimpfwort mehr, sondern akzeptiertes Qualitätsmerkmal und die Begründungspflicht suchtpreventiver Maßnahmen stellt keiner mehr ernsthaft infrage. Was aber noch aussteht, sind verbindliche ethische Richtlinien als Orientierungsrahmen und zur Legitimierung suchtpreventiver Maßnahmen.

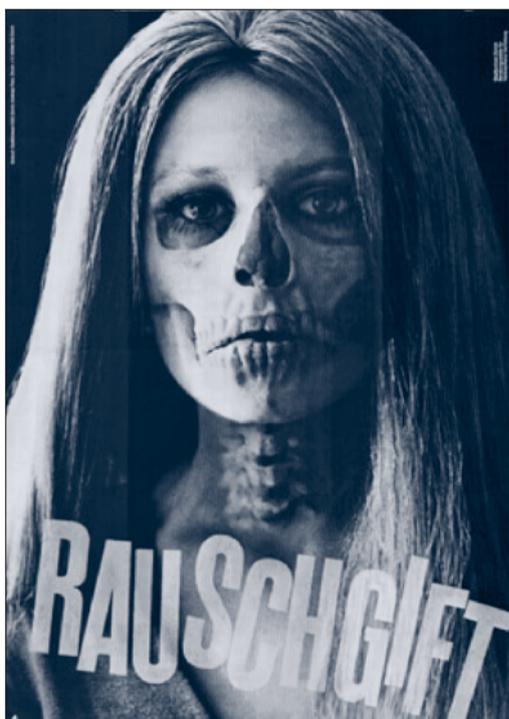
Eine ethisch reflektierte Praxis ist nicht zuletzt der Erkenntnis geschuldet, wonach Suchtprävention und Stigmatisierung seit jeher eine unheilvolle Allianz bilden. Begrifflich mit dem Sucht-Stigma behaftet löst das Label Suchtprävention Verunsicherung und Abwehrreflexe aus und provoziert Misstrauen. Mit „Sucht“ will niemand etwas zu tun haben. Im ungünstigen Fall führen solche Abwehrreflexe dazu, suchtpreventive Angebote abzulehnen oder gar nicht in Anspruch zu nehmen.

Zudem steht die Suchtprävention in einer Tradition, in der Stigmatisierung als Mittel zum Zweck der Abschreckung billigend in Kauf genommen wird. Von den ersten Drogenpräventionskampagnen der Moderne (s. Abbildung 1) bis hin zu den aktuellen Schockbildern auf Zigarettenpackungen wurde bzw. wird mit stigmatisierenden Stilmitteln Prävention gemacht.

Drogenkonsumenten wurden mit diesem Plakat als das Andere, das Fremde, als selbstmörderische Aliens stilisiert. Die Inszenierung war drastisch und die Botschaft klar: Rauschgift bedeutet Tod. Die Stigmatisierung von Drogenkonsumenten war dabei beabsichtigte Strategie mit dem Ziel: Abstinenz um jeden Preis. Die Stigmatisierungslogik ist also für die

Abbildung 1

Plakat
Präventionskampagne
der Stadtpolizei Zürich
(Andreas Fierz, 1969)



moderne Suchtprävention von Anfang an konstitutiv.

Von daher wird hier die These vertreten, dass es keine stigmafreie Suchtprävention gibt, zumindest solange nicht, als Sucht moralisch sanktioniert wird und Suchtkranke gesellschaftliche Ächtung erfahren. Es braucht deshalb eine ethische Ausrichtung als Qualitätsmerkmal, eine Art Ehrenkodex für die Suchtprävention, wie ihn die Mediziner (hippokratischer Eid, u. a.: Du sollst nicht schaden) schon lange kennen.

Suchtprävention greift schließlich in die Lebenswelten von Menschen ein. Sie propagiert normative Botschaften und bewertet Verhaltensweisen und Lebensstile, kurz: Sie realisiert soziale Kontrolle und tangiert dabei ethische Grundsatzfragen wie nach dem Menschenbild, dem Machtgefälle oder der Selbstverantwortung. Die zunehmende Bedeutung indizierter und selektiver Präventionsmaßnahmen und insbesondere die Forcierung von Früherkennung und Frühintervention in den unterschiedlichen Settings konfrontiert Suchtpräventionsfachleute mit bedeutsamen Risiken im Hinblick auf stigmatisierende Effekte. Sei es, indem sie im Vorfeld von Kurzinterventionen Screenings durchführen oder mit Instanzen sozialer Kontrolle wie Polizei und Justiz präventive Maßnahmen gemeinsam verantworten. Sei es in der selektiven Arbeit mit vulnerablen Menschen (z. B. Kinder suchtkranker Eltern, Arbeitslose, Bewohner/innen benachteiligter Stadtteile). Anstelle der selbstgefälligen Floskel „Vorbeugen ist besser als heilen“ verlangt diese Entwicklung nach verbindlichen Richtlinien, welche suchtpreventive Maßnahmen auch ethisch legitimieren.

2 Sucht als Stigma

Das griechische Wort „Stigma“ bedeutet Wund- oder Brandmal. Die Griechen kennzeichneten damit ihre Sklaven, um sie als minderwertige Menschen zu brandmarken. Stigma verweist immer auf eine öffentlich abgewertete Auffälligkeit und eine darauf gründende gesellschaftliche Ächtung. Stigmata sind aber keine Eigenschaften an sich. Ein Merkmal wird erst dann zum Stigma, wenn es als Normabweichung wahrgenommen, negativ bewertet und bestimmten Menschen zugeschrieben wird. Das Verständnis von Stigmatisierung als Prozess machtvoller Abwertung und Ausgrenzung von Menschen geht auf den Soziologen Erving Goffman und sein 1963 veröffentlichtes Standardwerk zu Stigma zurück. Link und Phelan (2001) konzeptualisieren Stigmatisierung im

Kontext eines Machtgefälles und verweisen damit auf die Möglichkeit der Stigmatisierung im Rahmen von therapeutischen, beratenden und präventiven Aktivitäten.

Betroffene erfahren in der Regel einen Statusverlust und einen Angriff auf ihre Würde. Sie werden gesellschaftlich geächtet, ausgegrenzt und diskriminiert. Als Folge davon entwickeln sie ein negatives Selbstkonzept, oft verbunden mit Scham, Schuldgefühlen, Demoralisierung und Rückzug. Es ist vor allem dieses Schamgefühl, welches Betroffene daran hindert, Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen (Ilic et al., 2012; 2013).

Sucht ist besonders stark und anhaltend mit dem gesellschaftlichen Stigma des abweichenden Verhaltens und der individuellen Charakterschwäche behaftet (Hellmann et al., 2016; Schomerus et al., 2013). Sucht gilt noch immer als moralisches Versagen, als ein verwerfliches, außer Kontrolle geratenes Verhalten. Süchtige hält man für unberechenbar und sie werden oft gleichgesetzt mit Kriminellen, Versagern, Leistungsverweigerern und Willensschwachen ohne jegliche Selbstachtung und Selbstkontrolle.

An diesen negativen Zuschreibungen und Vorurteilen hat sich in der Allgemeinbevölkerung nur wenig geändert, obwohl sich innerhalb der Fachwelt ein Verständnis von Sucht als Krankheit durchgesetzt hat. Dazu beigetragen haben sicherlich auch die Bilder vom Elend der ehemals offenen Drogenszenen in Zürich und anderswo in Europäischen Großstädten Ende der 1980er-, Anfang der 1990er-Jahre. Trotz der zeitlichen Distanz wirken diese eindringlichen Bilder vom Zürcher „Needle Park“ bis heute nach und prägen die Sicht der Menschen auf Drogen und Drogenkonsum nachhaltig.

3 Stigmatisierungsfallen in der Suchtprävention

Richten wir nun den Fokus auf die suchtpreventive Praxis und die damit verbundenen Stigmatisierungszusammenhänge und -risiken. Wir werden uns im Folgenden beispielhaft mit möglichen Fallstricken in der Früherkennung und Frühintervention, in der Kooperation mit der Polizei und Justiz sowie in der suchtpreventiven Arbeit mit vulnerablen Menschen und Gruppen auseinandersetzen.

3.1 Früherkennung und Frühintervention

Vereinfachte Kausalannahmen

Sucht hat bekanntlich viele Ursachen. Das Modell der Suchtursachen-Trias nach Kielholz und Ladewig (1973) verortet die Bedingungsfaktoren für eine Suchtkrankheit im Zusammenspiel von Person/Individuum, Droge/Substanz und Umwelt/sozialer Kontext. Wir können aber nicht voraussagen, bei welchen Menschen welche Faktoren zu einer Sucht oder problematischen Konsummustern führen werden. Es gibt keinen vorgezeichneten Weg in eine Abhängigkeit, es ist daher nicht möglich, eine Suchtgefährdung im Einzelfall vorherzusagen.

Deshalb orientieren wir uns in der Suchtprävention an Risikofaktoren, von denen wir annehmen, dass sie die Entstehung einer Sucht begünstigen bzw. beeinflussen. Risikofaktoren werden epidemiologisch bestimmt, sie sind aber keinesfalls mit Ursachen oder Kausalitäten gleichzusetzen. Risikofaktoren geben bloß Hinweis auf eine mögliche Gefährdung in der Zukunft. Die Wirkung von Risikofaktoren muss für den einzelnen Menschen nicht zwangsläufig sein. Erst die Kumulation bedeutsamer Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung beim Einzelnen. Hüsler (2013) weist zudem darauf hin, dass selbst bei jugendlichen Risikogruppen jeweils nur eine Minderheit (ca. ein Drittel) tatsächlich psychosoziale Störungen entwickelt.

Devianz- und Suchtkarrieren sind also nicht prognostizierbar. Suchtpräventionsfachleute sind sich dessen oft nicht bewusst, blenden die komplexen Ursachenzusammenhänge aus und legitimieren ihre Interventionen mit vereinfachten Kausalannahmen. Sie geben Kausalitäten vor, die es in Tat und Wahrheit nicht gibt, weil sie korrelative Beziehungen fälschlicherweise zu Ursache-Wirkung-Zusammenhängen umdeuten. Dabei bedeutet eine prekäre materielle Situation eben nicht zwangsläufig soziale Desintegration, defizitäre Lebenskompetenzen oder eine Suchtgefährdung. Wenn sich nun subjektive Gefährdungsannahmen unreflektiert mit sozialen Stigmata vermengen, werden Menschen unsensibel und unverantwortlich als Risikoträger wahrgenommen und angegangen.

Frühzeitige Pathologisierung

Tendenziell geraten immer mehr Aspekte des Verhaltens auf den Radar von Früherkennung und Frühintervention mit der Folge, dass immer mehr Kindern und Jugendlichen neben

anderen problematischen Entwicklungsverläufen auch eine Suchtgefährdung attestiert wird, mitunter auch solchen, auf die das in keiner Weise zutrifft. Dies fördert den generellen Gefährdungsverdacht gegenüber Kindern und Jugendlichen. Der amerikanische Psychiater Allen Frances warnt denn auch davor, immer mehr normale Verhaltensweisen zu psychischen Störungen zu erklären und Kinder und Jugendliche voreilig zu Problem- bzw. Risikokindern zu stempeln (Frances, 2013).

Eine rigorose Früherkennung und Frühintervention im Sinne einer „fürsorglichen Belagerung“ (Dallmann, 2011) behindert die Entwicklung autonomer Lebenspraxis. Krisen und/oder experimenteller Substanzkonsum im Jugendalter werden primär als Anzeichen einer möglichen Fehlentwicklung bzw. als Devianzverhalten angesehen, auf das man vor allem normierend und regulierend reagiert. Dabei weiß man, dass Krisen und das Austesten von Grenzen im Jugendalter üblich und notwendig sind. Kinder und Jugendliche müssen sich reiben können und Konflikte durchstehen, daran wachsen sie, erhalten Anerkennung und erfahren sich als selbstwirksam.

Unsachgemäße Laien-Diagnostik

Früherkennung soll den präventiven Interventionsbedarf in den verschiedenen Settings ermitteln. In der Regel sind es Erwachsene mit Verantwortung für Kinder und Jugendliche in Familie, Schule und Freizeit, die eine Suchtgefährdung erkennen und handeln sollen. Die persönlichen wie auch strukturellen Voraussetzungen dafür sind jedoch sehr unterschiedlich vorhanden.

Suchtpräventive Früherkennung ist anspruchsvoll und erfordert eine differenzierte Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit. Es gibt bekanntlich keine eindeutigen Signale und Erkennungsmerkmale einer Suchtgefährdung. So kann das gleiche Phänomen, z. B. ein experimenteller Substanzkonsum oder Schule schwänzen, beim einen Jugendlichen eine jugendtypische Grenzüberschreitung ohne entwicklungsgefährdende Auswirkungen bedeuten, im anderen Fall aber Hinweis sein für eine grundlegende Problematik, die weiterer Unterstützung bedarf.

Erfolgt nun diese Form der Laien-Diagnostik unsorgfältig und ohne das erforderliche Verantwortungsbewusstsein, lauern hier bedeutsame Risiken für Stigmatisierungseffekte. Die Wahrnehmung und Bewertung sozialer Auffälligkeit ist immer an subjektive Normvorstellungen gekoppelt. Werden diese nicht re-

flektiert und zur Diskussion gestellt und erfolgt die Kommunikation mit Betroffenen nicht mit der erforderlichen Sorgfalt, kann es zu fatalen Zuschreibungen kommen, welche Kinder, Jugendliche und deren Eltern verunsichern und beunruhigen können. Im schlechtesten Fall wird damit eine bereits vorhandene Stigmatisierung noch verstärkt: das „Problemkind“, der „Schulversager“ oder das „ADHS“-Kind wird dann auch noch zum Suchtrisiko-Kind gestempelt.

3.2 Kooperationen mit der Polizei und Justiz

Fachleute der Suchtprävention arbeiten mit verschiedenen Kooperationspartnern zusammen, so auch mit Akteuren der Polizei und Justiz. So weist beispielsweise die Jugendanwaltschaft der Suchtpräventionsstelle Jugendliche zu, die wegen Cannabiskonsums angezeigt wurden. Eine solche Anzeige ist einschneidend und stigmatisiert Jugendliche zum Gesetzesbrecher bzw. zum „kriminellen Kiffer“. Die Herausforderung für die Fachleute der Suchtprävention besteht dann darin, den unfreiwillig teilnehmenden Jugendlichen zu vermitteln, dass die Kurzintervention nicht im Dienste der sanktionierenden Verhaltensdisziplinierung steht, sondern als Reflexions- und Unterstützungshilfe zugunsten eines verantwortungsbewussten Cannabiskonsums ausgerichtet ist.

Wer jedoch als verlängerter Arm der Justiz und Polizei gesehen wird, hat es schwer. Die Jugendlichen begegnen den wahrgenommenen Kumpanen der Strafverfolgung in der Regel mit abwehrender Skepsis und empfinden die suchtpräventive Kurzintervention als Ausweitung sozialer Kontrolle. Ähnlich gelagert ist die Ausgangslage, wenn Schulen verhaltensauffällige Schüler/innen zum Besuch eines Lebenskompetenzkurses auf der Suchtpräventionsstelle verpflichten. Diese Schüler/innen kommen bereits mit dem Label „Problemschüler/innen“ in den Kurs. Es braucht dann jeweils engagierte vertrauensbildende Beziehungsarbeit, damit die Jugendlichen ihre Vorbehalte relativieren, den Kursbesuch nicht als Strafe deuten und sich verweigern, sondern vielmehr als Chance für ihre Entwicklung erfahren und sich darauf einlassen können.

Ein weiteres bedeutsames Risiko für Stigmatisierungseffekte beinhalten Testkäufe zur Kontrolle der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen, welche die Polizei zusammen mit der Suchtprävention regelmäßig durchführt. Bei Testkäufen versuchen Jugendliche unter 16 Jahren, Tabakwaren und alkoholische Geträn-

ke zu kaufen. Erhalten die jugendlichen Testkäufer die gewünschten Produkte, hat das für die Verkäufer strafrechtliche Sanktionen zur Folge.

Für die fehlbaren Wirte und das Verkaufspersonal können die Auswirkungen belastend sein. Es ist ja nicht nur die Buße, die schmerzt, der eine oder die andere wird sich wahrscheinlich an den Pranger gestellt fühlen, insbesondere an Orten, wo sich jeder kennt. Stigmatisierungseffekte werden demnach zur Durchsetzung des Jugendschutzes billigend in Kauf genommen. Auch wenn Testkäufe nachweislich wirksam sind und zu erhöhter Sensibilisierung beitragen, braucht es auf jeden Fall ein verantwortungsbewusstes Vorgehen, das auch die Persönlichkeitsrechte der Alkohol- und Tabakverkäufer adäquat berücksichtigt und schützt.

3.3 Suchtprävention mit vulnerablen Menschen und Gruppen

Die Suchtprävention hat es insbesondere im Rahmen selektiver und indizierter Maßnahmen immer wieder mit Menschen und Gruppen zu tun, die mit einem gesellschaftlichen Stigma behaftet sind. So zum Beispiel mit Bewohnern eines sozial benachteiligten Stadtteils, mit suchtkranken Eltern und deren Kindern oder mit Jugendlichen, die wegen illegalen Substanzkonsums angezeigt wurden. Die Stigmata dieser Menschen lauten „Sozialfälle“, „Rabeneltern“ oder „kriminelle Kiffer“.

Stigmatisierung schadet dem Selbstwertgefühl und fördert ein negatives Selbstkonzept. In der suchtpräventiven Arbeit mit stigmatisierten Menschen ist deshalb ein besonders sensibles Vorgehen erforderlich. Dies beginnt bereits mit der Benennung der Angebote und der Art und Weise, wie Betroffene von Fachleuten der Suchtprävention angesprochen werden. So ist es mit Sicherheit beschämend, verletzend und abwertend, wenn sich Menschen als „bildungsfern“, „schwer erreichbar“ oder als „Hochrisiko-Familie“ bezeichnet sehen. Solche diffamierenden Begriffe geben einer Logik des Verdachts Auftrieb, welche die Adressaten als hilfsbedürftig und defizitär erscheinen lassen (Lanfranci, 2014).

Suchtpräventive Interventionen bei vulnerablen Menschen und Gruppen können bei fehlender Reflexion leicht paternalistische Züge annehmen. Trotz bester Absicht und Wohlwollen orientieren sich Fachleute der Suchtprävention weitgehend an Mittelschichtsnormen gesunder Lebensführung oder guter Erziehung. Damit schaffen wir aber nur bedingt Zugang

Abbildung 2

Flyer
„Kinder schützen –
Eltern stützen“ (2012)



zu und Akzeptanz bei denjenigen, deren Lebenswelten anders strukturiert sind und deren Bedürfnisse wir in der Regel zu wenig kennen und verstehen. Nehmen diese Menschen dann beispielsweise nicht am Suchtpräventions-Elternabend in der Schule teil, werden sie im Sinne eines Blaming the Victim für ihr Fernbleiben verurteilt.

Manchmal sind es auch ganz unerwartete Hindernisse, mit denen Suchtpräventionsfachleute im Zusammenhang mit Angeboten, die sich an vulnerable Menschen richten, konfrontiert werden. Beispielhaft dafür sei hier ein Gruppenangebot für Kinder und ihre alkoholabhängigen Eltern erwähnt, welches die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich in Zusammenarbeit mit der Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZfA) vor ein paar Jahren entwickelt hat. Das Angebot wurde mit dem Titel „Kinder schützen – Eltern stützen“ (Abbildung 2) ausgeschrieben und mit einem Flyer auf der Beratungsstelle beworben.

Trotz großer Bemühungen von Seiten der Beratungsstelle blieben die Anmeldungen aus. Es scheint, dass betroffene Eltern durch die Ansprache „Kinder schützen“ verunsichert bzw. abgeschreckt werden, weil sie damit „Kinderschutz“ assoziieren und das Risiko antizipieren, dass man ihnen die Kinder wegnehmen könnte. Damit wird deutlich, dass man sehr vorsichtig sein muss bei der Bezeichnung suchtpreventiver Angebote. Worte transportieren Bedeutungen und Botschaften, zuweilen auch solche, die wir gar nicht beabsichtigen. Heute

wirbt der Flyer übrigens ganz neutral mit „Eltern im Gespräch“.

Ein anderes Beispiel: Vor Jahren entwickelte die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich ein Multiplikatoren-Projekt für Väter mit Migrationshintergrund. Interessierte Väter werden dabei zur Durchführung von Gesprächsrunden mit anderen Vätern aus ihrem Kulturkreis geschult und unterstützt. Mit den angehenden Moderatoren wollte man dann den Namen für diese Väterunden bestimmen. Der Vorschlag der Suchtpräventionsfachleute lautete: „Club de Padres“ (Väter-Club). Die Väter verwarfen jedoch dieses Angebot und wünschten stattdessen die nüchterne Bezeichnung „Väter-Forum“. Damit machten sie unmissverständlich klar, dass sie nicht auf ihr Migrantensein reduziert werden wollen, schon gar nicht auf diese romantisierend-verklärende Art und Weise. Denn: Auch eine positive Stigmatisierung ist und bleibt eine Stigmatisierung.

4 Leitsätze zur Vermeidung von Stigmatisierung und anderer Nebenwirkungen

Wir können stigmatisierende Effekte und andere negative Nebenwirkungen in der Suchtprävention wohl nie ganz ausschließen. Sie sind bis zu einem gewissen Grad inhärenter Bestandteil suchtpreventiver Praxis. Diese Grundbedingung begleitet die Suchtprävention seit ihren Anfängen und bleibt eine große Herausforderung im Präventionsalltag. Es geht zum einen darum, mit der Stigmatisierung der Suchtprävention selbst, also mit den damit assoziierten Vorurteilen und Abwehrreflexen aufgrund des Sucht-Labels, einen Umgang zu finden. Zum anderen müssen wir anerkennen, dass die Suchtprävention nicht unschuldig agiert, sondern eben auch negative Effekte erzeugen kann und insbesondere Stigmatisierung als Mittel zum Zweck gelegentlich billigend in Kauf nimmt.

Das bedeutet aber nicht, in Resignation zu verfallen und aus Angst vor möglichen unerwünschten Nebenwirkungen handlungsunfähig zu werden. Mit Hilfe ethischer Reflexion und Achtsamkeit können die Risiken begrenzt und mit möglichen Fallstricken verantwortungsbewusst umgegangen werden. Die folgenden acht Leitsätze für Fachteams und Professionelle der Suchtprävention zur Vermeidung stigmatisierender und anderer negativer Effekte bieten dafür Orientierungshilfe. Sie sind praxiserprobt und haben sich als hilfreich erwiesen, Stigmatisierungen und anderen Nebenwirkungen im Präventionsalltag entgegenzuwirken.

1. Offene Fehlerkultur im Team:

Wir pflegen eine offene, respektvolle Fehlerkultur und lernen voneinander.

Gegenseitiges Vertrauen und eine offene Kommunikationskultur im Team sind die Grundvoraussetzungen dafür, wahrnehmbare negative Auswirkungen suchtpräventiver Maßnahmen anzusprechen und zu reflektieren. Kollegiale Beratung, die Umsetzung des Mehr-Augen-Prinzips sowie der regelmäßige Austausch unterstützen die selbstkritische Reflexion und damit ein verantwortungsbewusstes Hinschauen und Ändern.

2. Verbindliche ethische Reflexionsfragen:

Wir beachten standardisierte Reflexionsfragen in allen Arbeitsphasen.

Ergänzend zu bereits bestehenden Checklisten für gender- und migrationsgerechte Angebote brauchen wir differenzierte Leitfragen zu möglichen Stigmatisierungs- und anderen negativen Effekten bei suchtpräventiven Maßnahmen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat bereits 2010 entsprechende Reflexionsfragen im Zusammenhang mit der Prävention von Adipositas vorgeschlagen (BZgA, 2010).

3. Vertrauen schaffen durch Transparenz:

Wir informieren unsere Anspruchsgruppen glaubwürdig und verständlich über Sinn und Zweck unserer Aktivitäten.

Wer mit dem Label „Sucht“ agiert, hat eine besondere Erklärungs- und Legitimierungspflicht. Suchtpräventive Absichten und Ziele müssen offen und verständlich kommuniziert und vermittelt werden, sowohl schriftlich als auch mündlich. Dabei müssen die Anspruchsgruppen über den Nutzen, aber auch über mögliche Nebeneffekte einer Maßnahme aufgeklärt werden.

4. Achtsamkeit bei der Verwendung von Begriffen:

Wir verzichten auf stigmatisierende Etiketten und hinterfragen den Bedeutungsgehalt unserer Botschaften.

Es ist sehr bedeutsam, wie wir suchtpräventive Angebote benennen und auf welche Art und Weise wir die Menschen ansprechen, die wir erreichen möchten. Es lohnt sich deshalb,

hier viel Sorgfalt walten zu lassen und an Formulierungen zu feilen.

Anstelle einer Zielgruppendifferenzierung nach Etiketten (z. B. suchtblastete Eltern, verhaltensauffällige Schüler) können besondere Belastungssituationen oder Übergänge im Leben (z. B. Eltern werden, Eintritt ins Rentenalter) in den Fokus genommen werden. Damit richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Bewältigungsanforderungen und weniger auf die Defizite und Probleme der Anspruchsgruppen.

5. Konsequente Ressourcenorientierung:

Im Rahmen selektiver und indizierter Angebote setzen wir auf Partizipation und Empowerment.

Wer nicht auf die Defizite und Risiken fokussiert, sondern Entwicklungspotenziale aktiviert und stärkt, der wirkt einer Stigmatisierung entgegen. In der Suchtprävention steht ja nicht die Suchtbewältigung im Zentrum, sondern die Entwicklungsbewältigung bzw. die unterstützende Entwicklungsbegleitung. Dabei ist entscheidend, die Betroffenen partizipativ mit einzubeziehen und ihnen Mitsprache und Mitgestaltung zu ermöglichen.

6. Kooperationspartner mit einbeziehen:

Wir sensibilisieren unsere Partner, stigmatisierende Auswirkungen zu erkennen und motivieren sie, dagegen anzugehen.

Kooperationen sind sinnvoll und zweckmäßig, zumal die Suchtprävention zur Erreichung ihrer Ziele auf Partner angewiesen ist. Im Rahmen von gemeinsam verantworteten Angeboten ist es aber wichtig, die je unterschiedlichen Rollen und Aufträge zu kennen und zu respektieren. In der Kooperation mit anderen Akteuren darf sich die Suchtprävention nicht zur Erfüllung von Aufgaben vereinnahmen lassen (z. B. zu Sanktionierung, zur Durchsetzung von Ruhe und Ordnung im öffentlichen Raum etc.), für die sie nicht zuständig ist. Die Suchtprävention kann sich ihre Glaubwürdigkeit dadurch sichern, dass sie ihre Ziele im Rahmen von Kooperationsmaßnahmen erkennbar macht und sich für ein reflektiertes, verhältnismäßiges Vorgehen einsetzt.

7. Persönlichkeits- und Datenschutz beachten:

Wir gehen mit sensiblen Personendaten sorgsam um und gewährleisten den Persönlichkeitsschutz.

Insbesondere in der Kooperation mit zuweisenden Stellen und in der Früherkennung und Frühintervention werden sensible Personendaten ausgetauscht. Es braucht hier verbindliche Richtlinien zur Einhaltung des Datenschutzes für alle Beteiligten. Und es muss im Rahmen von suchtpreventiven Maßnahmen stets transparent kommuniziert werden, wie mit persönlichen Daten umgegangen wird.

8. Reflektierte Datenerhebung:

Wir erheben Daten nur mit einem nachvollziehbaren Bezug zu unseren Interventionen.

Im Vorfeld von zielgruppenspezifischen Angeboten werden in der Suchtprävention gelegentlich Fragebogenerhebungen durchgeführt, so zum Beispiel zur Differenzierung der Zielgruppen nach Konsumerfahrung und

Konsummustern. Sorgfältig eingesetzt können solche Datenerhebungen die Fachlichkeit in der Früherkennung und Frühintervention absichern. Sie bieten eine bedeutsame Grundlage für differenzierte sozialpädagogische Interventionen.

Suchtpreventive Datenerhebungen sind jedoch völlig unzulänglich und ungeeignet, um eine allfällige Suchtgefährdung bzw. Sucht zu ermitteln. Dafür braucht es qualifiziertere Abklärungen durch die entsprechenden Fachpersonen (Psychologen, Ärzte). Die Suchtprävention ist deshalb gut beraten, die Grenzen ihrer Kompetenz anzuerkennen und damit auch ihre Partner in den verschiedenen Settings vor Überforderungen und Verunsicherung zu schützen.

Die staatlichen Suchtpräventionsstellen wurden als Folge der offenen Drogenszenen ins Leben gerufen. Anfangs ging es darum, die



228 Seiten
ISBN 978-3-95853-308-0
Preis: 20,- €

eBook: ISBN 978-3-95853-309-7
Preis: 10,- € (www.ciando.com)

Kurt Starke

Varianten der Sexualität Studien in Ost- und Westdeutschland

Jahrzehntelang hat Professor Dr. Kurt Starke den Variantenreichtum von Sexualität erforscht und teils Überraschendes gefunden: Er berichtet einerseits über Devianz – sexuelle Grenzüberschreitungen innerhalb und außerhalb der Familie. Andererseits beleuchtet er sexuelle Normalität – in ihren Unterschieden zwischen West- und Ostdeutschland, in ihren Veränderungen während der letzten Jahrzehnte, bei Homosexualität, bei chronischen Erkrankungen, bei erektiler Dysfunktion u.a..

Wieviele Orgasmen sind dem Menschen vergönnt? Im ganzen Leben vielleicht 5.000, vielleicht auch 15.000. Starkes entscheidender Befund berechtigt zum Optimismus: „Von einer Entpersönlichung oder Individualisierung des Sexuellen jenseits der Partnerbeziehung kann bei den meisten Menschen nicht die Rede sein. Solche Thesen halten der Wirklichkeit nicht stand. Frauen und Männer drücken in Bezug auf Sexualität gleichermaßen den Wunsch nach Nähe und Zärtlichkeit aus.“

Der Wissenschaftler sieht dies nicht im Widerspruch zu häufig pornoartigen Sexualpraktiken oder zunehmenden Scheidungsquoten. Bei allen detaillierten Analysen und Erläuterungen belässt der Autor dem Phänomen das Faszinosum des Unerklärlichen. Das Buch, wissenschaftlich fundiert, ist allgemeinverständlich geschrieben – in einer präzisen und direkten Sprache



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich · Telefon +49 (0)5484 308 · Telefax +49 (0)5484 550
pabst.publishers@t-online.de · www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de

Bevölkerung über Sucht und ihre Ursachen aufzuklären und für mehr Verständnis mit Süchtigen zu werben. Die ersten Kampagnen gaben dem anonymen Süchtigen menschliche Züge und eine persönliche Geschichte und standen damit in deutlichem Kontrast zum stigmatisierenden Totenkopf-Plakat der 1960er-Jahre (Abbildung 1). Gesellschaftliche Sensibilisierung und Aufklärung sind nach wie vor nötig. Denn noch immer erleben Suchtkranke Stigmatisierung und Ausgrenzung. Es bleibt eine zentrale Aufgabe der Suchtprävention, offen über Sucht zu sprechen und Anti-Sigma-Arbeit zu leisten.

Literatur

- Bühler, A. & Kröger, Ch. (2006). *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Köln.
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 46. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.) (2010). *Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen*. Gesundheitsförderung konkret, Band 13. Köln.
- Dallmann, H.-U. (2011). „Fürsorgliche Belagerung“. *SuchtMagazin*, 5, 37-41.
- Dollinger, B. (2001). Prävention: Unintendierte Nebenfolgen guter Absichten. In: Dollinger, B. & Raithel, J. (Hrsg.), *Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar* (S. 145-155). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goffman, E. (1963). Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Auf Deutsch (1975): *Stigma. Über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hellmann M. et al. (2016). *Concepts of addictive substances and behaviours across time and place*. New York: Oxford University Press.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow Paperbacks.
- Hüsler, G. (2010). *Jugendliche hier und anderswo. Gesetzmäßigkeiten der Jugendproblematik*. Zürich: Rüegger.
- Ilic, M. et al. (2012). Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58 (3), 246-257.
- Ilic, M. et al. (2013). Belittled, avoided, ignored, denied: assessing forms and consequences of stigma experiences of people with mental illness. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 31-40.
- Kielholz, P. & Ladewig, D. (1973). *Die Abhängigkeit von Drogen*. München: dtv.
- Lafranci, A. (2014). Frühkindliche selektive Prävention bei Kindern aus Familien in Risikosituationen. *Familiendynamik. Systemische Praxis und Forschung*, 39, 3, 188-199.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2013). Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Res*, 209 (3), 665-669.



lic. phil. Christa Berger

dipl. Sozialarbeiterin, Sozialwissenschaftlerin. Seit elf Jahren Verantwortliche für den Bereich Grundlagen an der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich. Weitere berufliche Erfahrungen in der angewandten Suchtforschung und in der Integrationsförderung des Bundes.
christa.berger@zuerich.ch

Konsum und Normalität*

Peter Koler

Innerhalb von suchtpräventiven Diskursen ist die Haltung gegenüber dem Konsum von psychoaktiven Substanzen, unabhängig davon ob es sich dabei um legale oder illegalisierte Drogen handelt, seit jeher eine sehr heikle Angelegenheit (vgl. Koler, 2008).

Üblich ist es, von der gesundheitsschädlichen Relevanz und der Gefährlichkeit auszugehen. Kombiniert wird dieses Wissen über die Negativwirkungen der Substanzen mit den Erfahrungen, die viele Fachmensen in ihrem Arbeitskontext mit abhängigen Klienten und deren Devianzkarrieren gemacht haben. Daraus entsteht meist eine Haltung, die Abstinenz bis höchstens risikoarmen Konsum bei den legalen Suchtmitteln favorisiert. Der Konsum bei jungen Menschen sowie der Konsum von illegalisierten Drogen – eine Ausnahme spielt bei einigem Cannabis – wird in der Regel abgelehnt, weil nicht vereinbar mit einer suchtpräventiven Lebens-Grundidee und dessen Menschenbild und Wertvorstellungen. Drogenkonsum soll, so die Leitidee, im Leben der Menschen keine Rolle spielen, weder stressregulierende, ausgleichende Funktion einnehmen, noch Zustände der Berausung mit Veränderung des Bewusstseins bzw. Verlust der Selbstkontrolle herbeiführen. Das kann auch dazu führen, dass man sich aus Entkriminalisierungsdebatten raushält, andererseits aber die Ottawa Charta mit ihren Grundrechten zu Emanzipation und Selbstbestimmung als Grundlage der eigenen Arbeit zitiert.

In diesem Artikel möchte der Autor der oben beschriebenen Sichtweise eine etwas andere Perspektive entgegenstellen. Diese geht von der Möglichkeit aus, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen so in Lebensbiographien eingebaut werden kann, dass diese sich normal – also nicht deviant oder pathologisch – entwickeln. Normalität wird in diesem Kontext so verstanden, dass in Zusammenhang mit einem persönlichen Substanzenkonsum Vor-

gaben über die gesellschaftliche Beteiligung und die Strukturierung des Alltags eingehalten werden können, keine groben Normverletzungen (z. B. Gewalthandlungen, Diebstähle) stattfinden und keine psychischen Störungen entwickelt werden und demzufolge auch keine Beratung oder Therapie notwendig wird.

Ausgangspunkt für diesen anderen Zugang sind die Ergebnisse zweier Forschungsarbeiten der letzten Jahre. In einer ging es um die Bedeutung des Alkoholkonsums bei jüngeren Jugendlichen (Koler, 2014), bei der anderen um den Freizeitdrogenkonsum und dessen Auswirkungen auf die Schulkarriere (Koler et al., 2015). In beiden Arbeiten kommen Aspekte zum Vorschein, die ein gängiger suchtpräventiver Diskurs ausblendet. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen ist vereinbar mit einer souveränen Lebensführung. Dazu gehören beispielsweise positive Wirkungen auf die Identitätsentwicklung bei Jugendlichen und die sozialen Kompetenzen sowie die Begrenzung des Konsums im Rahmen der eigenen Freizeit mit positiven Auswirkungen auf das eigene Empfinden bei jungen Erwachsenen.

Rausch und Identität

Im Rahmen eines Forschungsdoktorats an der Technischen Universität Dresden ging der Autor der Frage nach, inwiefern der Konsum von Alkohol und Rauscherfahrungen stabilisierende, identitäts- und lebensintegrierende Funktionen einnehmen können (Koler, 2014; 2016). Für Jugendliche muss der Alkoholkonsum einen Sinn ergeben. Warum sonst verbinden sie damit so viel Lust und Energie? Die Frage ist nur: Welchen Sinn? Ein repressiver, kontrollierender Ansatz lässt diese Frage nicht zu. Er verhindert sie geradezu.

Überhaupt ging es darum, der Frage nachzugehen, aus welchen Gründen speziell der Al-

* Der vorliegende Text baut auf ein im Mai 2016 bei den Hamburger Suchttherapietagen gehaltenes Seminar des Autors auf. Er übernimmt Textpassagen aus früheren Publikationen des Autors (Koler 2014; 2015; 2016).

kohol einen so wichtigen Stellenwert bei einem Teil der heute jungen Generation einnimmt.

Der Kern der Studie besteht aus der Analyse von themenzentrierten Interviews, die mit 23 konsum- und rauscherfahrenen jungen Männern und Frauen zwischen 14 und 20 Jahren geführt wurden. Die aufgenommenen Interviews wurden im Sinne der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1989) in Sinnabschnitte zerlegt, kodiert und anhand von diesen Kodierungen neu sortiert. Das in Kategorien geordnete Material war die Basis für die eigentliche Forschung (mehr zum methodischen Vorgehen in Koler, 2014, 61 ff.) .

Die Ergebnisse des qualitativen Forschungsteils sind in drei Bereiche aufgeteilt.

- Im ersten Teil geht es um alkoholspezifische Themen: das Trinken-Lernen, die Verbotsdynamiken, spezifische männliche und weibliche Erfahrungen, die über die Beteiligung an den Alkoholszenen gemacht werden, um die Rolle der Gruppe, die Wirkungen und Auswirkungen der Substanz und den Umgang mit Rausch.
- Im zweiten Teil werden die Aussagen aus den drei in den Interviews oft als wichtig geschilderten Lebensbereichen Eltern/Familie, Freunde und Schule gesammelt wiedergegeben.
- Im dritten Teil werden die Entwicklungsprozesse, die über die Beteiligung an den Alkoholszenen gemacht werden, beschrieben. Dabei haben sich die Kategorien „Selbstregulierung“, „Selbstreflexion“, „Distanzierung“ und „reifer/erwachsen werden“ zu zentralen Bezugspunkten verdichtet. In diesem Teil wird aufgezeigt, welche Dynamiken und Bedeutungen im Kern mit den Alkoholszenen verbunden sind und aus welchen Gründen die anfangs für den Forscherblick auch verstörenden Ambivalenzen in den Aussagen ihre Berechtigung haben.

Die Ergebnisse zeigen deutlich auf, dass Alkoholszenen wichtige identitätsstiftende und verankernde Impulse geben, die junge Burschen und Mädchen auf ihrem Weg in das Erwachsenenleben als Erfahrungswelt benötigen. Sie sind behilflich, um sich von der Kindheit zu verabschieden und zu einem eigenen Selbst zu kommen. Diese Szenen sind selbstorganisiert und selbstkonstruiert. In ihnen lernen die Beteiligten kompetent mit Schlüsselsituationen umzugehen.

Die in den Interviews erzählten Lebensgeschichten sind gleichzeitig auch Lerngeschichten. Sie zeigen auf, welche Veränderungen junge Menschen in den Jahren der Adoleszenz machen: wie sie reifen, sich emotional verän-

dern und weiterentwickeln, wie sie mit positiven und negativen sowie traumatischen Erfahrungen umgehen lernen und erfahren, welche Erlebnisse sich günstig auf sie auswirken. Nach einigen Jahren entwickeln sie durch die Beteiligung aber auch eine kritische Reflexionsfähigkeit und distanzieren sich erneut davon.

Im Folgenden werden einige Ergebnisse, begleitet von Interviewaussagen, angeführt.

Also früher, sagen wir mal vor zwei Jahren, da habe ich angefangen zu trinken, und da habe ich immer mehr getrunken, also da wusste ich oft nicht mehr, was ich getan habe. Langsam, langsam habe ich dann immer weniger getrunken [...] ich achte also darauf, wie viel ich trinke [...], denn am Anfang weiß man wirklich nicht, wie weit man gehen kann und vor allem, wie viel man verträgt [...] immer Wasser zu jedem Bier trinken, immer das Doppelte an Wasser, das hilft auch, damit es einem besser geht. (Paul, 15 J.)

Alkohol trinken muss erlernt werden. Dies geschieht im Peer-Kontext ohne große Beteiligung von Erwachsenen. Es braucht mehrmalige Trinkerfahrungen, bis sich ein individuelles Wissen und eine gewisse Konsumkompetenz, darüber, wie man trinkt, was und wie viel man verträgt, einschreibt. Damit verbunden ist auch eine Neubewertung des Zuviel-Trinkens.

Ich glaube für Jugendliche ist das Interessante immer das Verbotene, das man nicht darf, das auch die Eltern zu Hause verboten haben, damit man auch mal sagen kann, ha, ich war stärker als meine Eltern, oder man auch den Kollegen etwas beweisen kann. (Philipp, 16 J.)

Jüngere Jugendliche berichten, die Beschaffung von Alkohol sei für sie «kein großes Problem». Für einige erzeugt das Verbot den Reiz, dieses zu übertreten – auch wenn sich dieser nach einer gewissen Zeit abnutzt. Das Verbot im Sinn des Jugendschutzes erntet hingegen bei älteren Jugendlichen viel Zustimmung.

[...] dann trinken wir eben Alkohol, obwohl wir es noch gar nicht dürfen, weil wir noch nicht 16 sind, [...] danach tanzen wir die ganze Zeit mit den Jungs, das gefällt uns sehr. (Melanie, 15 J.)

Einem Teil der männlichen und weiblichen Jugendlichen hilft Alkohol beim Kennenlernen von Gleichaltrigen, die Hemmschwelle bzw. Schüchternheit zu überwinden. Andere fühlen sich selbstsicher und „mutig“ genug und benötigen dafür keinen Alkohol. Unter Alkoholeinfluss fällt es vielen Mädchen und Jungen leichter sexuelle Erfahrungen zu machen.

Beide schätzen dies aber nicht bloß als positiv ein.

Ich wünsche mir einfach, dass jeder früh genug merkt, dass das alles nicht gut für ihn ist... vielleicht erscheint dir etwas gut und es ist schlecht oder das Schlechte erscheint dir gut... man muss manchmal gut überlegen, was beim ersten Gedanken schlecht erscheint, ist in Wirklichkeit vielleicht gut für dich ... viel mehr zu überlegen, würde ich mir wünschen. (Marvin, 20 J.)

Mit zunehmender Reflexionsfähigkeit und dem Heranwachsen werden Erlebnisse im Zusammenhang mit Alkohol als störend für die weitere eigene Entwicklung und die (neuen) Lebensziele angesehen. Die Szenen verlieren an Wichtigkeit und Bedeutung.

Zu wenig gefordert wahrscheinlich. [Ihr macht dann Erfahrungen in so selbst organisierten Sachen] Ja, das ist ein schweres Thema [...] es stimmt, ja, weil irgendetwas fehlt [...] irgendwo müssen die Jugendlichen schon mehr gefragt werden, nicht, um auch etwas zu lernen, nicht. In diesem Alter hat man am meisten Interesse etwas zu lernen und wenn du hier nichts findest, dann wirst du halt schon im restlichen Leben etwas finden, aber dann wird es viel langsamer gehen, bis du mal das lernst, was du eigentlich für das Leben brauchst. Das wäre eigentlich schon Zeit jetzt zu lernen. (Paul, 15 J.)

Die in den Interviews ausgeprägt vorgefundenen Ambivalenzen machen in der Analyse deutlich, dass Alkoholszenen Kunstwelten sind und für den Übergangsraum Kindheit-Jugend-junge Erwachsene nicht die optimalen und idealen Orte darstellen. Dass Alkoholszenen diese Funktion trotzdem einnehmen, dass es normal ist daran teilzunehmen, um wichtige Erfahrungen zu machen, hat auch damit zu tun, dass Erwachsene sich aus diesem Raum mehr oder weniger verabschiedet haben. Im entgrenzten Raum der Postmoderne greifen keine Rituale und keine Schulen des Lebens mehr. Neues ist ebenso nicht in Sichtweite: Für die seit Menschengedenken gleiche Aufgabe seinen Platz im Gefüge zu finden, gibt es noch keine andere aktualisierte und an die aktuellen Lebensbedingungen angepasste Software. Die nachkommende Generation steht im Prozess des Erwachsenwerdens zurzeit alleine und ohne großen Unterstützer da.

Interessanterweise erhält eine solche Interpretation wenig Resonanz, weder von fachlicher noch von medialer Seite. Möglicherweise weil mit ihr keine sensationelle Beschreibung möglich ist, die die alleinige Verantwortung für einen frühzeitigen Konsum bei den (koma)

saufenden Jugendlichen verortet. Fehlende Sensation und Übertreibung hilft keinen Wissenschaftlern, die beauftragt werden wollen. Ebenso wenig wie Politikern, die bekannt werden wollen (vgl. Uhl, 2016). Auch klassische Ziele der Suchtprävention – frühzeitigen Konsum und Rauschtrinken verhindern, Jugendschutz einhalten u. ä. m. – werden nicht bedient. Vielmehr verlangt ein solcher Erklärungsansatz die Einbeziehung von Erwachsenen in eine ganz besondere Art, weil klar wird, dass aktuell bei den Sozialisationsprozessen von Adoleszenten in Rahmen der Entgrenzungsdynamiken der Postmoderne (Böhnisch, 2008) einiges vernachlässigt wurde, so dass wichtige Erfahrungen nicht mehr in klassischen Erziehungsorten wie Familie, Schule und Vereinswesen gemacht werden können. Das würde ein Umdenken in vielen Bereichen, die mit Jugendlichen arbeiten verlangen, das mit einer anderen Bedeutungszuschreibung für das Konsumverhalten sowie sehr stark mit Beteiligungsprozessen verbunden wäre.

Da ist die Bedrohungs- bzw. Devianzperspektive leichter zu handhaben, weil sie nichts anderes in Frage stellt als den rauschhaften problematischen Konsum an sich.

Freizeitdrogenkonsum und Normalität

Unter dem Begriff Freizeitdrogenkonsumszenen werden jene öffentlichen oder halböffentlichen Orte verstanden, in denen sich junge Menschen in ihren Bezugsgruppen zusammenfinden, um in mehr oder weniger ritualisierten Verhaltensweisen „gewöhnheitsmäßig“ alkoholische Getränke und/oder illegalisierte Substanzen der unterschiedlichsten Art gemeinsam zu konsumieren. Neben anderen Aspekten, wie z. B. die Musik, gehört auch der Konsum von Substanzen zu den Merkmalen dieser Szene. „Etwas“ zu konsumieren ist normal. Alkohol – bei fast allen aber auch illegalisierte Drogen – gehören dazu, wenn man sich trifft, am Abend ausgeht und feiert. Zentral ist in diesem Sinn der moderate bis rauschhafte, angepasste bis auffällige Konsum in der Gruppe außerhalb von zu Hause.

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2002) definiert „Freizeitkonsum von Drogen“ etwas verkürzt als „den Konsum psychoaktiver Substanzen, um in der Nachtszene Spaß zu haben“. Dass es letztlich um mehr als Spaß geht, zeigt die Studie „Schulabbruch und Freizeitdrogenkonsum“ (Koler et al., 2015) auf. Ziele des thematisch breit angelegten Forschungsprojekts waren, anhand einer methodisch zweigeteilten Erhebung

aktuelle Drogenkonsumszenen und -trends zu beschreiben und zu verstehen, Gründe über jugendlichen Schulabbruch zu erörtern sowie das Wissen darüber auszubauen. Ebenso sollten die Zusammenhänge zwischen Schulabbruch und Drogenkonsum herausgearbeitet werden. Das Vorhaben wurde vom Europäischen Sozialfonds finanziert.

Im quantitativen Teil des Forschungsprojekts wurden über einen mobilen Stand Personen in Freizeitdrogenkonsumszenen gefragt an der Fragebogenuntersuchung teilzunehmen. Insgesamt wurden 226 Fragebögen ausgewertet. Dabei lag der Fokus auf den Konsumprävalenzraten der verschiedenen psychoaktiven Substanzen, es wurden aber auch Angaben zum Konsumverhalten sowie zu Risikoverhalten und Ereignissen durch den Konsum psychoaktiver Substanzen ausgewertet. Um eine Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität zu erhalten, wurden die Ergebnisse zur subjektiven Lebenszufriedenheit mit einer Referenzstichprobe (Henrich & Herschbach, 2000) verglichen. Im Mittelwert wies die Stichprobe der Freizeitdrogenkonsumierenden höhere Werte der gewichteten Lebenszufriedenheit in nahezu allen Lebensbereichen (Freunde/Bekannte, Freizeitgestaltung/Hobbies, Gesundheit, Beruf/Arbeit, Wohnsituation, Familienleben/Kinder, Partnerschaft/Sexualität) auf. Ausschließlich der Bereich „Einkommen/finanzielle Sicherheit“ fiel in der Referenzstichprobe höher aus. Das lässt insgesamt vermuten, dass Substanzenkonsum mit wichtigen individuellen Lebensbereichen kombinierbar ist und unter gewissen Bedingungen auch protektiv auf Personen wirken kann. So gab ein Teil der befragten Konsumenten (30,6%) auch an, unter keinen langfristigen Folgen ihres Konsums zu leiden. Ein anderer Teil (33,6%) der Untersuchungsteilnehmer/innen führte aber auch an, bereits unter Antriebslosigkeit gelitten zu haben, weitere 29,6 Prozent hatten Probleme mit der Familie oder in der Partnerschaft. 19,9 Prozent gaben an, Probleme in der Schule bzw. Arbeit gehabt zu haben, 19 Prozent Probleme mit Freunden/innen und 17,3 Prozent litten an chronischen Schlafproblemen.

Der qualitative Teil der Forschung besteht aus der Analyse von 23 halbstandardisierten, themenzentrierten Interviews, die mit 23 konsum erfahrenen Personen zwischen 17 und 26 Jahren mit unterschiedlichen Schulkarrieren bzw. -erfolgen geführt wurden; 13 davon waren männlich, zehn weiblich. Durch das Interview führte ein vom Forscherteam entworfener Frageleitfaden. Zur Anwendung kam ein subjektorientierter, qualitativer, sich auf die Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1989) beziehender

Forschungsansatz, der vom Erfahrungswissen der Interviewten ausgeht, die jungen Menschen als aktiv Handelnde definiert und deren Lebensgestaltung als für sie sinnvoll anerkennt.

Die jungen Männer und Frauen sind mit ihren erzählten Erfahrungen der zentrale Ausgangspunkt. In ihren Aussagen finden sich bereits die Schlüssel für die Gründe und Bedeutungen ihres Tuns. Aufbauend auf den Prinzipien einer rekonstruktiven Sozialforschung (Jakob & von Wensierski, 1997) ergibt sich die Aufgabe, diesen subjektiven Sinn, der im Handeln der Subjekte steckt, zu erschließen. Um aus den Interviews so viel Material wie möglich zu schöpfen, ist es wichtig, dass die Interviewer sich auf das Gespräch einlassen, zuhören, die jungen Männer und Frauen erzählen lassen und die richtigen Fragen zum richtigen Zeitpunkt stellen. In den Erzählungen geht es dabei auch um fremde Lebenswelten, über die in der Allgemeinbevölkerung wenig bekannt ist, an deren Schilderung aber Interesse besteht. Dazu gehören jugendliche Subkulturen, ungewöhnliche Trinkmuster und -rituale sowie illegalisierter Drogenkonsum. „Je weniger über solche Welten bekannt ist, desto deutlicher empfiehlt sich ein qualitativ-exploratives Vorgehen“, über das es möglich wird, einen Zugang zu finden, Phänomene zu verstehen, sie erklärt zu bekommen oder in der Folge deuten zu können. Schlüsselinformanten/innen sind dabei oft wichtiger als Stichproben (Oswald, 2010).

Der Einsatz qualitativer Methoden, wie sie Interviews bieten, die in dieser Arbeit verwendet wurden, vermittelt soziale Erfahrungen aus erster Hand und ist für die Forschenden gerade in Bezug zum vorliegenden Forschungsgegenstand außerordentlich erkenntnisträchtig. Es wurde in der Vergangenheit zwar viel über Folgen und Schäden von risikoreichem Substanzenkonsum geforscht, weniger auseinandergesetzt hat man sich aber mit der Bedeutung und den Hintergründen der Verhaltensweisen, v.a. in direkter Auseinandersetzung mit den Betroffenen selbst. Die Erfahrungen in der Feldarbeit waren insofern auch aufregend und inspirierend, sei es wegen der Geschichten, die erzählt wurden, oder wegen der Personen, die man durch die Arbeit kennengelernt hat.

Allen Interviewten gemeinsam sind der Besuch von Nachtszenen und die Erfahrung mit legalisierten bzw. illegalisierten Substanzen, teilweise auch Szenen mit hartem Drogenkonsum. Die aktive Beteiligung an der Freizeitdrogenkonsumszenen ist insofern der kleinste gemeinsame Nenner des Samples. Weitere Gemeinsamkeiten bestehen in den, wenn auch unterschiedlichen, schulischen Erfahrungen:

Einige haben die Schule ohne nennenswerte Verzögerungen oder Probleme abgeschlossen, einige haben einen Wechsel oder Abbruch hinter sich, sind aber zu einem späteren Zeitpunkt wieder in die Schule eingestiegen und haben ihre Ausbildung erfolgreich beendet, andere haben die Schule abgebrochen, ohne einen Abschluss erlangt zu haben. Von besonderem Interesse war es zu verstehen, aus welchen Gründen es einer Gruppe von Konsumierenden gelang ihre Schulkarrieren abzuschließen, während bei den anderen ein Schulabbruch mit bzw. ohne Wiedereinstieg die Biografie charakterisierte. Der Konsum als Hauptvariable kann dafür ausgeschlossen werden, weil er bei allen drei Gruppen vorkam.

Das über die Interviews erhobene und transkribierte Datenmaterial wurde kodiert, einzelne zu einer Kategorie zählende Interviewaussagen thematisch gesammelt und zu inhaltlichen Theorie-Strängen verdichtet. Damit einhergehend konkretisierte sich nicht nur die übergeordnete Kategorie, sondern es entstand auch ein theoretisches Erklärungsgerüst, das vor Fertigstellung in verschiedenen fachlichen Kontexten begleitet wurde. Aus diesem Grund wurden während des Forschungsprozesses zu unterschiedlichen Zeitpunkten Fokusgruppen mit Menschen aus den Bereichen Fachschule, Universität und Behandlungseinrichtungen organisiert, um die laufenden Arbeiten von einer dialogischen Analyse begleiten zu lassen.

Der Konsum von Substanzen erfüllt vor allem zwei Funktionen: Er hilft dabei, *positive Gefühlszustände zu erleben bzw. negative Gefühlslagen zu vermeiden*. Von den 23 befragten Personen gaben 14 Personen an, Drogen vor allem zur Verstärkung der positiven Gefühlslagen zu verwenden. Die befragten Personen, die eine erfolgreiche Schulkarriere hinter sich haben, können Schule und Substanzen gut voneinander trennen. Sie fühlen sich wohl in ihrer Haut, sind stabil und im Leben sicher verankert. Der Substanzkonsum ist für sie eine zusätzliche Möglichkeit, Spaß und positive Erlebnisse zu haben, und beschränkt sich auf die Freizeit. Diese Gruppe schafft es Drogenkonsum so in ihren Lebensabläufen einzubauen, dass gängige soziale Normen nicht aufgegeben werden.

Neugier spielt bei allen Befragten eine große Rolle im Substanzkonsum. Es geht darum, neue Erfahrungen zu machen und etwas auszuprobieren. Einige erzählen, bereits im Vorfeld von illegalen Substanzen fasziniert gewesen zu sein. Ein wichtiges Thema ist das Austesten der eigenen Limits. Durch Erfahrungen mit illegalisierten Substanzen kann dieses Be-

dürfnis gestillt werden. Konsumierende wollen wissen, wie viel sie „vertragen“, ab wann sie die Kontrolle verlieren, welche Substanzen sie einnehmen können und wie der Konsum sie beeinflusst. Das Ziel ist oftmals die kontrollierte Kontrolllosigkeit. Diese Dynamik spielt bei vielen, besonders bei Konsumbeginn in jungen Jahren, eine große Rolle. Der Umgang mit den Substanzen ist locker, die User denken wenig an die Konsequenzen ihres Handelns.

Damals wo ich angefangen habe, in der ersten Oberschule, ich weiß nicht warum, das war für mich in der ersten Oberschule, wo ich mehr in Kontakt mit dem Thema gekommen bin und mehr darüber gehört habe, war für mich einfach klar, ich will das probieren. Also ich rede jetzt mal vom Kiffen. Für mich war klar, ich will das, und ich bin nicht mit Leuten in Kontakt gewesen, die gekiffht haben, sondern ich bin sie suchen gegangen, damit ich die Gelegenheit bekomme, das zu probieren. (Laura, 25 J.)

Am Anfang ist es sicher Neugierde gewesen, alles ausprobieren, und an Konsequenzen habe ich auch nie wirklich gedacht. Einfach so offen, alles so ein bisschen probieren. Dann war es sicher viel Selbstvertrauen zu kriegen, dass man so sein kann, wie man ist beim Weggehen. (Yvonne, 21 J.)

Die *Peergroup* spielt bei allen Befragten eine große Rolle im Konsum. Wenn die Erhältlichkeit durch Peers nicht schon gegeben ist, sucht man sich Leute, die einem die Möglichkeit geben, zu probieren. Es wird also nicht so sehr als Gruppenzwang erlebt, sondern man unterwirft sich den Regeln der Gruppe, um dazuzugehören. Es gibt keinen direkten Gruppenzwang, doch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe ist wichtig. Im Vordergrund steht dabei vor allem der Spaß mit den Peers, die Neugier, das Teilen der Erfahrungen mit Substanzen, das gemeinsame Ausprobieren. Oft ist der Konsum von gewissen Substanzen in der *Peergroup* schon so normal, dass er nicht mehr hinterfragt wird. Dreiviertel der interviewten Personen konsumieren ausschließlich mit anderen, nie alleine. Das gemeinsame Erleben in der Gruppe und das Teilen der Erfahrungen spielen eine wichtige Rolle. Der Substanzkonsum, der mit den Peers geteilt wird, stärkt das Gefühl von Gruppe und Gemeinschaft, schweißt zusammen.

Ja, sicher. Beim Weggehen ist es das gemeinschaftliche... wenn man zusammen irgendwas konsumiert, sei es Alkohol oder sonst irgendeine Substanz, da ist das gemeinschaftliche betrunken sein oder drauf sein ... ja. (Paul, 21 J.)

Es war eigentlich auch sehr gut, aber es war sicher viel so ein gemeinschaftliches und das hat uns, mir auch gut gepasst und gut getan. (Maja, 25 J.)

Durch die Substanzen trauen sich die User mehr, reden mehr miteinander und öffnen sich leichter. Themen, die ansonsten vielleicht nicht angesprochen werden, werden erwähnt. Die Konsumenten setzen die Substanz gezielt ein, um sich einen angenehmen Abend mit Freunden oder mit der Partnerin/dem Partner zu machen.

Dann haben wir am Anfang eigentlich daheim, also nie auf Feten oder so, konsumiert, sondern nur daheim in unserem Freundeskreis, wir fünf Menschen, die konsumiert haben und über Gott und die Welt geredet und philosophiert. Eigentlich nicht mal getrunken, sondern nur MDMA und fertig. (Martina, 21 J.)

Weiters erklären die Interviewten, dass die Substanzen ihnen einen besseren zwischenmenschlichen Kontakt ermöglichen und sie dadurch empathischer sein würden. Diesen Punkt erwähnen viele der Befragten.

Also der erste Grund, oder was mir eigentlich, also ein Aspekt, der mir ziemlich gut gefällt, ist, dass du mit den Leuten auf einer Ebene bist. Du weißt, wie es dem Anderen geht und wenn du es nicht weißt, oder wenn es anders ist, dann ... also diesen Austausch in der Gruppe. (Georg, 21 J.)

Für ganz viele der Befragten ist *Spaß* ein guter Grund, um Substanzen zu konsumieren. Fast alle stellen diese Komponente in den Vordergrund.

Ich glaube, wenn es niemand tun würde, dann würde ich es trotzdem tun, weil es einfach lustig ist. (Johannes, 21 J.)

Weil sich die Stimmung irgendwie lockert und weil es lustiger wird. Vor allem deshalb. (Martina, 21 J.)

Viele der Interviewten gaben an, durch den Substanzkonsum *besser entspannen* zu können. Sie nutzen die Substanz als Genussmittel, manchmal sogar als „Geschenk an sich selbst“ nach einem gelungenen oder anstrengenden Tag oder zum Beispiel, nachdem sie gelernt haben.

Dass man sagt, man schaut mal über den Tellerrand hinaus und auch das Neue ... also ein bisschen das, was eigentlich nicht da ist, zu sehen und zu spüren und ... zu genießen. (Georg, 21 J.)

Mittlerweile einen guten Grund gibt es halt, weil ein Joint am Abend oft auch einfach nur gut schmeckt und einfach fein ist. Dann genieße ich es ein bisschen... (Karoline, 21 J.)

Das *Feiern* und „*Party machen*“ spielt eine große Rolle und ist für viele eine gute Gelegenheit bzw. ein guter Grund, um Substanzen zu konsumieren. Die Interviewten berichten, dass sie mit Hilfe der Substanzen mehr Spaß haben, sich mehr auf die Musik einlassen können, vor allem aber auch länger durchhalten können. Manche fühlen sich mit Hilfe von Substanzen freier und können sich beim Tanzen besser gehen lassen.

Auf jeden Fall, also ich sag mal so den Partyeffekt zu steigern. (Georg, 21 J.)

Ich glaube, es ist so, weil ich Lust habe mich auf den Moment einzulassen und auf die Musik und mich mitreißen und gehen lassen. (Maja, 25 J.)

Ja und es hat schon auch viel mit dem Tanzen zu tun und der Fähigkeit, wie man Musik wahrnimmt und deshalb beschränkt sich das eigentlich auf Abende, wo es irgendwas mit Musik gibt, meistens, ganz immer stimmt das nicht, aber eigentlich kann man es auf das einschränken. (Klaus, 26 J.)

Die Ergebnisse der Studie führen zu einem besseren Verständnis für die Gründe eines Schulabbruchs, für die Belastungs- und Resilienzfaktoren in den Schulbiographien, die Funktion von Substanzkonsum sowie für die Zusammenhänge zwischen Schulerleben, Drogenkonsum, Familie und Freundschaftsbeziehungen. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen hat positive und negative Funktionen. Er kann unter gewissen Bedingungen einen Schulabbruch begünstigen, muss es aber nicht. Wie beim quantitativen Forschungsteil weisen auch die qualitativen Ergebnisse darauf hin, dass Schul- und Ausbildungsschwierigkeiten durch ein multikausales Ursachenbündel mit sich wechselseitig beeinflussenden Faktoren verursacht werden. Schulabbrecher/innen leiden unter einem erhöhten Belastungsumfeld, das aus schulinternen, familiären, sozialen und strukturellen Faktoren zusammengesetzt ist.

Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass „in Beziehung sein“ und subjektiv positiv erlebte Beziehungen starke Resilienzkräfte sind. Eine gute Beziehung zu den eigenen Freunden, zu den Eltern und Geschwistern, zu Lehrpersonen und Mitschülern/innen wird als ein sehr wichtiger Wert erlebt. Eine hohe Beziehungsqualität wirkt sich fördernd auf jene Faktoren aus, die einen integrierten Konsum ermöglichen, aber auch potentiell riskante Verhaltensweisen abschwächen können.

Reflexive Präventionsarbeit

Gerade wenn es um den Konsum von psychoaktiven Substanzen bei jungen Menschen geht, verbaut eine nur auf Kontrolle und Sicherheitsaspekte aufgebaute Strategie den Zugang (vgl. Koler, 2016).

Oft entsteht der Eindruck, dass, wenn es um das Thema Drogen geht, ein sachlicher objektiver Ansatz aus den verschiedensten Gründen nicht angenommen werden kann. Normalitätsaspekte werden in der Literatur praktisch nicht berücksichtigt. Zu sehr ist das Pathologische, Deviante, Gefährliche, nicht Gelingende, das es beim Drogenkonsum ohne Zweifel auch gibt, der dominierende Diskurs. Die für Lebensbiographien integrierenden Aspekte werden ausgeblendet. Das ist nicht bei allen Risikoverhaltensweisen der Fall, siehe etwa den Bereich der Risikosportarten, wo in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen neben den Gefahren auch die positiven Faktoren gelistet werden.

Der vorliegende Artikel geht das Wagnis ein, diese auch für den Konsum psychoaktiver Substanzen zu beleuchten. Das mag für manche ungewohnt bis störend sein. Andererseits ist das kritische Hinterfragen auch der eigenen Lieblingshypothesen unerlässlich, um manche eingeschliffene auf Abstinenz und Lustfeindlichkeit aufgebaute Irrationalitäten, die es in der suchtpräventiven Arbeit durchaus gibt und die zu übertriebenen Kontroll-, Verbots- und Strafstrategien führen, sichtbar zu machen (vgl. Uhl, 2016).

Die dargestellten Überlegungen sind andererseits hilfreich, um eine reflexive Präventionsarbeit zu betreiben. Reflexiv insofern, weil miteinbezogen und berücksichtigt wird, was es für die betroffenen jungen Menschen bedeutet und was es für die Interventionen bedeutet, wenn die subjektiven Befindlichkeiten und Bedürfnislagen von Konsumenten wahrgenommen werden. Auch konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf andere Aspekte als die Substanz und den Konsum. Was Konsumenten, die einen normalen, integrierten Gebrauch auf-

weisen, besonders kennzeichnet, ist, dass sie in allen Lebensbereichen gute, zufriedenstellende Beziehungen haben. Dass solche in ausreichendem Maß vorhanden sind, sollte eines der Hauptanliegen einer umfassenden Präventionsarbeit sein. Beziehungsbildung und -pflege im Kontakt mit gefährdeten Jugendlichen wird demnach ein erstes zu erreichendes Ziel. Ebenso sollten diese Aspekte in der Entwicklung und Validierung spezifischer Präventionsprogramme berücksichtigt werden.

Literatur

- Böhnisch, L. (2008). *Sozialpädagogik der Lebensalter: Eine Einführung*. Weinheim, München: Juventa.
- EBDD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2002). *Drogen im Blickpunkt – Freizeitkonsum von Drogen*. Lissabon: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1998.) *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung* (2. korr. Aufl.). Bern: Huber.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction (FLZ-M) – A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16 (3), 150-159.
- Jakob, G. & von Wensierski, H. J. (Hrsg.) (1997). *Rekonstruktive Sozialpädagogik. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis*. Weinheim, München: Juventa.
- Koler, P. (2008). Berauschte Aussichten. Aufbruch zu einer neuen Präventionskultur. *Abhängigkeiten* (14) 1, 12-23.
- Koler, P. (2014). *Rausch und Identität – Jugendliche in Alkoholszenen*. Bozen: University Press.
- Koler, P., Tschiesner, R., Bonell, N., Gapp, S. et al. (2015). *Schulabbruch und Freizeitdrogenkonsum. Situationsanalyse und Handlungsempfehlung. ESF-Forschungsbericht*. Bozen.
- Koler, P. (2016). Jugendkulturelle Alkoholszenen: neue Ansätze für die Suchtprävention. *Archiv* 1, 50-59.
- Oswald, H. (2010). Was heißt qualitativ forschen? Warnungen, Fehlerquellen, Möglichkeiten. In: Friebertshäuser, B., Langer, A. & Prengel, A. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 183-201). Weinheim, München: Juventa.
- Uhl, A. (2016). *Die Suchtprävention der Zukunft – qualitätsgesichert und gut finanziert oder ökonomisiert und unterfinanziert?* Dokumentation der Fachtagung für Fachkräfte in der Suchtprävention. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen.



Dr. Peter Koler
Psychologe und Pädagoge,
Trainer in Motivational Interviewing,
Direktor des Forum Prävention in Bozen/Südtirol
koler@forum-p.it

Die Wien – Entlang eines vergessenen Flusses

Sonja Bachmayer (Fotos)

„Es hat durchaus seine Berechtigung, wenn man sagt, dass Wien an der Donau liegt: Und doch ist es eine Überlegung wert, ob der Fluss gleichen Namens, der heute reguliert, in eine Art Kanalbett gezwungen und seiner eigentlichen Funktionen entkleidet, als Fremdkörper in der Stadt gilt, gleichsam nur mehr geduldet ist, nicht eigentlich eine ähnlich wichtige Funktion hat wie der große Donaustrom. Es ist immer üblich gewesen, an den Wassern zu siedeln, denn ohne diesen wichtigsten Rohstoff, über den wir verfügen, ist Leben nicht denkbar. Es versteht sich, dass vor allem Industrie und Gewerbe daran ein Interesse hatten, das Flusswasser in ihren Produktionsgang einzubeziehen. So segensreich der Fluss einerseits für das Leben der Stadt war, so nachteilig erwies er sich freilich mitunter; so bildeten beispielsweise die immer wiederkehrenden Überschwemmungen ständig Gefahren für die Anrainer. Andererseits versuchte man den Fluss, in den man alle

Abwässer hineingoss, sodass er vor allem im 19. Jahrhundert als Ursache sanitärer Übelstände wirkte, in den Griff zu bekommen. So entschloss man sich zu der Regulierung mit dem Ziel, alle Gefahren, die er gebracht hatte, auszuschalten. Nach der Zerstörung der Basteien und der Regulierung der Donau war dies der dritte schwere Eingriff in das Stadtbild Wien in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Man folgte bei diesem Projekt dem zu dieser Zeit geltenden Prinzip der totalen Verstädterung. Man gab dem nutzbringenden Effekt recht. Und man schloss den Fluss, der mitunter zwar Nachteile gebracht, andererseits aber ein belebendes Stück Landschaft gebildet hatte, sozusagen für künftige Zeiten gleichsam vom Leben aus.“

(Dr. Robert Waissenberger, ehem. Direktor der Museen der Stadt Wien, 1980, Zitat aus dem Ausstellungskatalog „Der Wienfluss“ des Museums der Stadt Wien)









Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung und Sucht: Ein Zelt im Orkan aufbauen

Markus Stuppe, Regina Behnert & Kornelia Fricke-Drink

Einleitung

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) ist ein umfassendes Therapieprogramm, das von Marsha Linehan in den 1970er-Jahren entwickelt wurde (Linehan, 1996). Das ultimative Ziel von DBT ist, Patienten in ihren Anstrengungen zu unterstützen, ein lebenswertes Leben aufzubauen. Es ist somit weiter gesteckt als lediglich die Reduktion von problematischem Verhalten oder Management von störenden Symptomen (Dimeff & Linehan, 2008). DBT fasst therapeutische Methoden aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der Körpertherapie und des ZEN zusammen. Im Rahmen der Verhaltenstherapie erlernen Patienten Fähigkeiten (Skills), z. B. im Rahmen von kognitiver Umstrukturierung oder Verhaltensanalysen. Sie werden zur Selbstbeobachtung mittels Protokollen angehalten und erledigen zwischen den Therapiesitzungen verabredete Hausaufgaben. In Achtsamkeitsübungen finden sich körperorientierte und meditative Elemente wieder. In der heutigen Fortentwicklung wird DBT als ein Skills-basiertes Multi-Komponentenprogramm für Patienten mit komplexen psychischen Störungen aufgrund von Problemen der Emotionsregulation gesehen (Bohus, 2016). Die Dialektik verweist auf die Synthese zwischen zwei entgegengesetzten Polen. Wenn Therapeuten angesichts der großen Probleme von Patienten mit einer Borderline-Störung auf rasche Veränderungen drängen, erweist sich das oft als nicht hilfreich. Viele Probleme erscheinen initial für die Patienten unveränderbar und auch nicht alles wird als so dysfunktional erlebt, wie es von außen erscheint. Die Patienten fühlen sich unverstanden, unangemessen kritisiert und reagieren motivationspsychologisch nachvollziehbar mit Rückzug, emotionaler Blockade, Widerstand und Dissoziation (Miller & Rollnick, 2015). Sollten Therapeuten im Gegenteil den Fokus verstärkt auf Akzeptanz und Verständnis der bestehenden Problematik legen, kann das ebenfalls negative Konsequenzen nach sich ziehen.

Aus Sicht der Patienten scheinen diese Therapeuten ihre Veränderungsbereitschaft zu ignorieren oder die Hoffnungslosigkeit noch zu verstärken. DBT fordert von den Therapeuten darum stets einen homöostatischen Ausgleich zwischen Veränderung und Akzeptanz.

Epidemiologie

Die Prävalenz einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist hoch: 2,7 Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden an dieser Persönlichkeitsstörung (Kienast et al., 2014). Menschen mit einer Borderline-Störung leiden auch an weiteren komorbiden psychischen Störungen. Am häufigsten sind affektive Störungen (96,3%), gefolgt von Angststörungen inkl. posttraumatischen Belastungsstörungen (88,4%). An dritter Stelle folgen mit 64,1 Prozent substanzbezogene Störungen (Zanarini et al., 1998). Umgekehrt leidet auch eine erhebliche Anzahl von Personen mit einer substanzbezogenen Störung an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei Patienten, die während einer Suchttherapie untersucht wurden, lag die Komorbidität einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zwischen 5,2 und 32 Prozent (Linehan et al., 1999).

Ätiologie und Therapieprogramm

Marsha Linehan hatte DBT als eine therapeutische Methode für chronisch suizidale Patientinnen entwickelt. Primäres Ziel war, Patientinnen mit einer Borderline-Störung vor weiterem suizidalen Verhalten und schweren Selbstverletzungen zu schützen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden (Linehan, 1996).

Ätiologisch ruht das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Marsha Linehan auf zwei Pfeilern: der emotionalen Dysregulation sowie dem nonvalidierenden Umfeld (Linehan, 1996). Die emotionale Dysregulation steht in hoher Korrelation mit traumatischen

Erfahrungen und beruht zusätzlich auf neurobiologischen Faktoren. Das zweite Kernelement ist das nonvalidierende Umfeld: In einem nonvalidierenden Umfeld werden Reaktionen vor allem emotionaler Art und die Mitteilung persönlicher Erfahrungen nicht als stimmige Selbstbeschreibung akzeptiert. Sie werden nicht wahrgenommen, trivialisiert, zurückgewiesen und damit nicht als adäquate Reaktion auf Ereignisse registriert. Betroffene Menschen werden in einem nonvalidierenden Umfeld unangemessen kritisiert und bestraft. Angemessenes Verhalten wiederum wird als sozial inakzeptabel charakterisiert. In einem solchen Umfeld lernt das Individuum nicht, eigene Erfahrungen mit sozial akzeptierten normativen Erfahrungswerten zu vergleichen. In der Folge werden keine effektiven Fähigkeiten zur Emotionsregulation und das damit verbundene Vertrauen in die eigenen emotionalen und kognitiven Erfahrungen als adäquate Antwort auf Ereignisse entwickelt. Solche Menschen unterdrücken durch dieses pathologische Erleben eigene Erfahrungen und sind darauf angewiesen, Außenwahrnehmungen oder -bestätigungen zu übernehmen. Dieses führt dann zu einer Störung der Affektregulation und emotionalen Vulnerabilität bei mangelhafter Ausprägung von Coping-Strategien, um mit diesen intensiven Affekten umgehen zu können. Diagnostisches Leitsymptom ist die einschließende, starke Spannung, die als äußerst aversiv erlebt wird und keiner klaren, handlungsweisenden Emotion zugeordnet werden kann (Pohl & Salbach, 2006).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen leitet sich ab, dass Menschen mit einer Borderline-Störung angemessenes funktionales Verhalten weitgehend neu erlernen und

erfahren müssen. DBT besteht aus mehreren Therapieelementen: Einzeltherapie, psychoedukative Gruppentherapien mit einem Fertigkeitentraining, Besuch von Selbsthilfegruppen, Telefoncoaching der Patienten und Therapeutenfürsorge (Supervision) (Armbrust & Ehrig, 2016; Dimeff & Linehan, 2008; Kienast et al., 2014; Kienast & Bempohl, 2013). Acht Grundannahmen helfen den Therapeuten, die passende innere Haltung trainieren und erreichen zu können (Tabelle 1) (Kienast, 2016; Linehan, 1996; Pohl & Salbach, 2006).

DBT ist in der ersten Therapiephase hierarchisch organisiert. Zunächst werden schwere Probleme auf der Verhaltensebene angegangen. Hierzu gehört suizidales und selbstverletzendes Verhalten. Danach rückt therapiegefährdendes Verhalten in den Fokus, z. B. nicht zur Behandlung erscheinen oder mangelnde Therapiefortschritte. Im nächsten Schritt wird Verhalten, das die Lebensqualität beeinflusst, berücksichtigt. Dazu zählen z. B. Verhaltensweisen, die zu unmittelbaren Krisen führen. Erst im Anschluss geht es um das Training und Erlernen neuer Verhaltensfertigkeiten. In der zweiten Therapiephase erfolgt dann die Behandlung des posttraumatischen Stresssyndroms (Bohus & Berger, 2006; Linehan, 1996).

DBT und Sucht: DBT-S

Nach Entwicklung der Standard-DBT wurden im Verlauf der Jahre Adaptionen erforderlich, um komorbide Störungen mitbehandeln (Burmeister et al., 2014) oder auch kulturspezifische Herangehensweisen (z. B. spirituelle Praktiken) integrieren zu können (Beckstead et al., 2015). Insbesondere die Behandlung von komorbid suchtkranken Patienten erwies sich als problematisch, da sie nur schwer in das Behandlungsprogramm zu integrieren waren. Sie waren z. B. bei Terminabsprachen, inhaltlichen Anforderungen oder Einhaltung von Therapieregeln unzuverlässig, oft zu impulsiv, konsumierten weiter und schienen keine überdauernde Veränderungsmotivation aufrechterhalten zu können (Kröger et al., 2014). Axelrod et al. (2011) konnten in einer ambulanten DBT-Gruppe für Frauen mit einer Borderline-Störung und einer komorbiden Suchterkrankung nur 55,6 Prozent der Teilnehmerinnen im Therapieprogramm halten. In einer sehr viel größeren Untersuchung an 1.423 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die eine dreimonatige stationäre Behandlung erhielten, war die Drop-out-Rate zwar mit ca. zehn Prozent deutlich geringer. Die Prädiktoren für den

Tabelle 1

Grundannahmen der DBT über Borderline-Patientinnen und die Therapie (Linehan, 1996)

Die Patientinnen geben sich wirklich Mühe.
Die Patientinnen wollen sich ändern.
Die Patientinnen müssen noch mehr Anstrengung und Motivation an den Tag legen, um sich zu ändern.
Die Patientinnen haben zwar nicht alle ihre Schwierigkeiten selbst herbeigeführt, aber sie müssen sie trotzdem selbst lösen.
Das Leben einer suizidalen Borderline-Patientin ist in dieser Form unerträglich.
Die Patientinnen müssen in allen relevanten Lebensbereichen neue Verhaltensweisen erlernen.
Die Patientinnen können in der Therapie nicht versagen.
Therapeuten von Borderline-Patientinnen brauchen Unterstützung.

Therapieabbruch waren jedoch auch hier in erster Linie jüngeres Alter und eine substanzbezogene Störung (Kröger et al., 2013). In einer anderen Therapiegruppe von stationär behandelten Patienten mit einer Borderline-Störung war mit 40,8 Prozent ebenfalls Suchtmittelkonsum oder dessen Besitz der zweithäufigste Ausschlussgrund (Kröger et al., 2014).

Die Notwendigkeit der Entwicklung einer Modifikation von DBT wird durch Hinweise unterstützt, dass Standard-DBT alleine keinen Einfluss auf die Reduktion von substanzbezogenen Problemen hat (van den Bosch et al., 2002).

DBT wurde darum durch suchtspezifische Therapieelemente ergänzt: DBT-Sucht oder DBT-S. Grundlage bleibt jedoch die Standard-DBT. Zur DBT-S gehören eine spezifische Anordnung der Therapieziele, die dialektische Abstinenz und spezielle suchtspezifische Fertigkeiten.

Dimeff und Linehan (2008) haben fünf übergeordnete Behandlungsziele der DBT-S formuliert. Primär wird das Commitment des Patienten eingefordert, beide Störungsbilder zeitgleich behandeln lassen zu wollen. Es werden Fertigkeiten vermittelt und trainiert, damit diese neu erlernten Verhaltensweisen automatisiert angewendet werden können. Alltagsrituale werden verändert und auch die Aufrechterhaltung der Motivation des Therapeuten ist gesondert zu beachten.

Suchtspezifisch ist die dialektische Abstinenz ein entscheidendes und neues Behandlungsziel in der DBT-S. Die dialektische Abstinenz berücksichtigt den Umstand, dass Suchtmittelkonsum ein dysfunktionales, dennoch effektives Mittel sein kann, um hohe Anspannungszustände zu reduzieren oder zu beenden. Damit ist Abstinenz für die Betroffenen gerade zu Therapiebeginn wenig attraktiv, solange alternative Verhaltensstrategien noch nicht existieren. Ein dadurch wahrscheinlicher Rückfall oder Konsum darf wiederum nicht zum Ausschluss von der Therapie führen. Der Therapeut muss beide Pole berücksichtigen: das Suchtproblem kann so groß sein, dass eine Veränderung am Anfang unvorstellbar erscheint. Dennoch ist es gut, dass der Patient in der Therapie erschienen ist, auch wenn Krisen auftreten und Tage mit Konsumreduktion oder -verzicht erst zögerlich auftreten. Zu einem frühen Therapiezeitpunkt, an dem Abstinenz noch nicht erreichbar ist, ist primär die Arbeit am Commitment zur Abstinenz erforderlich. Im Verlauf werden ein persönlicher Methodenkoffer zur Reduktion der Konsummenge und -frequenz und der Umgang mit Suchtdruck (Craving) sowie Rückfallprophylaxestrategie

vermittelt. Wenn man mit Motivational Interviewing vertraut ist, ist die dialektische Behandlungsstrategie relativ leicht zu vermitteln (Miller & Rollnick, 2015). Vielleicht fällt es deswegen auch Suchttherapeuten leichter, DBT in ihre Behandlungsbereiche zu integrieren, als umgekehrt Therapeuten ohne gesonderte Suchttherapieausbildung, die Borderline-Patienten behandeln, sich suchtspezifische Techniken anzueignen (Lüdecke et al., 2015). In der Hierarchisierung von Therapiezielen wird in der DBT-S die Abhängigkeitsproblematik auf der dritten Ebene der Lebensqualität einschränkender Verhaltensweisen eingeordnet.

An suchtspezifischen Fertigkeiten wird die Basisfertigkeit „Kluger Kopf“ (Wise Mind) angeboten. Dieser Skill vermittelt die dialektische Lösung des Dilemmas zwischen konsumförderndem Denken und Verhalten (abhängiger Kopf) und der Selbstüberschätzung in der Fähigkeit zur Abstinenzhaltung (verleugnender Kopf) (Kienast & Bempohl, 2013; Kienast, 2014). Ergänzend werden Fertigkeiten zur Stresstoleranz vermittelt. Hierzu gehören Skills zur Krisenbewältigung (Aktives Verleugnen, Anticraving-Skills, Urge Surfing, Entwaffne Deinen Feind) sowie Skills zum Annehmen der Realität (Brücken zum Konsum abreißen, Erfolgreich scheitern). In der DBT-S sind die Module „Achtsamkeit“ und „Selbstwert“ unverändert geblieben.

Dimeff und Linehan (2008) empfehlen die Anwendung von Attachment-Strategien vor dem Hintergrund der genannten Erfahrung, dass es ausgesprochen schwierig ist, Patienten mit einer komorbiden Borderline-Störung in dieser Therapieform zu halten. Zu den Strategien, die Haltequote zu erhöhen, gehören z. B. initial eine hohe Kontaktfrequenz anzubieten oder aufsuchend tätig zu sein. (Bornovalova & Daughters, 2007). Therapeuten sollten telefonisch erreichbar sein und flexible Zeiten anbieten können (Kienast, 2014). Das ist gut mit einer speziellen interaktiven Software-Applikation für Smartphones, dem DBT-Coach, vorstellbar, die gleichzeitig das Einüben der neu erlernten Fertigkeiten fördert (Rizvi et al., 2011).

DBT-S ist in mehreren Therapiestudien evaluiert worden (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002). In den Studien zeigte sich ein geringer Drogenkonsum in den DBT-S-Gruppen. In einer Studie war die Haltequote höher und Borderline-persönlichkeitsspezifische Symptome wurden reduziert. Jedoch sind die untersuchten Patientenzahlen nur gering und lediglich Frauen eingeschlossen worden. Entsprechende Untersuchungen für Männer fehlen bislang (Kienast & Förster, 2008).

DBT-S-Therapieangebote

Die geringe Patientenpopulation in den DBT-S-Studien ist durchaus ein Spiegelbild der realen Versorgungssituation. Angesichts der Komplexität beider Krankheitsbilder und der damit verbundenen geringen Haltequote stehen Therapeuten in ihren Versorgungsregionen vor der schwierigen Frage, wie sie dieses Verfahren für ihre suchtkranken Patienten mit einer Borderline-Störung anbieten und in ihren Arbeitsbereichen implementieren können. Eine weitere Herausforderung ist, sich für beide Störungsbilder ausreichend therapeutisches Handwerkszeug zu erarbeiten.

Therapeutische Angebote für Patienten mit einer Borderline-Störung und komorbiden Abhängigkeitserkrankung sind stationär ausschließlich im Bereich von Kliniken für Suchterkrankungen oder in Suchtabteilungen psychiatrischer Kliniken entstanden: Göttinger Modell (Lüdecke et al., 2015; 2017), Charité Berlin (Voss, 2017), Schön-Kliniken Eilbeck, Hamburg (Station für Borderline mit Abhängigkeitserkrankung 2017), Klinik an der Lindenhöhe, Offenburg (Fromberger & Contu, 2017), Station S3 der Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie der Karl-Jaspers-Klinik Oldenburg bis 2016, anschließend Station S1 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg (Philipsen, 2017), DBT-S-Station der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim (Kiefer & Koopmann, 2017), und bis vor ein paar Jahren die Rehabilitationsklinik Glöcklehof, Schluchsee (Mayer-Bruns et al., 2005). Im ambulanten Bereich ist dieses angesichts der Notwendigkeit, dass niedergelassene Psychotherapeuten auf die zuverlässige Wahrnehmung von Terminen ihrer Patienten auch aus ökonomischer Sicht angewiesen sind, nochmals erschwert. Die Kliniken bieten eine Mischung aus moderner Suchtbehandlung und kombinierter Borderline-Behandlung (Sucht und DBT) an. Klassischerweise beginnt der Aufenthalt mit einer Entzugsbehandlung. Danach erfolgt die mehrwöchige Behandlung beider Krankheitsbilder. Im Göttinger Modell werden dazu die DBT-Behandlungsmodule modifiziert: Das Fertigkeitentraining ist erweitert um zwei Module: „Sucht I und II“. Die Module „Achtsamkeit“, „Gefühle“ und „Stresstoleranz“ sind immer mit suchtspezifischen Themen verknüpft und werden allen suchtkranken Patienten unabhängig von einer Borderline-Störung oder anderen komorbiden Störung angeboten. Das DBT-S-Behandlungsangebot ist auch teilstationär und ambulant verfügbar (Lüdecke et

al., 2015; 2017). Im Berliner Modell wurden initial z. B. die Motivationsstadien nach Prochaska und DiClemente (Prochaska et al., 1992) besonders berücksichtigt (Voss, 2017). Die Borderline-Station in den Schön-Kliniken Hamburg hat ihr Konzept durch Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2015) und die Selbstmanagementtherapie nach Kanfer (Kanfer et al., 2012) erweitert (Station für Borderline mit Abhängigkeitserkrankung, 2017). In der Klinik an der Lindenhöhe findet die Behandlung auf einer Station für qualifizierten Entzug statt, wo ergänzend ein DBT-S-Therapieprogramm für suchtkranke Patienten mit einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung angeboten wird (Fromberger & Contu, 2017). Die Station S3 in Oldenburg akzeptierte nur Frauen auf einer Station, die auch geschützt mit allgemeinpsychiatrisch kranken Patienten belegt werden kann. Mittlerweile ist das Behandlungsangebot dieser Station in eine andere Klinik gewechselt (Philipsen, 2017).

Zur Sicherung von Qualitätsstandards und zum Nachweis einer Implementierung von DBT in stationären Einrichtungen gibt es die Möglichkeit einer Zertifizierung im Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie DDBT e.V. (Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie, 2017). Diesen aufwendigen Weg sind nicht alle genannten Stationen gegangen.

Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten, DBT und DBT-S für Suchtkranke mit einer Borderlinestörung in die deutschsprachige Versorgungslandschaft zu integrieren, werden zwei weitere Modelle (ein stationäres und ein ambulantes) von DBT-S in Suchtkliniken detaillierter vorgestellt.

Das Schweriner Modell

Die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen ist Teil des Psychiatrischen Fachkrankenhauses Carl-Friedrich-Flemming-Klinik der HELIOS-Kliniken Schwerin. Sie umfasst drei Stationen mit 51 Betten (2 Alkohol-/Medikamentenentzugsstationen, 1 Drogenentzugsstation), eine Tagesklinik (10 Plätze) und eine suchtpsychiatrische Institutsambulanz.

Zur Verbesserung der Versorgung von Suchtkranken mit einer Borderline-Störung entschied sich die Klinik vor zehn Jahren zu einer berufsgruppenübergreifenden Inhouse-DBT-Schulung. Zeitgleich fand eine Schulung von Mitarbeitern der allgemeinpsychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik des Fachkrankenhauses statt. In den Jahren 2006 bis 2008 wurden 13 Teilnehmer (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegepersonal) aus dem

ambulanten, teil- oder vollstationären Setting in Standard-DBT geschult. Der initiale Plan war, eine Station für die zeitgleiche Behandlung von sechs bis acht Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung, einer Borderline-Störung und weiteren komorbiden Störungen zu qualifizieren. Dazu war es notwendig, das Angebot der bis dahin üblichen Behandlungszeit von 14 bis 21 Tagen deutlich zu erhöhen. Es wurden für das Fertigkeitentraining in Gruppen neue Therapiematerialien entwickelt (Therapiebrochure „Entscheidung für einen neuen Weg“, Notfallpass, Notfalkoffer, Anspannungs-Wochenprotokoll). Die Bezugstherapeuten der betroffenen Patienten waren in der Regel auch die Einzeltherapeuten. In Einzelfällen wurde DBT ausschließlich oder im Anschluss an die stationäre Behandlung im ambulanten Setting angeboten. Die Tagesklinik befand sich noch im Aufbau, so dass DBT anfänglich hier nicht angeboten werden konnte. Es wurde davon abgesehen, dieses neue Angebot überregional anzubieten, da man ansonsten befürchtete, einen Teil der Suchtkranken in der Region nicht angemessen versorgen zu können.

Im Verlauf gelang es nicht, eine stabile Patientengruppe aufzubauen. Dafür gab es mehrere Gründe. Zeitgleich hatte sich in der allgemeinspsychiatrischen Klinik eine stationäre DBT-Einheit etabliert, die einen Teil der Patienten mit Borderline- und Suchterkrankung auch behandeln konnte. Es gab neben einer ambulanten Standard-DBT-Gruppe der benachbarten Abteilung kein weiteres ambulantes DBT-/DBT-S-Angebot. Eine Weiterbehandlung mit DBT-S war weitgehend nur über die eigene Suchtambulanz mit begrenzten Ressourcen zu realisieren. Es war organisatorisch und fachlich eine große Herausforderung, die Doppelstruktur Qualifizierter Entzug und DBT-S mit einer zeitgleich größeren Anzahl schwerer gestörter Patienten auf einer Station vorzuhalten. Im Vergleich zu den o.g. zertifizierten Kliniken war das DBT-S-Angebot nicht so hoch strukturiert. Im weiteren Verlauf wurde angesichts der Überlegung, dass auch suchtkranke Patienten ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung mit geplant kürzerer Behandlungsdauer z. B. von dem Modul „Stresstoleranz“ profitieren könnten, das Gruppenangebot des Fertigkeitentrainings mit nicht persönlichkeitsgestörten Patienten aufgefüllt. Damit entstand ein höherer Patientendurchlauf in dieser Therapieeinheit, der ebenfalls nicht zur Konstanz der Gruppe beitrug. In der Folge wurde das DBT-S-Therapieangebot auf eine Woche verkürzt angeboten und parallel eine passende Schulungsbroschüre „Skills – Entscheidung für einen neuen Weg“ entwickelt. Patienten, die dadurch und durch

den qualifizierten Entzug stabilisiert werden konnten und für eine DBT-Behandlung ihrer Borderlinestörung geeignet erschienen, erhielten das Angebot einer Weiterbehandlung auf der allgemeinspsychiatrischen DBT-Station. Diese Entwicklung endete damit, dass nach ca. einem Jahr das stationäre DBT-S-Angebot nicht weiter ausgebaut wurde. In der Klinik und auf dieser Station sind jedoch bis heute DBT-Behandlungsangebote erhalten geblieben. Die Materialien des Fertigkeitentrainings werden bei passender Indikation in regelmäßigen Abständen in Gruppentherapien eingesetzt. Die Behandlungsphilosophie und der veränderte Umgang mit Suchtkranken mit einer Borderline-Störung sind bis heute in der Klinik spürbar. Die Stationen verfügen über einen „Notfalkoffer“ aus den Modulen „Stresstoleranz“/„Achtsamkeit“/„Umgang mit Gefühlen“, der allen Patienten zugänglich ist. Mit vielen Patienten werden im Verlauf der Behandlung Notfallpässe erarbeitet, die DBT-Elemente enthalten. Bei hoher Anspannung erhalten Patienten ein Anspannungs-Wochenprotokoll, mit dem hilfreiche Fertigkeiten erarbeitet und dokumentiert werden. Die Schulungsbroschüre wurde 2015 überarbeitet. In ihr werden vorrangig Skills vermittelt, die Notfallsituationen gerecht werden; dies dient der DBT-Therapievorbereitung. Im Verlauf der letzten Jahre wurden immer wieder einzelne Mitarbeiter in DBT und DBT-S (u.a. Kienast, 2011) geschult. Einzelne Elemente von DBT-S wurden in das Konzept der ambulanten Rehabilitation für Suchtkranke der Klinik integriert und DBT-S wird bis heute in ambulanten Einzelkontakten angeboten.

Das Bielefelder ambulante DBT-S-Modell

Seit November 1999 wird in der Psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Evangelischen Klinikums Bethel eine ambulante DBT-Sucht-Gruppe für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung angeboten. 1998 wurde das DBT-Therapieprogramm von mehreren KollegInnen aus dem allgemeinspsychiatrischen Bereich in die Klinik getragen, die sich dazu bei Martin Bohus und seinem Team in der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg fortbilden ließen. Im Zuge des Aufbaus störungsspezifischer Behandlungsangebote entstand in diesem Bereich der Klinik eine DBT-Station für Borderline-Patienten. Sie wurde 2007 vom Dachverband DBT (DDBT) zertifiziert. Über berufsgruppenübergreifende

Tabelle 2

Regeln für die Teilnahme an DBT-S-Gruppe

Regelmäßige Teilnahme und Abmelden bei Verhinderung (zweimaliges unentschuldigtes Fehlen kann zum Ausschluss führen)
Schweigepflichterklärung
Wertschätzender Umgang miteinander
Akzeptanz für Unterschiede und Anderssein
Nüchterne Teilnahme
Kein Austausch über Traumatisierungen, Selbstverletzung oder Suizidalität
Bereitschaft zum Üben und Ausprobieren der Fertigkeiten
Verbindlichkeit der Hausaufgaben
Protokolle führen und Arbeitsmaterial dabei haben
Einhaltung der Regelung zum spontanen Verlassen des Gruppenraums
Einverständnis für Hospitationen
Einverständnis zur Rücksprache mit Einzeltherapeuten

Inhouse-Schulungen durch zertifizierte DBT-Trainer wurden in den Folgejahren Mitarbeiter aus der Suchtabteilung ebenfalls befähigt, dieses Therapieverfahren in der Behandlung von suchtkranken Patienten mit einer BPS anzuwenden. Seitdem wurden 90 Patienten (82 Frauen und 8 Männer) zwischen sechs und 18 Monaten in einem ambulanten Gruppenangebot behandelt.

In den ersten vier Jahren des ambulanten Angebots gab es wöchentlich zwei DBT-Gruppenangebote: Basisgruppe und Fertigkeitengruppe (Skills-Training). In der Basisgruppe wurde psychoedukativ störungsspezifisches Wissen zu BPS und Sucht, z. B. Diagnosekriterien, biopsychosoziale Theorie und Lerntheorien vermittelt, weiterhin das Bearbeiten von Verhaltensanalysen erklärt und ein Wochenprotokoll (Diary Card) (Abbildung 3) besprochen. In der Fertigkeitengruppe wurden Skills nach dem DBT-Manual trainiert sowie Fertigkeitenprotokolle (Abbildung 4) besprochen. Nach einigen Jahren wurden aus Effizienzgründen beide Gruppen zusammengefasst.

Heute umfasst das ambulante DBT-S-Angebot ein wöchentlich stattfindendes Fertigkeitentraining über 100 Minuten. Eine ambulante Einzelpsychotherapie, parallel zum Gruppenbesuch, ist Voraussetzung für die Teilnahme. Zu Beginn wird den Patienten empfohlen, eine Behandlungsdauer von zwölf Monaten einzuplanen, um alle Inhalte bearbeiten zu können. Patientenfragen für die Teilnahme an der DBT-S-Gruppe kommen aus verschiedenen Bereichen: Entgiftungsstation, DBT-Station der

allgemeinpsychiatrischen Abteilung, Tagesklinik Sucht, Psychiatrische Institutsambulanz, Suchtambulanz und von niedergelassenen Psychotherapeuten usw. Die Teilnahme an der auf maximal acht Teilnehmer begrenzten Gruppe ist offen für weibliche und männliche Patienten. Im Vorfeld wird jedoch darauf geachtet, dass bei den Teilnehmern weder verbalaggressives noch fremdaggressives Verhalten gezeigt wird. Patienten, die das nicht zusichern können, werden in dieser Gruppe mit oft schutzbedürftigen, traumatisierten Patientinnen nicht berücksichtigt. Die offene Behandlungsgruppe wird von zwei Therapeuten geleitet. Regelmäßige Supervision sowie Teilnahme am DDBT-Netzwerktreffen gehören zur fortlaufenden Qualifizierung der Therapeuten. Mit jedem potenziellen Teilnehmer wird ein Aufnahmegespräch geführt, in dem Daten zur Suchtanamnese, Lebensumständen, ambulanten Unterstützungsangeboten, Diagnosen, Traumatisierungen in der Biografie sowie Zielen und Problembereichen für das Fertigkeitentraining erhoben werden. Interessierte Patienten haben die Gelegenheit, zweimal in der Gruppe zu hospitieren, um dann ggf. nahtlos einzusteigen. Sie unterschreiben eine Therapievereinbarung und akzeptieren die Regeln für die Teilnahme an der DBT-S-Gruppe (Tabelle 2).

Der Ablauf der Gruppensitzungen folgt einer konstanten Struktur:

- Start mit einer Achtsamkeitsübung,
- Besprechung der Protokolle: Fertigkeitenprotokoll (Abbildung 4), Wochenprotokoll (Abbildung 3) und der Hausaufgaben,
- Fertigkeitentraining,
- Bei Bedarf Einschub von Psychoedukationseinheiten zu Diagnosekriterien, Ätiologie der Erkrankung, störungsspezifischem Wissen usw.

Das DBT-S-Gruppenangebot umfasst die Standard-DBT mit den Modulen:

- Innere Achtsamkeit,
- Stresstoleranz,
- Bewusster Umgang mit Gefühlen (Emotionsregulation),
- Zwischenmenschliche Fertigkeiten,
- Selbstwert.

Grundlage der DBT-S-Gruppe zur Vermittlung von Fertigkeiten ist das Therapeutenmanual „Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten“ (Bohus & Wolf-Arehult, 2013).

Modul „Achtsamkeit“

Achtsamkeit geht ursprünglich auf den Buddhismus zurück, ist aber auch Bestandteil anderer Traditionen und Religionen.

In der DBT hat Achtsamkeit eine zentrale Bedeutung für die Anwendung aller Fertigkeiten und bedeutet „wahrnehmen, was ist“. Die Aufmerksamkeit wird dabei auf eine nicht bewertende, offene Weise auf die Wahrnehmungsinhalte, etwa vorherrschende Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen gerichtet. Dieses üben die Patienten z. B. durch Atem- und Körpermeditationen in der Gruppe und zu Hause: Das Kommen und Gehen des Atems wird mit allen verbundenen Empfindungen beobachtet, ohne dabei den Atemfluss bewusst zu steuern, sodass sich nach und nach eine innere Haltung des Annehmens der Realität entwickeln kann. Das schult das Akzeptieren auch von unangenehmen Gefühlszuständen wie dysphorische Stimmung oder Anspannung.

In der Suchttherapie ist die Praxis der Achtsamkeit ein wichtiges Prinzip der Rückfallprophylaxe. Das wird deutlich beim Umgang mit Suchtdruck, dem Craving. Manche Patienten benötigen bei Craving vorrangig Ablenkung, d.h. sie sollten auf andere Wahrnehmungen achten, andere profitieren mehr von der direkten Wahrnehmung des Cravings. Ein Anti-Craving-Skill bei DBT-S ist z. B. das „Urge Surfing“ oder „Wellenreiten“, bei dem die Fähigkeit trainiert wird, Suchtdruck als Welle wahrzunehmen, die kommt und wieder geht. Dabei hilft das innere Bild, sich als Surfer zu sehen, der gute Fähigkeiten hat, auf dieser Suchtdruck-Welle zu reiten, die Balance mit seinen Fähigkeiten zu halten in der Gewissheit, dass die immer größer werdende Welle irgendwann zusammenbricht und ausläuft. Süchtiges Verhalten kann jedoch auch verfestigt (konditioniert) werden, wenn dem Verlangen bei höchstem

Druck nachgegeben wird (Verstärkung). Ziel ist es, eine erhöhte Toleranz gegenüber Emotionen und suchtspezifischen Stimuli zu entwickeln. Emotionales Erleben soll im „Hier und Jetzt“ im nüchternen Zustand über Wahrnehmung und Akzeptanz neu gelernt und ausgehalten werden. Erfahrungen zeigen aber auch, dass „Urge Surfing“ mit dem hohen Schwierigkeitsgrad des Eintauchens in das Gefühl nicht von jedem Patienten angewandt werden kann.

Achtsamkeit ermöglicht, gewohnheitsmäßiges Handeln zu reflektieren, Distanz zu entwickeln und damit den sog. Autopilotmodus zu überwinden. Patienten lernen, eine Beobachterposition einzunehmen, die eine Disidentifikation mit den Erlebnisgehalten ermöglicht (z. B. „ich bin nicht mein Gefühl, ich habe ein Gefühl“). Achtsamkeit widerspricht damit süchtigem und impulsivem Verhalten. Die Prinzipien von Achtsamkeit und Akzeptanz können anhand des Rückfallverlaufschemas nach Marlatt (1985) in der DBT-S-Gruppe gut vermittelt werden. Voraussetzung für die Vermittlung von Achtsamkeit ist die eigene Achtsamkeitspraxis der Therapeuten. Patienten profitieren von der Achtsamkeit ihrer Therapeuten.

Modul „Stresstoleranz“

Borderline-Patienten mit einer Suchterkrankung setzen neben impulsivem Verhalten, Dissoziation oder parasuizidalem Verhalten häufig Suchtmittel zur Spannungsregulation ein.

Skills aus dem Modul „Stresstoleranz“ sollen eine Alternative zu dem bisher erlernten dysfunktionalen Verhalten anbieten. Ziel dieses

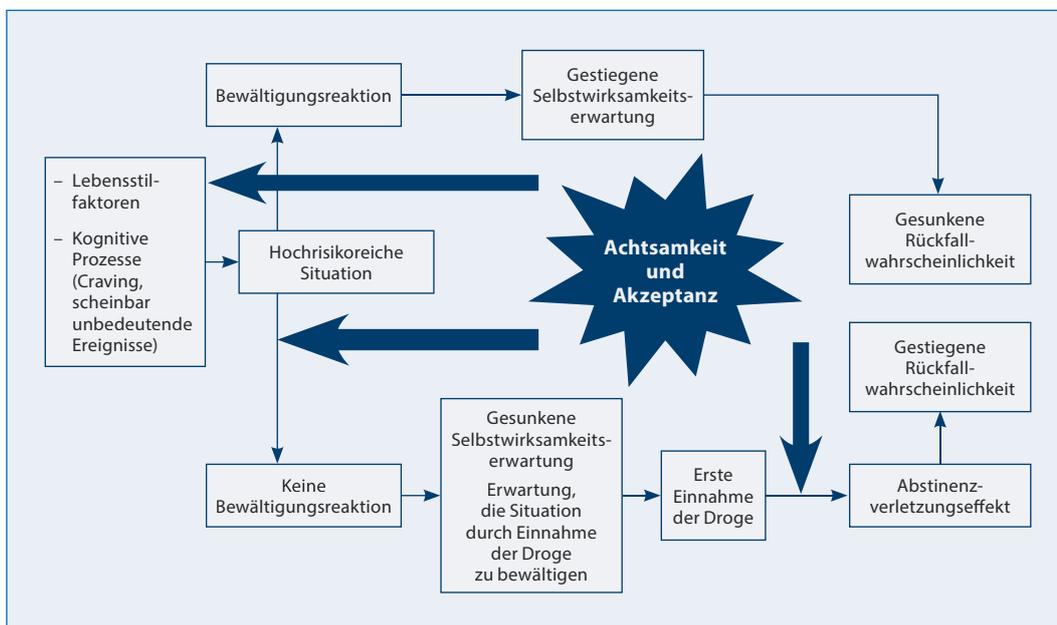


Abbildung 1
Prinzipien von Achtsamkeit und Akzeptanz im Rückfallverlauf (Marlatt, 1985)

Moduls ist es, einerseits Skills parat zu haben, die unter Hochstress schnell eingesetzt werden können, um dann weitere komplexere Skills z. B. aus dem Modul „Umgang mit Gefühlen“ anwenden zu können. Dazu gehören Skills zur Krisenbewältigung, die z. B. über starke sensorische Reize auf eine Veränderung der Situation abzielen (auf Chilischoten beißen, Kältereiz auf Haut, mit Gummiband am Handgelenk schnippen usw.). Wenn sich die Situation aktuell nicht verändern lässt, sollen Skills wie „Radikale Akzeptanz“ helfen, Wege zu finden, unangenehme Ereignisse und Gefühle zu ertragen.

Die Patienten der DBT-S-Gruppe erleben bei Suchtverlangen, das durch Anspannungszustände ausgelöst wird, die Anwendung der Skills „Ablenkung“, „Pro-und-Contra-Liste“, „Radikale Akzeptanz“ sowie „Entscheidung für einen neuen Weg“ als besonders hilfreich. Im Notfallkoffer sammeln die Patienten Skills, die bei hohen Anspannungszuständen am effektivsten helfen, sich abzulenken, zu beruhigen

sowie Stress auszuhalten. Der Notfallkoffer sollte griffbereit bei sich geführt werden.

Modul „Umgang mit Gefühlen“

Haben Patienten ihr Anspannungsniveau mit Hilfe von Skills zur Stresstoleranz herunterreguliert (auf subjektiv unter 70%) oder erleben sie Suchtdruck in einem für sie annehmbaren Anspannungsbereich, ist die Anwendung des Gefühlsprotokolls „VEIN AHA“ für viele Patienten das Mittel der Wahl im Umgang mit Gefühlen und der damit verbundenen Regulierung des Suchtverlangens. Durch dieses Gefühlsprotokoll lernen die Patienten, ihre Gefühle zu identifizieren und zu benennen („VEIN“), um dann in einem weiteren Schritt zu entscheiden, ob diese adäquat sind oder abgeschwächt werden müssten („AHA“). Suchtpatienten erwerben dadurch die Fertigkeit, Suchtdruck auslösenden Situationen neu zu begegnen und ih-

Abbildung 2

„VEIN AHA“-
Gefühlsprotokoll
(Bohus & Wolf-Arehult,
2013)

GEFÜHLSPROTOKOLL	
V:	Emotionale Verwundbarkeit (Was für Stressfaktoren liegen vor, die Sie anfällig machen?)
E:	Auslösendes Ereignis (Wer, was, wann, wo?)
I:	Interpretation (Was habe ich in der Situation als Erstes gedacht?)
N:	Emotionales Netz Kann ich ein vorherrschendes Gefühl benennen? Aktuelle Spannung oder Stärke des Gefühls (0-100):
	Wodurch wird es bestimmt (es spielen immer vier Komponenten zusammen):
	1. Gedanken (Welche Erinnerungen, Bewertungen, typische Denkmuster gehen mir durch den Kopf?)
	2. Körperreaktion (Was für eine Körperhaltung nehme ich ein, Gesichtsausdruck, Gesten, wie atme ich?)
	3. Wahrnehmung (Was nehme ich wahr, mit welchen Sinnen, worauf richte ich meine Aufmerksamkeit)
	4. Handlungsdrang (Was würde ich am liebsten tun? Was würde ich gerne sagen?)
A:	Angemessen? Ist diese emotionale Reaktion in Bezug auf das auslösende Ereignis tatsächlich angemessen und sinnvoll? (Würden die meisten Menschen oder mein/e beste/r Freundin/Freund genauso reagieren?) Falls Ja: Ist die Intensität des Gefühls in Bezug auf das auslösende Ereignis angemessen? Falls ja:
H:	Handeln! (Folgen Sie Ihrem Drang. Tun Sie das, was Ihnen Ihr Gefühl rät.) Falls Nein:
A:	Abschwächen Welche Komponenten des emotionalen Netzwerks kann ich verändern?
	1. Entgegengesetzte Gedanken (gedankenbezogene Skills):
	2. Entgegengesetzte Körperhaltung (körperbezogene Skills, Atmung):
	3. Entgegengesetzte Wahrnehmung (sinnesbezogene Skills):
	4. Entgegengesetztes Handeln (handlungsbezogene Skills):
	Aktuelle Spannung/Stärke des Gefühls nach Ausfüllen des Protokolls (0-100):

ren „Autopilotmodus“ – etwa bei Anspannung sofort zu konsumieren – verlassen zu können.

Elemente aus dem Skill „ABC Gesund“, wie angenehme Gefühle sammeln, Gymnastik/Bewegung, Schlaf, Drogen und Alkohol vermeiden, wenden die Patienten bereits zu Beginn der Therapie bei der Erstellung ihres Wochenprotokolls an. Durch die spezifische Anwendung dieser Fertigkeiten verinnerlichen sie die gesundheitsförderlichen Aspekte im Hinblick auf ihre angestrebte abstinente Lebensgestaltung.

Modul „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“

Ausgehend von dem Grundbedürfnis, sich sozial eingebunden und zugehörig zu fühlen, erschließt sich die inhaltliche Bedeutung dieses Moduls. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erleben sich häufig als Außenseiter in Gruppen oder in der Gesellschaft. Ihr soziales Zugehörigkeitsgefühl ist durch invalidierende Erfahrungen in der Vergangenheit erschüttert. Sie leiden oft unter sozialen Phobien und der ständigen Angst vor Zurückweisung. Soziale Isolierung in Verbindung mit der Unfähigkeit, alleine zu sein und Perspektivlosigkeit hinsichtlich Arbeit und Beschäftigung werden häufig beschrieben.

Für das Training und die Umsetzung der zwischenmenschlichen Fertigkeiten ist es hilfreich, wenn die Teilnehmer bereits Skills aus den Modulen „Achtsamkeit“, „Stress- und Gefühlsregulation“ erworben haben und über eine ausreichende Kontrollfähigkeit im Umgang mit ihrem Suchtmittel verfügen.

Sie üben in der Gruppe und im Alltag, ihre soziale Kompetenz im Umgang mit Beziehungen zu verbessern, ihre Kommunikationsfähigkeit hinsichtlich eines adäquaten Ausdrucks eigener Wünsche und Bedürfnisse zu schulen und dabei die Selbstachtung zu wahren. Wichtig erscheinen auch die Stärkung der Toleranz im Umgang mit Kritik und sozialer Ablehnung und der Abbau von Vermeidungsverhalten. Des Weiteren gehören dazu der Erwerb der Fertigkeiten „Grenzen zu setzen“, „Nein“ zu sagen, um etwas zu bitten und sich Hilfe zu holen.

Als hilfreich für Entscheidungen in schwierigen Situationen wird von Patienten die Gliederung von „Drei Arten der Orientierung“ betrachtet (Ziel, Beziehung und Selbstachtung), die jeder zwischenmenschlichen Situation zu Grunde liegen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Eine Patientin wird von ihrem Freund eingeladen, ein Stadtfest zu besuchen. Sie möchte ihn

einerseits gerne begleiten („Beziehung“), andererseits befürchtet sie durch den Besuch in eine Rückfallrisikosituation zu geraten, da sie sich noch nicht sicher fühlt beim Ablehnen von Alkohol („Ziel“). Sie möchte sich in dieser Situation nicht verbiegen („Selbstachtung“).

Sie hat nun diese Aspekte miteinander abzuwägen:

- Wie wichtig ist es ihr, ihr Behandlungsziel (Abstinenz) zu erreichen?
- Wie wichtig ist ihr die Beziehung zu ihrem Freund?
- Wie wichtig ist ihr ihre Selbstachtung (ihr Ziel erreichen und sich gleichzeitig kompetent und wirkungsvoll fühlen)?

In Rollenspielen werden, ähnlich wie im sozialen Kompetenztraining, typische persönliche Situationen alltagsnah aufgegriffen und durchgespielt. Die Patienten geben sich wertvolle, förderliche Rückmeldungen, auch wenn sie selbst noch nicht sicher, wirkungsvoll und zielgerichtet in sozialen Interaktionen agieren können.

Der Aufbau von zwischenmenschlichen Fertigkeiten begünstigt mittelbar das Erreichen der suchtspezifischen Ziele. Durch Handlungskontrolle und mehr Selbstwirksamkeit im Sozialverhalten, z. B. durch gelingende Abgrenzungen gegenüber Anforderungen am Arbeitsplatz, entstehen nach und nach Korrekturen in Richtung einer besseren Selbstfürsorge und eine dysfunktionale Überforderungsbereitschaft lässt nach.

Von Bedeutung für die Patienten ist auch das kontinuierliche Erleben von sozialer Zugehörigkeit in der Skillsgruppe. Dieses wirkt enorm selbstwertstärkend.

Modul „Selbstwert“

Beim Modul „Selbstwert“ handelt es sich um eine Ergänzung zu den vier ursprünglichen Modulen von Marsha Linehan. Es geht u. a. zurück auf ein von Potreck-Rose und Jakob (2015) entwickeltes Konzept zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Menschen mit einer Borderline-Störung haben Selbstwertdefizite hinsichtlich der Einschätzung der eigenen Handlungskompetenz, der körperlichen Erscheinung und der sozialen Rolle. Sie neigen zu Selbstabwertungen bis hin zum Selbsthass und leiden unter Schuld- und Schamgefühlen. Auf die damit verbundenen heftigen und aversiven Gefühle reagieren suchtkranke Patienten oft mit Suchtmittelkonsum und/oder anderem selbstverletzenden Verhalten.

Das Selbstwert-Modul ist für viele Patienten ein schwieriges Modul. Themen sind Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz und die kognitive

Arbeit an ungünstigen, negativen Grundannahmen. Zu Beginn benötigen die Teilnehmer manchmal angstreduzierende Interventionen und Verständnis für ihre Abwehrhaltungen.

Die Teilnehmer üben, ihre Wahrnehmung auf selbstschädliche Einstellungen zu lenken und diese zu benennen. Nach und nach gelingen die Anerkennung und Würdigung der oft vorhandenen Ressourcen und der Aufbau von neuen Fertigkeiten. Patienten können z. B. unter dem Aspekt „Geschafft“ von alltäglichen guten Ergebnissen aus den Bereichen Ernährung, Kochen, Putzen oder Behördenangelegenheiten berichten.

Im Wochenprotokoll wird täglich der Skill „Sich etwas Gutes tun“ geübt. Mit positiv gefärbter Aufmerksamkeit sammeln die Patienten kleine alltägliche, angenehme Aktivitäten oder Wahrnehmungen, wie z. B. einen Spaziergang mit Hund, einen Schwimmbadbesuch oder den Genuss eines Milchkaffees. Langsam entwickelt sich dadurch die Bereitschaft, an einer wohlwollenden Grundhaltung und der Verbesserung der Selbstfürsorge zu arbeiten. Patienten erleben auch durch Erfolge bei der Konsumreduzierung oder Abstinenzbewältigung Selbstwirksamkeit und Kontrolle: das können sie oft schneller als andere Leistungen selbstwertfördernd annehmen.

Dialektischer Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung oder Missbrauchsproblematik

Die am häufigsten benutzten Suchtmittel sind Alkohol und Cannabinoide. Bei jüngeren Patienten liegt oft auch ein Mischkonsum von mehreren Substanzen, insbesondere auch in Verbin-

dung mit Amphetaminen, vor. Die Teilnehmer der Gruppe bringen je nach Therapievorfahrung, Abstinenzüberzeugung, Lernfähigkeit und Veränderungsmotivation unterschiedliche Konsumgewohnheiten mit. Neben den stabil abstinenten Patienten, die beispielsweise eine Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben, gibt es Teilnehmer, die noch stärker an der Veränderung ihres abhängigen Konsums arbeiten müssen. Bei ihnen kommen kurze oder längere Suchtmittelrückfälle vor. Vereinzelt ist auch durchgängiger Konsum zu beobachten.

Erreicht der Patient im Verlauf der Behandlung keine Konsumreduzierung oder keinen Konsumstopp, wird ihm eine Entzugsbehandlung nahegelegt oder auch eine medizinische Rehabilitation empfohlen, um nachfolgend die DBT-S-Gruppe stabiler fortsetzen zu können. Konsum in alten, dysfunktionalen Mustern über einen längeren Zeitraum kann auch die Unterbrechung des Fertigkeitentrainings durch die Therapeuten zur Folge haben. Falls ein Patient intoxikiert in der Gruppe erscheint (der klinische Eindruck zählt), kann er an diesem Tag nicht teilnehmen, in der folgenden Woche aber wieder nüchtern in der Gruppe erscheinen.

Eine stabile Abstinenz der Patienten ist keine Voraussetzung zur Aufnahme in die Gruppe. Notwendig ist jedoch das Commitment der Teilnehmer zur Veränderung des Konsums und der Konsummuster.

Mit dem Ziel einer verbesserten Selbst- und Verhaltenswahrnehmung werden auftretender Suchtdruck und/oder Konsum täglich im Wochenprotokoll (Abbildung 3) mit Stärke und Dosis notiert und in der Gruppe vorgestellt. Bei Suchtmittelkonsum werden gezielt DBT-S Behandlungsstrategien vermittelt und angewandt.

Abbildung 3

Wochenprotokoll
DBT Sucht

	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Montag	Dienstag
Sich Gutes tun	Solarium	In Sonne gegessen	Essen gegangen	Nachmittags geschlafen	Körperpflege Solarium	Mit Freundin getroffen	Nägel gemacht
Tagesstruktur	2	3	3	3	2	5	4
Schlaf (in Std.)	10 Std.	10 Std.	8 Std.	6 Std.	12,5 Std.	4,5 Std.	5 Std.
Bewegung (in Std.)	1,5 Std.	0,5 Std.	0,5 Std.	0,5 Std.	1 Std.	1 Std.	0,5 Std.
Anspannung/ Selbstverletzendes Verhalten	0/Nein	0/Nein	0/Nein	0/Nein	2/Nein	0/Nein	4/Nein
Suchtdruck/Konsum	0/Nein	2/Nein	1/Nein	2/Nein	2/Nein	2/Nein	3/Nein
Auslösende Situation							Ex-Freund ist im Urlaub
Gefühle					Leicht euphorisch, hibbelig Koffein-/Nikotin-Rausch? > langsames „runterkommen“		Neid, jeder hat mehr vom Leben, erlebt was, mein Leben ist langweilig

Werte von 0 (garnicht) bis 5 (maximal)

Bereich	Fertigkeit	Wochentag, an dem Sie an diesen Fertigkeiten gearbeitet haben						
		Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di
Achtsamkeit	WAS-Fertigkeiten: – wahrnehmen – beschreiben – teilnehmen	5/4	5/3	5/3	5/4	5/3	5/4	5/4
	WIE-Fertigkeiten: – nicht bewerten – konzentriert bleiben – wirkungsvoll handeln	5/4	5/3	5/3	5/4	5/3	5/4	5/4
Stresstoleranz	Sich ablenken							
	Sich beruhigen							
	Den Augenblick verbessern							
	Vor- und Nachteile abwägen (Pro-Kontra)							
	Anti-Craving							
	Radikale Akzeptanz der Realität	5/3	5/3	5/3	5/3	5/2	5/4	
	Notfallkoffer							
	Leichtes Lächeln	5/4	5/4	5/3	5/3		5/4	
Emotionsregulation	Gefühle wahrnehmen und beschreiben (VEIN)	5/4	5/4	5/4	5/3	5/4	5/4	5/4
	Gefühle abschwächen (AHA: ggfls. handeln)							
	ABC Gesund (Anfälligkeiten verringern)							
	Positive Erfahrungen schaffen							
	Emotionssurfing							
	Vorsicht Falle (alte Brücken)							
Zwischenmenschliche Fertigkeiten	Orientierung auf das Ziel			5/4				
	Orientierung auf die Beziehung							
	Orientierung auf die Selbstachtung							
	Hilfreiche Aussagen bei störenden Gedanken							
	Bestimmt fragen			5/4				
	Bestimmt ablehnen							
Validierung/Selbstwert	Sich/andere validieren	5/3	5/3	5/4	5/3	5/3	5/4	5/3-4
	Fairer Blick							
	Dialektik							

Skala Anwendung:
 0 = habe nicht daran gedacht (vergessen)
 1 = habe nicht daran gedacht, wollte nicht (verweigert)
 2 = habe daran gedacht, nicht angewendet
 3 = habe es probiert, konnte es nicht anwenden
 4 = war nicht nötig
 5 = habe es bewusst angewendet

Skala Nutzen:
 0 = gar nicht
 1 = kaum
 2 = etwas
 3 = viel
 4 = sehr viel
 5 = maximal

Abbildung 4

Die Besprechung der Wochenprotokolle (Diary Card), (Abbildung 3), sollte möglichst in der Einzeltherapie erfolgen. Nun berücksichtigen jedoch nicht alle Einzeltherapeuten die Protokolle und damit auch nicht die zeitnahe Entwicklung des Konsumverhaltens. Aus diesem Grund erfolgt regelmäßig die Besprechung der Wochenprotokolle in der Fertigkeitengruppe.

Im Fertigkeitenprotokoll sind die Skills aufgelistet, die über die gesamte Dauer des Trainings in den Modulen vermittelt werden. In diesem Protokoll vermerken die Patienten die Anwendung und Wirkung des jeweils erlernten Skills der Woche.

Im Verlauf des Fertigkeitentrainings wird im Abstand von drei Monaten ein sog. Commitment-Block zur Überprüfung und Bearbeitung des Status Quo der Konsummuster gestartet. Anhand der Wochenprotokolleinträge

(Abbildung 3) überprüfen die Teilnehmer ihre gesteckten Ziele und ihre Therapiefortschritte. Dazu erhalten sie das Arbeitsblatt Commitment zur Veränderung des Konsumverhaltens.

Fazit und Erfahrungen aus der Praxis

- Patienten mit BPS und Abhängigkeitserkrankung profitieren von der speziellen Wirkungsweise der Kombination von DBT-Training und suchtspezifischen Fertigkeiten, also von der zeitgleichen Behandlung beider Störungen.
- Patienten mit Alkohol- oder Mischkonsum zeigen im ambulanten Setting eine große Verbindlichkeit bei der Teilnahme am Therapieprogramm. Therapieabbrüche sind eher bei Teilnehmern mit illegalem Drogen-

DBT-Wochenprotokoll:
 Fertigkeiten

Abbildung 5

Commitment
zur Veränderung
des Konsumverhaltens

COMMITMENT ZUR VERÄNDERUNG DES KONSUMVERHALTENS

1a. Meine Konsummittel sind:

1. _____

2. _____

3. _____

1b. Andere Formen süchtigen Verhaltens (stoffungebunden):

1. _____

2. _____

3. _____

2. Mein Konsumverhalten ist:

a) Suizidales/parasuizidales Verhalten, weil _____

b) Selbstschädigendes Verhalten, weil _____

c) Therapieschädigendes Verhalten, weil _____

d) Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt, weil _____

3. Mein Ziel zur Veränderung meines Konsumverhaltens ist:

4. Der nächste konkrete Schritt dazu ist:

5. Welche Belohnung gebe ich mir, wenn ich den Schritt vollzogen habe?

6. Was tue ich, wenn ich den Schritt nicht umsetze?
z.B.: Pro-Kontra, Verhaltensanalyse (ab wann Suchtdruck, Rückfall)

konsum zu beobachten (Schmetterlingsphänomen).

- Borderline-Patienten setzen Suchtmittel u. a. zur Regulierung von Emotionen und Spannungszuständen ein. Sie zeigen ein spezifisches Trink- bzw. Konsumverhalten, welches stark abhängig vom jeweiligen Anspannungsniveau ist, oft episodisch auftritt und schnell wieder gestoppt werden kann oder sich abwechselt mit längeren Abstinenzphasen. Borderline-typische Auslöser für Rückfälligkeit stehen häufig im Zusammenhang mit intensiven Affekten in selbstwertrelevanten Partnerschafts- oder zwischenmenschlichen Konflikten.
- Substanzkonsum wird im Sinne einer Selbstmedikation außerhalb der Therapiezeiten toleriert, solange noch keine ausreichenden oder funktionaleren Fertigkeiten zur Verfügung stehen.
- Patienten verändern erfolgreich ihr Konsumverhalten und erreichen ihre Ziele im Umgang mit Suchtmitteln durch das therapeutische Prinzip der „Dialektischen Abstinenz“: Therapeuten achten auf eine gute Balance zwischen radikaler Akzeptanz der (Patienten-) Realität und der Förderung von

Veränderungsbereitschaft. Das heißt hier konkret: Akzeptanz des individuell Erreichbaren auf der einen Seite und Veränderung durch das sukzessive Erlernen und Einsetzen wirkungsvoller Fertigkeiten auf der anderen Seite.

- Patienten erlernen Skills und wenden sie erfolgreich rückfallprophylaktisch an.
- Patienten entwickeln Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle.
- Auch für abstinent lebende Patienten funktioniert die Mischung mit noch nicht abstinentfähigen Patienten gut; sie bleiben stabil und können den Anderen durch eigene Erfahrungen und Vorbildfunktion Unterstützung geben. Ganz allgemein ist zu beobachten, dass die Patienten gegenseitig vom unterschiedlich suchtspezifischem Erfahrungsstand und Veränderungserfolgen profitieren. Sie lernen von einander.
- Patienten gehen in der Gruppe offen mit Rückfälligkeit um und zeigen ernsthafte Bereitschaft zur Veränderung des Suchtmittelkonsums.
- Patienten kommen nüchtern – entgegen der vorherrschenden Meinung, Suchtpatienten seien unzuverlässig – und melden sich

in der Regel bei Rückfälligkeit telefonisch ab.

Ausblick

DBT ist ein umfassendes Therapiekonzept, das ursprünglich für Frauen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und schwerem selbstverletzenden und suizidalen Verhalten konzipiert wurde. Hierfür ist DBT gut evaluiert und verringert Suizidalität und die Notwendigkeit stationärer Behandlungen. Patienten mit einer Borderline-Störung leiden neben der zentralen Störung der Emotionsregulation auch unter weiteren komplexen Störungsbildern. Darum wurde das DBT-Konzept schon früh durch spezifische Therapiemodule zur zeitgleichen Mitbehandlung komorbider Störungsbilder erweitert. Suchtstörungen sind häufige Begleiterkrankungen von Menschen mit einer BPS. Die Mitbehandlung der Suchtprobleme gestaltet sich oft schwierig und führte oft zu Therapieausschlüssen. Umso wichtiger war die Entwicklung von DBT-S. Diese spezialisierte Therapieform konnte sich jedoch nur an wenigen Zentren in Deutschland etablieren und erfuhr in der Implementierung oft noch Modifikationen. Eine positive, evidenzbasierte Wirkung von DBT-S ist bislang nur in wenigen Studien und ausschließlich bei Frauen nachgewiesen. Erschwerend offenbarte sich in aktuellen Untersuchungen von DBT, dass die langfristige soziale Integration und die Heranführung an ein zufriedenstellendes, sinnerfülltes Leben problematisch bleibt (Bohus, 2016; Sinnaev et al., 2015; Wilks et al., 2016). An dieser Stelle gibt es möglicherweise im Suchtbereich eine passende, ergänzende Therapiemethode: Community Reinforcement Approach (CRA) wurde in den frühen 1970er-Jahren in den USA entwickelt und setzt vor allem auf individuell zu definierende Verstärker als tragende Motivation für die Abstinenzbereitschaft der Patienten (Meyers & Smith, 2011). CRA rückt den Einzelnen und die therapeutische Unterstützung bei der Verwirklichung individuell sinnstiftender Ziele in den Mittelpunkt der Behandlung. Das Verfahren wird seit ein paar Jahren in einer an deutsche Verhältnisse mit sozialpsychiatrischen und anthropologischen Denktraditionen adaptierten Version in einigen Suchthilfeeinrichtungen und Regionen implementiert (Reker, 2013; Stuppe et al., 2013). Der sinnstiftende Aspekt von CRA in der Behandlung von Suchtkranken, eingebettet in eine primär verhaltenstherapeutische Methode, ließe sich gut mit den therapeutischen Eckpfeilern von DBT für die Behandlung von Menschen mit einer Emoti-

onsregulationsstörung kombinieren. Es gibt bislang aber keine Studien zur Wirksamkeit der Kombination von DBT/DBT-S und CRA.

Literatur

- Armbrust, M & Ehrig, C. (2016). Skillstraining für Patienten mit Borderline-Störung. *PSYCH update*, 10, 67-84. doi:10.1055/s-0041-103702.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K. & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality. Disorder receiving dialectical behavior therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 37 (1), 37-42. doi: 10.3109/00952990.2010.535582.
- Beckstead, D. J., Lambert, M. J., DuBose, A. P. & Linehan, M. (2015). Dialectical behavior therapy with American Indian/Alaska native adolescents diagnosed with substance use disorders: Combining an evidence based treatment with cultural, traditional, and spiritual beliefs. *Addict Behav*, 51, 84-87. doi:10.1016/j.adbeh.2015.07.018.
- Bohus, M. (2015). *Was gibt es Neues in der Welt der DBT?* Köln: Netzwerktreffen Dachverband DBT.
- Bohus, M. (2016). *Neues vom Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT)*. 37. Rundbrief, Juni 2016.
- Bohus, M. & Berger, M. (2006). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach M. Linehan. *Nervenarzt*, 67, 911-923.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (Hrsg.) (2013). *Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Bornoalova, M. A. & Daughters, S. B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 27, 923-943.
- Burmeister, K., Höschel, K., von Auer, A. K., Reiske, S. et al. (2014). Dialektisch Behaviorale Therapie – Weiterentwicklungen und empirische Evidenz. *Psychiat Prax*, 41, 242-249. doi: 10.1055/s-0034-1369905.
- Dachverband Dialektische Behaviorale Therapie (2017). *DBT-Behandlungseinheit oder DBT-A-Behandlungseinheit (Schwerpunkt Adoleszente)*. Zugriff am 31.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.dachverband-dbt.de/index.php/2-uncategorised/31-dbt-behandlungseinheit>
- Dimeff, L. A. & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4 (2), 39-47.

- Fromberger, U. & Contu, S. (2017). *Borderline-Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung*. Klinik an der Lindenhöhe. Zugriff am 31.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.klinik-lindenhoehe.de/Home/Themen/Medizin/Psychiatrie-Psychotherapie-Psychosomatik-Erwachsene/Borderline-Persoenlichkeitsstoerungen-und-Suchterkrankungen.aspx>
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Kiefer, F. & Koopmann, A. (2017). *Dialektisch Behaviorale Therapie Sucht (DBT-S)*. Flyer der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin – Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim. Zugriff am 31.07.2017. Verfügbar unter: https://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/behandlung/sucht/Flyer_Haupt_Sucht_Station_DBT.pdf
- Kienast, T. (2011). *Dialektisch Behaviorale Therapie bei Borderline-Störung als Komorbidität*. Vortrag, Schwerin, 14.12.2011.
- Kienast, T. (2013). Modul Umgang mit Sucht. In: Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (Hrsg.), *Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten. Das Therapeutenmanual*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Kienast, T. (2016). Sucht und Dialektisch-behaviorale Therapie. *Persönlichkeitsstörungen*, 20, 57-61.
- Kienast, T. & Bempohl, F. (2013). Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komorbider Abhängigkeitserkrankung. *Psychotherapie*, 18 (1), 77-94.
- Kienast, T. & Foerster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Curr Opin Psychiatry*, 21 (6), 619-624. doi:10.1097/YCO.0b013e32830d365c
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F. & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Dtsch Arztebl Int*, 111 (16), 280-286. doi:10.3238/arztebl.2014.0280
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M. & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther*, 51 (8), 411-416. doi:10.1016/j.brat.2013.04.008
- Kröger, C., Roepke, S. & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 60, 46-52. doi:10.1016/j.brat.2014.07.001
- Linehan, M. M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A. et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*, 1, 67 (1), 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H. 3rd, Dimeff, L. A., Craft, J. C. et al. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*, 8 (4), 279-292.
- Lüdecke, C., Lüdecke, D., Scarpinato-Hirt, F. (2015). DBT in der Suchtbehandlung: Das Göttinger Modell. *Suchttherapie*, 16, 75-81. doi:10.1055/s-0035-1548926
- Lüdecke, C., Lüdecke, D., Mandrek-Ewers, D., Scarpinato-Hirt, F. (2017). Das Göttinger Modell – ein dialektisch-behavioral basiertes Therapieprogramm in der Suchtbehandlung. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 3, 160-168.
- Marlatt, G. A. (1985). Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt, G. A. & Gordon, J. (Eds.), *Relapse prevention* (pp. 128-200). New York: Guilford.
- Mayer-Bruns, F., Lieb, K., Dannegger, E. & Jacob, G. A. (2005). Dialektisch-behaviorale Therapie in der stationären Alkoholentwöhnung. *Nervenarzt*, 76, 339-343. doi:10.1007/s00115-004-1860-y.
- Meyers, R. J. & Smith, J. E. (2017). *CRA-Manual zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Erfolgreich behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich*. (Übersetzt und überarbeitet von Lange, W., Kunz, S., Reker, M.) 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Miller, R. M. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing*. 3. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Philipsen, A. (2017). *Station S1 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg*. Zugriff am 31.07.2017. Verfügbar unter: https://www.karl-jaspers-klinik.de/Behandlung/Kliniken/Universitaetsklinik_fuer_Psychiatrie_und_Psychotherapie/
- Pohl, U. & Salbach, H. (2006). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Störung nach Marsha M. Linehan – Kompakt I*. Berlin: AWP.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2015). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change – applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, 47, 1102-1114.
- Reker, M. (2013). Zur Implementation eines evidenzbasierten Therapieverfahrens in die deut-

sche Suchtkrankenversorgung: Der Community Reinforcement Approach. *Suchttherapie*, 14, 64-71.

Rizvi, S. L., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D. & Linehan, M. M. (2011). A pilot study of the DBT coach: an interactive mobile phone application for individuals with borderline personality disorder and substance use disorder. *Behav Ther*, 42 (4), 589-600. doi:10.1016/j.beth.2011.01.003

Sinnaeve, R., Bosch, L. & Steenbergen-Weijenburg, K. M. (2015). Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder – a systematic review of measures and efficacy. *Personality and mental health*, 9 (3), 173-194. doi:10.1002/pmh.1296

Station für Borderline mit Abhängigkeitserkrankung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Schön-Klinik Hamburg-Eilbeck (2017). Zugriff am 31.07.2017. Verfügbar unter: <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil/faz/psychiatrie/sp/>

Stotts, A. L. & Northrup, T. F. (2015). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychology*, 2, 75-81. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.028

Stuppe, M., Froesa, G. & Pinzke, R. (2013). Community Reinforcement Approach in einer psychiatrischen Klinik. *Suchttherapie*, 14, 56-63.

van den Bosch, L. M., Verheul, R., Schippers, G. M. & van den Brink, W. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.

Voss, M. (2017). *Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)*. Suchtmedizinische Station St. Felicitas (34) des St.-Hedwig-Krankenhauses Berlin. Zugriff am 31.07.2017. Verfügbar unter: http://www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de/st_hedwig_krankenhaus/unsere_angebote/krankenhaus/hilfen_bei_psychischen_erkrankungen/puk_der_charite_im_st_hedwig_krankenhaus/unsere_behandlungsangebote_im_ueberblick/stationaere_angebote/suchtmedizinische_station_st_felicitas_34/dialektisch_behaviorale_therapie_dbt/

Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S. & Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. *Behavior Research and Therapy*, 77, 162-169. doi:10.1016/j.brat.2015.12.013

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E. et al. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155, 1733-1739.



Dr. Markus Stuppe

Chefarzt der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen
DBT-Therapeut, DDBT
Carl-Friedrich-Flemming-Klinik
HELIOS Kliniken Schwerin
markus.stuppe@helios-kliniken.de



Regina Behnert

Dipl.-Sozialpädagogin
Suchttherapeutin
(VDR, verhaltenstherapeutisch orientiert)
DBT-Therapeutin für Sozial- und
Pflegerberufe, DDBT
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld
regina.behnert@evkb.de



Kornelia Fricke-Drink

Dipl.-Sozialarbeiterin
Suchttherapeutin (VDR, analytisch orientiert)
DBT-Therapeutin für Sozial- und
Pflegerberufe, DDBT
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld
kornelia.fricke@evkb.de

Das Göttinger Modell – ein dialektisch-behavioral basiertes Therapieprogramm in der Suchtbehandlung

Christel Lüdecke, Daniel Lüdecke, Dominika Mandrek-Ewers & Francesca Scarpinato-Hirt

Dialektisch-behaviorale Therapie nach Marsha Linehan

Die amerikanische Psychologie-Professorin Marsha Linehan entwickelte in den 1980er-Jahren ein psychotherapeutisches Verfahren zur ambulanten Behandlung chronisch suizidaler Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) (Linehan, 1996a; b). DBT ist eine kognitiv-behaviorale Therapieform, die Elemente aus humanistischen und körperorientierten Therapieverfahren (Hypnotherapie, Gestalttherapie) integriert und um Prinzipien des Zen-Buddhismus erweitert.

Sie entstand aus der Motivation heraus, dieser psychisch schwer gestörten und kaum auf damalige psychotherapeutische Verfahren ansprechenden Patientengruppe eine Behandlungsperspektive zu bieten. Während psychodynamische konfliktzentrierte Therapiemethoden sich für dieses Klientel als viel zu mobilisierend erwiesen, zeigte sich klassische Verhaltenstherapie oft als zu direktiv, zu wenig validierend und zu konfrontativ.

Die DBT, ursprünglich zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt, ist eine kognitiv-behavioral orientierte Therapieform, die bei Akzeptanz für dysfunktionales Verhalten chronischer psychischer Störungen gleichzeitig dessen Veränderung anstrebt.

Erklärungsmodell zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Als Ursache der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird eine Störung der Stressverarbeitung und der Emotionsregulation gesehen (Bohus & Bathruff, 2000). Geringe Anlässe führen bei Betroffenen zu starken, lang anhaltenden und aversiv erlebten Spannungszuständen. Die auftretenden Affekte können so kaum differenziert werden. Das „Gefühlschaos“ erleben die Betroffenen als bedrohlich. Klinisch wer-

den Symptome einer zentralen Stressverarbeitungsstörung gesehen. Neurobiologische Untersuchungen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen ebenfalls komplexe Veränderungen der Stressverarbeitung. Auffällig ist z. B. eine Überaktivierung der Amygdala (Mandelkern) (Herpertz, 2003; Jeung & Herpertz, 2014). Anamnestisch lassen sich bei Betroffenen häufig traumatische Erfahrungen, insbesondere Bindungstraumatisierungen, finden (Herman, Perry & van der Kolk, 1989; Zanarini & Lewis, 1997), die sich negativ auf die Stressverarbeitungskapazität auswirken. Die Überaktivierung limbischer Strukturen bei gleichzeitiger Störung der präfrontalen Hemmung resultiert in Emotionsregulationsstörungen. Diese bezeichnet die DBT als „übersteuerte Störungen“. Zu ihrer Behandlung wurde die DBT entwickelt. Die Wirksamkeit wurde neben Borderline-Persönlichkeitsstörungen auch für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Binge Eating Disorders und andere Störungen mit „Übersteuerung“ empirisch nachgewiesen (Linehan, Dimeff, Reynolds et al. 2002; Linehan, Comtois, Murray et al. 2006; Burmeister, Höschel, von Auer et al. 2014). Auch Suchterkrankungen werden der Kategorie übersteuerter Störungen zugeordnet. Sie weisen zudem hohe Komorbiditätsraten mit affektiven Störungen, Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen auf.

In der DBT hat Linehan die klassische kognitive Verhaltenstherapie um die Prinzipien der Akzeptanz und Dialektik erweitert und dadurch grundlegend verändert. Der Begriff der Dialektik beschreibt in der Philosophie eine alte, klassische Form der Wahrheitsfindung: aus der Verknüpfung von scheinbaren Widersprüchen wird auf einer höheren Betrachtungsebene mehr Wahrheitsgehalt gewonnen. Durch die Dialektik werden in der DBT Symptome, Probleme, Einschränkungen und Leid, die durch eine psychische Störung verursacht werden, akzeptiert und gleichzeitig Veränderung und Besserung durch therapeutische Hilfe angestrebt. Akzeptanz, vermittelt durch Validie-

rung, wird dabei nicht als aufgebende, passive oder gar gutheiße Haltung verstanden, sondern als Voraussetzung für Veränderung und Heilung. Durch validierende, d. h. wertschätzende Äußerungen wird deutlich gemacht, dass dysfunktionale Verhaltensweisen therapeutisch nachvollzogen werden können. Dabei werden die Möglichkeiten, die dem Patienten in der Bewältigung der von ihm geschilderten Situation zur Verfügung standen, berücksichtigt. Veränderung hingegen wird angeregt durch Anwendung klassischer kognitiv-behavioraler Therapiestrategien wie Kontingenzmanagement, Anleitung zur Selbstbeobachtung, Verhaltensanalyse und kognitive Umstrukturierung.

Die Struktur der DBT besteht aus den Therapieelementen Einzeltherapie, Telefonberatung, Supervision und Skillstraining (Fertigkeitstraining) in der Gruppe. Die Einzeltherapie ist thematisch streng hierarchisiert: Suizidalität vor therapiegefährdendem Verhalten, vor Verbesserung der Lebensqualität vor Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten.

Im Gruppen-Skillstraining wird ähnlich wie im Unterricht gelernt, wie dysfunktionales, schädigendes Verhalten durch gezielten Einsatz neu erworbener, funktionaler Fertigkeiten abgebaut werden kann (Linehan, 1996b). Patienten sollen befähigt werden, funktionale Kontrolle über Gedanken, Gefühle, Handlungen und Situationen zu erlangen.

Neben der Hierarchisierung von Therapiezielen bildet das Skillstraining zur Verbesserung der Kontrollfähigkeit über dysfunktionales Verhalten einen wesentlichen Bestandteil der DBT.

Das klassische Manual des Skillstrainings nach M. Linehan besteht aus vier Modulen:

1) *Achtsamkeit:*

Im Zen-Buddhismus kann der Mensch durch Achtsamkeit im „Hier und Jetzt“ konzentriert und wertfrei aufmerksam sein. Diese Fähigkeit kann erlernt und trainiert werden. Skills zur Aufmerksamkeitslenkung helfen, eine Stärkung der Beobachterposition, innere Ruhe und Besserung der Konzentrationsfähigkeit zu erreichen. Belastende Kognitionen und Emotionen können so distanzierter wahrgenommen werden. Durch Achtsamkeit kann Akzeptanz eingeleitet und gestärkt werden.

2) *Umgang mit Gefühlen:*

In diesem Modul werden Skills zur Affektstabilisierung, -differenzierung und -benennung vermittelt. Sie ermöglichen einen Umgang mit starken, schwer aushaltbaren Emotionen.

3) *Stresstoleranz:*

Das Modul dient dem Erlernen von Skills zu konstruktiver Bewältigung von Spannungs- und Stresszuständen. Impulsive, destruktive oder suizidale Verhaltensweisen sollen abgebaut und durch funktionale weniger schädigende Verhaltensweisen ersetzt werden.

4) *Zwischenmenschliche Fertigkeiten:*

Fertigkeiten, die Beziehungen stabilisieren und erhalten sowie Beziehungs- und Empathiefähigkeit verbessern. Angst vor dem Alleinsein soll abgebaut werden.

DBT in der Suchtbehandlung

Nach heutigem Wissensstand haben Suchterkrankungen eine neurohormonale Grundlage und sind willentlich nur in begrenztem Maße zu kontrollieren (von der Goltz & Kiefer, 2009). Sie werden als psychische Störung und neuroendokrinologische Erkrankung akzeptiert (Lüdecke, Sachsse & Faure, 2010; Kalivas & Volkow, 2005) und nicht mehr mit Charakterschwäche oder sozialer Deviation assoziiert. Limbische Hirnstrukturen (mesolimbisches Belohnungssystem) und präfrontaler Kortex sind allen voran an der Suchtentwicklung beteiligt. Bei Suchterkrankungen befinden sich diese im Ungleichgewicht – zugunsten der mesolimbischen Belohnungsstrukturen (Nestler, 2005). Deshalb können auch Suchterkrankungen den „übersteuerten Störungen“ zugeordnet werden.

Klinisch sehen wir Störungen der Impulskontrolle in Bezug auf Suchtmittelkonsum mit Entwicklung von Craving und Suchtmittelrückfällen, geschwächten Ich-Funktionen und Störungen der Affektregulation (Weiss, 2005). Die Entwicklung der Funktionen des zentralen Stressbewältigungssystems wird durch psychosoziale Stressoren wie Bindungstraumatisierungen nachhaltig beeinträchtigt. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen weisen veränderte Stressaktivitäten und Stressantworten auf (Joffe & Grueter, 2014; Fareed, Eilender, Haber et al. 2013). Die Labilisierung des Stressverarbeitungssystems entsteht einerseits in der Suchterkrankung selbst und ist durch den Wechsel von Intoxikationen und Suchtmittelentzügen bedingt. Zudem weisen Abhängigkeitsstörungen hohe Komorbiditäten mit affektiven Störungen, Traumafolgestörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf (Teicher & Samson, 2013). Je nach Studienlage finden sich bis zu 80 Prozent komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei polytoxikomanen Patienten und bis zu 50 Prozent bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit (Barth, 2011). Auch kann

eine deutlich erhöhte Traumatisierungsrate von 70 bis 90 Prozent bei Suchterkrankten gefunden werden. Schwere Traumafolgestörungen sind bei 34 Prozent der Menschen mit polytoxikomanen Konsummustern incl. des Opiattypus und bei 15 Prozent der Alkoholkranken zu finden (Driessen, Schulte, Lüdecke et al., 2008).

So betrachtet gehören auch die Suchterkrankungen zu Störungen des zentralen Stressverarbeitungssystems (von der Goltz & Kiefer, 2009; Kalivas & Volkow, 2005; Nestler, 2005; Weiss, 2005). Suchtmittel werden dann häufig als Stressregulans im Sinne einer Selbstmedikation aufgrund ihrer spezifischen oder allgemein dämpfenden Wirkung eingesetzt (Khantzian, 1985). Die positiv erlebte Wirkung begünstigt wiederum die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen.

Aus diesen Zusammenhängen heraus ist die klinisch erfolgreiche Anwendung der DBT bei Menschen mit Suchterkrankungen gut erklärbar.

Modifikation der dialektisch-behavioralen Therapie für die Behandlung suchtkrankter Menschen

Der Suchtmittelkonsum ist bei Abhängigkeitsstörungen das spezifische dysfunktionale Verhalten, um aversive Zustände zu mildern oder angenehme Gefühle zu verstärken. Durch die positive Erstwirkung der Suchtmittel, Toleranzentwicklung, zentralen Rezeptoradaptation – und bei Fortschreiten der Suchterkrankung auch durch Entzugserscheinungen – wird vermehrt Suchtverlangen (Craving) ausgelöst. Craving trägt somit wesentlich zur Aufrechterhaltung der Suchterkrankung bei. Zentrales Symptom der Suchterkrankung ist der Suchtmittelkonsum: zunächst als dysfunktionale Bewältigungsstrategie, später um Entzugssymptomen entgegenzuwirken. Craving und unkontrollierter Suchtmittelkonsum sind die Kernsymptome der Suchterkrankungen und müssen in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine zentrale Rolle spielen. DBT in der Suchttherapie muss vorrangig auf die Bewältigung und Besserung dieser dysfunktionalen Verhaltensweisen abzielen (Mayer-Bruns, Lieb, Dannager et al., 2005). Deshalb wurde das Skillstraining suchtspezifisch erweitert. Kenntnisse über Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen werden vermittelt. Die ursprünglichen Module wurden durch Einflechtung suchtspezifischer Skills zum besseren Umgang mit Suchtverlangen, Vermeidung von Rückfällen, Entwicklung alternativer Hand-

lungsstrategien, Selbstfürsorge mit Verzicht auf Suchtmittelkonsum und Aufbau positiver Aktivitäten statt Konsum verändert. Die dialektische Haltung der DBT ergänzt die therapeutische Haltung in der Suchttherapie, weshalb sie sich auch unproblematisch zur Erweiterung konventioneller Behandlungskonzepte in der Suchtbehandlung eignet.

Suchtbehandlung und Dialektik

Dialektik in der Suchtbehandlung ermöglicht die Akzeptanz der Sucht als chronische Erkrankung bei gleichzeitigem Bestreben nach Veränderung des Konsumverhaltens. Am Pol der Akzeptanz sind in der dialektischen Beziehungsgestaltung mit Suchtkranken Validierungsstrategien notwendig. Konsummuster, psychosoziale Schwierigkeiten im Umfeld des Patienten, Rückfälle, suchtassoziiertes Verhalten und somatische Erkrankungen werden akzeptiert, ohne zu verurteilen. Der Suchttherapeut kann das Verhalten des Patienten aufgrund seiner bisherigen Lebensgeschichte, der momentanen Situation und der Schwere der Suchterkrankung nachvollziehen. Der Patient fühlt sich so verstanden und wertgeschätzt.

Auch für den Behandler selbst ist eine dialektische Sicht auf die Suchterkrankung sinnvoll: Suchtmittelrückfälle werden nicht als eigenes therapeutisches Versagen interpretiert, die professionelle Distanz ist leichter zu halten. Patienten können besser vor Versagens- und Schuldzuschreibungen geschützt werden. Dennoch ist in der Suchtbehandlung Veränderung das angestrebte Ziel. Die dialektische Sicht ergänzt die therapeutische Haltung des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2004) der Suchttherapie. Möglicherweise eignet sich auch deshalb die DBT unproblematisch zur Erweiterung konventioneller Behandlungskonzepte in der Suchtbehandlung.

Skillstraining in der Suchtbehandlung: Das Göttinger Modell

Während die verhaltenstherapeutischen Methoden aus der DBT direkt in die Suchtbehandlung übernommen werden konnten, musste das Skillstraining für die Belange Suchtkrankter verändert werden. Zentrale Punkte der Behandlung zielen auf zentrale Phänomene der Suchterkrankung: das Craving als Hauptsymptom, den Suchtmittelkonsum als Hauptbewältigungsstrategie sowie den Ambivalenzkonflikt, der – anders als bei Borderline-Störungen – im Vordergrund steht. Auf Cravingkontrolle und

Veränderung des Konsumverhaltens wird der Therapieschwerpunkt gelegt. Der Ambivalenzkonflikt ist charakteristisch für die Suchterkrankung: Suchtmittelkonsum ist meist nicht aversiv besetzt, weil er positive Gefühlszustände hervorrufen kann. Patienten haben auf der emotionalen Ebene Schwierigkeiten, auf den Suchtmittelkonsum zu verzichten, obwohl ihnen auf der kognitiven Ebene gleichzeitig die negativen Folgen des Konsums bewusst sind und sie konsekutiv Suchtmittelverzicht anstreben.

Das Skillstraining zur Behandlung von Suchterkrankungen ist manualisiert (Burmeister, Höschel, von Auer et al., 2014). Es enthält fünf Module, die nachfolgend vorgestellt werden.

Das Göttinger Modell: Die fünf Module des Skilltrainings

Modul „Basis-Sucht I und II“

In diesen beiden Modulen werden Patienten zur vertieften Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung angeregt. Psychoedukative Elemente unterstützen die Krankheitseinsicht. Das Phänomen der Ambivalenz und des Ambivalenzkonfliktes wird eingeführt und mit neurobiologischen Erklärungsmodellen (Grawe, 2004) der Suchterkrankung verknüpft. Unbewusste und bewusste Suchtmechanismen werden dargestellt und erarbeitet. Abschließend wird eine Entscheidungsfindung im Umgang mit der eigenen Suchterkrankung entwickelt.

Modul „Stresstoleranz-Sucht“

Dieses Modul beschäftigt sich mit dem funktionalen Umgang mit Craving, Stress und Spannung. Die Patienten lernen, ihr Stressniveau zu erkennen, Zusammenhänge zwischen Stress und Craving wahrzunehmen und Skills zur Reduzierung von Craving und Stress zu entwickeln. Die Skills müssen dabei die Kriterien der Effektivität, schnellere Verfügbarkeit, Effizienz und leichtere Einsetzbarkeit erfüllen. Patienten erarbeiten zum Abschluss des Moduls ihren „Notfallkoffer“ für starkes Suchtverlangen bzw. Hochstress mit konkreter Skillsammlung.

Modul „Achtsamkeit-Sucht“

Die Lenkung der Aufmerksamkeit steht in diesem Modul im Fokus. Patienten lernen die Begriffe der äußeren und inneren Aufmerksam-

keit kennen. Sie lernen, die Aufmerksamkeit gezielt zu lenken und damit inneren Vorgängen wie Suchtverlangen oder Triggerreizen im Außen zu entgehen. Eine wahr- und teilnehmende Haltung im „Hier und Jetzt“ sowie eine neutrale Beobachterposition werden eingeübt. Der Begriff der Akzeptanz wird auf die Suchterkrankung angewendet.

Modul „Gefühle-Sucht“

In diesem Modul werden die Zusammenhänge zwischen Gefühlen, Suchtverlangen und Rückfällen erarbeitet. Die Patienten lernen, ihre Gefühle wahrzunehmen, zu benennen und einzuordnen. Techniken zur emotionalen Regulation werden vermittelt. Eine wichtige Rolle spielen hier auch die körperstärkenden Skills, die unmittelbare Auswirkung auf die Affektlage haben: regelmäßiges Essen, Trinken, Schlafen, Medikamenteneinnahme, Bewegung etc.

Das Göttinger Modell: Anwendung des Skilltrainings in verschiedenen Settings

Im Folgenden wird die Durchführung des Skilltrainings in der Suchtbehandlung in unterschiedlichen Settings beschrieben. All diesen Settings ist gemeinsam, dass eine Behandlung in der Gruppe von einem Therapeuten und wenn möglich auch von einem Co-Therapeuten geleitet wird. Die Dauer einer Gruppensitzung beträgt 45 Minuten. Die Dauer der Einheit trägt der oftmals reduzierten Konzentrationsfähigkeit von Suchtpatienten Rechnung, z. B. bei höherer Dosierung eines Substitutes zur Behandlung der Opiatabhängigkeit oder im Entzug. Die Gruppengröße sollte auf acht bis zehn Personen begrenzt sein. Das Skillstraining beginnt ritualisiert mit einer Achtsamkeitsübung. So werden Konzentration und die Fähigkeit, die Gegenwart gezielt wahrzunehmen, gefördert. Die regelmäßige Anwendung bewirkt einen positiven Einfluss auf stressverarbeitende Systeme. Das Training der Aufmerksamkeitslenkung besteht aus der Durchführung einer inneren und einer äußeren Achtsamkeitsübung im Wechsel. Es ist das sogenannte „Switching“. Jedes Training zur Stärkung der inneren Beobachterposition und Reflektionsfähigkeit wird durch ein „Blitzlicht“ mit der Frage nach dem persönlichen Benefit der Teilnehmer durch das Training beendet. Im Skillstraining findet Wissensvermittlung statt, ähnlich wie im Schulunterricht. Es wird Lernstoff vermittelt, und Patienten können zu einzelnen Fragestellungen auch ihre persönlichen

Erfahrungen beisteuern. Diese Darstellungen sollen keinen Jargon aus suchtkonsumierenden Peers oder triggernde Beschreibungen beinhalten. Bei detaillierten Berichten zu individuellen Lebensumständen werden die Patienten auf die Einzeltherapie verwiesen. Beiträge im Zusammenhang mit alternativen Handlungsstrategien und zur Anwendung von Skills hingegen können auch ausführlich sein. Auf interpersonelle Probleme wird nicht eingegangen. Die Patienten werden auf ihre Möglichkeiten, ihre Ressourcen und ihre vielleicht schon erlernten Skills verwiesen, die sie zur Bewältigung der gegenwärtigen Situation brauchen.

Zusätzlich können Patienten ein Einzel-skillstraining erhalten: eingeflochten in die Einzeltherapie oder pflegerisch geleitet im stationären bzw. teilstationären Setting. Dieses kann als eine andere Form der zeitlich begrenzten Bezugspflege verstanden werden. Im Rahmen des Einzelskilltrainings werden in sechs bis acht Sitzungen mit Arbeitsblättern aus dem Modul „Stresstoleranz-Sucht“ Skills erarbeitet, die für den Patienten in seiner spezifischen Situation durchführbar und funktional sind. Es wird ein „Notfallkoffer“ erstellt, dessen Inhalt vor dysfunktionalen Verhaltensweisen schützen soll. Er beinhaltet funktionale Skills, die der Patient bei Hochstress bzw. Suchtverlangen anwenden kann. Auch Skills aus dem Niedrigstressbereich können erarbeitet werden. Diese Fertigkeiten fokussieren nicht auf Minderung starker Anspannung oder von Suchtverlangen, sondern auf das Wohlfühlen und Auftanken von Energie. Das Einzelskillstraining beinhaltet eine zeitlich begrenzte Bindung, damit der Patient möglichst unabhängig und selbständig einen besseren Umgang mit sich selbst erlernt.

1. Integration in ambulante Behandlungskonzepte – Die psychiatrische Institutsambulanz

In der Suchtambulanz der psychiatrischen Institutsambulanz wird fortlaufend einmal wöchentlich ein Gruppen-Skillstraining à 45 Minuten angeboten. Patienten werden in einer ebenfalls einmal wöchentlich stattfindenden Informationsgruppe rekrutiert. Der Einstieg in das Training ist immer zu Beginn eines Moduls möglich. Die Dauer der Bearbeitung aller fünf Module beträgt circa 1½ Jahre. Das Curriculum kann in seiner Gesamtheit besucht werden, auch mehrfach. In Absprache mit dem Einzeltherapeuten kann die Teilnahme auch nur auf einzelne Module beschränkt werden. Eine Einzeltherapie ist neben dem Skillstraining in der Gruppe dringend erwünscht. Sie kann an ver-

schiedenen Stellen im Suchthilfesystem wahrgenommen werden. Das ambulante Skillstraining stellt somit kein konkurrierendes Angebot zu anderen ambulanten Suchttherapien dar, sondern benötigt sie, um besonders effektiv zu sein. Intervision und Austausch zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten findet alle drei Monate statt und sichert die Qualität und die Effektivität der Behandlung für die Patienten.

2. Integration in teilstationäre Behandlungskonzepte – Die Suchttagesklinik

Die Suchttagesklinik ist nach dem DBT-Konzept aufgebaut. Das Therapieprogramm umfasst acht bis zehn Wochen. Entsprechend der DBT erhalten die Patienten zu Beginn der Behandlung zur Stärkung der therapeutischen Allianz (Commitment) einen Therapievertrag, in welchem erste Ziele der Behandlung festgelegt werden, die wöchentlich im Rahmen der Einzeltherapie überprüft und angepasst werden. Dreimal pro Woche nehmen die Patienten am modularen Gruppen-Skillstraining, welches in der Tagesklinik zum Pflichtprogramm gehört, teil. Da einige Patienten bereits erste Erfahrungen mit der DBT z. B. im vollstationären Setting sammeln konnten, finden sie sich in diese Therapieform in der Regel schnell ein. Im teilstationären Setting spielt „das Leben draußen“, d. h. der Umgang mit alltäglichen Situationen und Belastungen eine wichtige Rolle. Viele davon lösen Craving und Suchtmittelrückfälle aus. Die individuell erlernten Skills können so besonders gut auf ihre Wirksamkeit überprüft, optimiert und eingeübt werden. Aufgrund der täglichen Belastungen, denen die Patienten im tagesklinischen Setting ausgesetzt sind, spielt das Einzel-Skillstraining eine wichtige Rolle. Der individuell zusammengestellte „Notfallkoffer“ hat einen hohen Stellenwert.

3. Integration in ein stationäres Behandlungskonzept – Station für Sucht und Traumafolgestörungen

Das integrative, stationäre DBT-Konzept beinhaltet bewährte Behandlungsmethoden aus der Psychotraumatologie und Suchttherapie. Es werden Patienten mit stoffgebundenen Süchten – Alkohol, Medikamente, Drogen inkl. Opiate – behandelt, wobei sich opiatabhängige Patienten in der Regel in Substitutionsbehandlung befinden. Im Gegensatz zu den meisten traumaspezialisierten Behandlungseinrichtungen wird diese Station gemischtgeschlechtlich geführt.

Das Therapieprogramm umfasst sechs bis acht Wochen.

Entsprechend der DBT erhalten die Patienten zu Beginn der Behandlung einen Therapievertrag, der die Selbstverantwortung der Patienten für ihre Therapie und das Commitment stärkt. In den ersten zwei Wochen wird eine ausführliche psychologische Testdiagnostik durchgeführt und die Diagnosen werden den Patienten ausführlich mitgeteilt. Anschließend wird ein Störungsmodell erarbeitet, um die Entstehung der Suchterkrankung vor dem Hintergrund komorbider Störungen (v. a. Traumafolgestörungen) zu erläutern. Durch die Diagnostik und Psychoedukation soll der Patient ein möglichst genaues Bild seiner Erkrankungsgeschichte erhalten und so zum „Experten“ für seine Störungen werden. Nachfolgend wird mit dem Patienten ein Therapieplan erstellt.

Parallel zur diagnostischen Phase nehmen die Patienten an einem einführenden Therapieprogramm teil. In Bezug auf die DBT nehmen sie einmal pro Woche an der DBT-Basisgruppe zur Erklärung der DBT-Begrifflichkeiten und des Gesamtkonzeptes der DBT teil und dreimal pro Woche à 45 Minuten an einem Skillstraining in der Gruppe. Um die Anzahl auf acht bis zehn Teilnehmer begrenzen zu können und um das Skillstraining möglichst störungsspezifisch einsetzen zu können, werden zwei Trainingsgruppen parallel angeboten: Das Skillstraining I beinhaltet die Module „Basis-Sucht I und II“ und eignet sich besonders für Patienten, deren rationale und emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung gestärkt werden muss. Beim Skillstraining II werden die Module „Achtsamkeit-Sucht“, „Gefühle-Sucht“ und „Stresstoleranz-Sucht“ bearbeitet. Diese zielen auf Erarbeitung neuer Bewältigungsstrategien und Aktivierung von Ressourcen zur besseren Emotionsregulation und Erhöhung der Stresstoleranz ab. Individuelle Anwendungen von erlernten Bewältigungsstrategien und Skills werden regelmäßig im Einzel-Skillstraining gefördert und vertieft.

4. Integration in stationäre Behandlungskonzepte – qualifizierter Alkoholentzug und niedrigschwellige Drogenbehandlung

Auf den Stationen, die akute Suchtbehandlung anbieten, wird ausschließlich das Skillstraining in der Gruppe durchgeführt. Es umfasst hier sechs bis acht Stunden, die zwar aufeinander aufbauen, jedoch in sich geschlossene Einheiten darstellen. Ein Einstieg ist jederzeit mög-

lich. Die Gruppe findet zweimal pro Woche statt. Wir haben uns für ein kleines Repertoire aus den Modulen „Stresstoleranz-Sucht“ und „Achtsamkeit-Sucht“ entschieden, damit die Patienten nicht überfordert werden und gleichzeitig erste Skills zur Linderung ihrer aktuellen Symptomatik erlernen und selbst Einfluss ausüben können. In der Visite wird den Patienten, die weder stark intoxikiert noch schwer unter Entzugssymptomen leiden, die Teilnahme an der Gruppe angeboten. Die Motivation der Patienten, sich darauf einzulassen, wird durch Kontingenzmanagement gefördert, z. B. durch zeitnahe Belohnungen wie Teilnahme an Massageanwendungen. Zwei Gründe haben uns besonders bewogen, das Skillstraining in der akuten Suchttherapie, trotz der teilweise geringen Belastbarkeit der Patienten, anzubieten: Zum einen soll dieser „Schnupperkurs“ die Neugier der Patienten auf die Therapiemethode DBT wecken, um später eventuell eine Weiterbehandlung nach der DBT oder anderen Therapiemethoden zu bahnen. Zum anderen erhöht das Erlernen einfacher, aber effektiver Anticraving-Skills die oft geringe Selbstwirksamkeit der Patienten, jenseits von Medikamenteneinnahme (Dams, Schommer, Roepke et al., 2007).

Zusammenfassend wurde das Skillstraining nach dem Göttinger Modell um die suchtspezifischen Behandlungsschwerpunkte Umgang mit Ambivalenzkonflikten, Cravingkontrolle und Veränderung des Konsumverhaltens erweitert. Die ursprünglichen Module „Achtsamkeit“, „Umgang mit Gefühlen“ und „Stresstoleranz“ wurden suchtspezifisch modifiziert. Als symptomorientiertes Verfahren kann es in niedrigschwelligen wie hochschwelligen Settings der Suchttherapie eingesetzt werden. Es werden Lerninhalte vermittelt, die ausschließlich zur Symptomreduktion dienen. Deshalb kann das Skillstraining eingesetzt werden, ohne Verschlechterungen der psychischen Stabilität zu riskieren.

DBT in der Suchttherapie: Erfahrungen und Ergebnisse

Die modifizierte dialektisch-behaviorale Therapie hat sich in der Suchtbehandlung als eine ergänzende Therapiemethode klinisch bewährt. Sie lässt sich stationär, teilstationär und ambulant gut in konventionelle Konzepte der Suchttherapie integrieren. Dabei lässt sich das Skillstraining nach dem Göttinger Modell auch ohne weitere DBT-orientierte Konzeptanpassung der jeweiligen Settings als Gruppen- oder Einzeltherapie einbinden. Von den Patienten wird

diese Form der Behandlung gut angenommen und als hilfreich erlebt.

Die dialektische Haltung stellt sich für die Suchttherapie als sinnvoll dar. Sucht wird als chronische Erkrankung akzeptiert, gleichzeitig wird jedoch eine Veränderung des Konsumverhaltens angestrebt, um nicht in Resignation bzw. Duldung dysfunktionaler und schädigender Verhaltensmuster zu verfallen. Der Therapeut gewinnt durch die dialektische Haltung Flexibilität im therapeutischen Umgang mit dem Patienten entlang der Pole Akzeptanz und Veränderung, gemäß momentaner Situation, Belastbarkeit und zur Verfügung stehender Skills des Patienten. Die angewendeten Behandlungsstrategien sind den Behandlungspolen zugeordnet: Am Pol der Akzeptanz der Suchterkrankung befinden sich Validierungsstrategien und am Pol der Veränderung Kontingenzmanagement, Anleitung zur Selbstbeobachtung, Verhaltensanalysen und kognitive Umstrukturierung. Weiterhin wird auch die DBT-spezifische Hierarchisierung der Behandlungsziele in der Suchttherapie als hilfreich erlebt. Hier sind die Behandlungsziele auch suchtspezifisch modifiziert: Verhinderung schwerer Rückfälle mit hohen letalen Risiken steht vor kontrolliertem Konsum und Erhöhung der Lebensqualität vor Abstinenz.

Das Skillstraining als symptomorientiertes Verfahren kann in vielerlei Settings der Suchttherapie angeboten werden, von niedrigschwelligen wie qualifizierter Entgiftung zu höherschwelligen als Ergänzung zu psychotherapeutischen oder suchtspezifischen (ambulanten) Therapieverfahren. Es ist symptomorientiert: Lerninhalte werden vermittelt, die ausschließlich zur Symptomreduktion dienen. Interpersonelle Mechanismen oder psychodynamische Ursachen der Symptome spielen keine Rolle, wodurch eine Destabilisierung der Patienten dauerhaft vermieden wird. Hauptziel ist die Stärkung der Kompetenzen des Patienten im besseren Umgang mit seiner Suchterkrankung und sich selbst, ohne Zuhilfenahme von Suchtmitteln. Patienten erleben wachsende Selbstwirksamkeit jenseits des „Drop-In-Verhaltens“ und passiver Erwartungshaltung. DBT-Struktur beeinflusst durch ihre Klarheit, Transparenz und beidseitige therapeutische Allianz das Stationsmilieu positiv (Stupp, 2002) und entlastet durch Hierarchisierung der Therapieziele Therapeuten wie Patienten.

Suchtspezifische DBT ermöglicht Therapeuten ihren therapeutischen Spielraum auszuweiten. Bei Störungen der Emotionsregulation, Suchtverlangen und Rückfallgefahr können sie Patienten an erlernte Fertigkeiten erinnern, diese erweitern oder optimieren. Therapeuten ver-

fügen durch den Einsatz von DBT über ein größeres Repertoire an „psychotherapeutischem Handwerkszeug“ in Krisensituationen. Therapeuten werden von Patienten als wirksam und kompetent erlebt, was Frustrationen oder dem „Sich-Nicht-Verstanden-Fühlen“ vorbeugt. Die Therapie gibt Patienten wie Therapeuten durch die feste Struktur in der Durchführung viel Sicherheit. Dabei ist es besonders günstig, dass Patienten Elemente der DBT wie Skillstraining, auf den Behandlungspfaden der Suchttherapie durch Mehrfachaufnahmen oder Übergang in unterschiedliche Settings wiederfinden. Die Patienten erkennen das DBT-Konzept, finden sich schnell darin ein und erleben es nicht mehr als „exotisch“. Suchtspezifische dysfunktionale Verhaltensweisen können dann in jedem Behandlungssetting korrigiert und verfeinert werden, z. B. können Anti-Craving-Skills aufgefrischt, geübt und neue Handlungsstrategien ritualisiert werden.

Schlussfolgerung für die Praxis

Die modifizierte dialektisch-behaviorale Therapie stellt gerade in der Suchttherapie eine erfolgversprechende Ergänzung der konventionellen Therapieansätze dar. Die dialektische Haltung der DBT wird von vielen Suchttherapeuten aufgrund der Chronizität von Suchterkrankungen ohnehin oft eingenommen, so dass die Etablierung der DBT bisherige Therapiekonzepte in der Regel nicht zerstört, sondern sie untermauert und ergänzt. DBT muss – entgegen vieler Meinungen – nicht „ganz oder gar nicht“ in einem Setting installiert werden. Unsere Erfahrungen in der Suchttherapie zeigen, dass sich einzelne Elemente der DBT wie dialektische Haltung, Therapiehierarchisierung oder Besserung dysfunktionaler Verhaltensweisen durch Gruppen- oder Einzelskillstraining in unterschiedliche suchttherapeutische Konzepte unabhängig voneinander integrieren lassen. So kann das Spektrum der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten von Suchterkrankungen erheblich erweitert werden.

Die nach dem Göttinger Modell suchtspezifisch adaptierte Form der dialektisch-behavioralen Therapie hat sich klinisch gut bewährt. Sie lässt sich als ergänzende Therapieform stationär, teilstationär und ambulant in konventionelle Konzepte der Suchttherapie gut integrieren. Die Einbindung einzelner Elemente der DBT in die Suchtbehandlung kann problemlos unabhängig voneinander erfolgen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass suchtkranke Patienten die spezifisch überarbeiteten dialektisch-behavioralen Therapiemethoden gut annehmen

und als hilfreich erleben. Für Behandler stehen mehr wirksame therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung, die Sicherheit geben und Kompetenzen stärken können. Patienten und Therapeuten profitieren von der umschriebenen, transparenten Struktur und den symptomorientierten Interventionen des suchtspezifisch adaptierten DBT-Ansatzes in der konventionellen Suchttherapie.

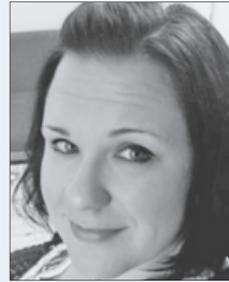
Literatur

- Barth, V. (2011). *Sucht und Komorbidität: Grundlage für die stationäre Therapie*. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Ecomed Medizin.
- Burmeister, K., Höschel, K., von Auer, A. K. et al. (2014). Dialektisch Behaviorale Therapie – Weiterentwicklungen und empirische Evidenz. *Psychiatrische Praxis*, 41, 242-249.
- Bohus, M. & Bathruff, H. (2000). Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 55-66.
- Dams, A., Schommer, N., Roepke, S. et al. (2007). Das Skilltraining und die poststationäre Effektivität der stationären Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) nach sechs Monaten. *Psychother Psych Med*, 57, 19-24.
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C. et al. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug or dual dependence: a multi-center study. *Alcohol Clin Exp Res*, 32 (3), 1-8.
- Fareed, A., Eilender, P., Haber, M. et al. (2013). Comorbid posttraumatic stress disorder and opiate addiction: a literature review. *J Addict Dis*, 32, 168-179. doi:10.1080/10550887.2013.795467
- Früchtnicht, R., Grüttert, T. & Friege, L. (2003). Pflege im stationären Konzept der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psych Pflege*, 9, 219-225.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Herman, J. L., Perry, J. C. & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herpertz, S. C. (2003). Emotional processing in personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 5, 23-27.
- Jeung, H. & Herpertz, S. C. (2014). Impairments of interpersonal functioning: empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47, 220-34. doi:10.1159/000357191 – Epub 22.02.2014.
- Joffe, M. E., Grueter, C. A. & Grueter, B. A. (2014). Biological substrates of addiction. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*, 5, 151-171.
- Kalivas, P. W. & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- Linehan, M. (1996a). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). *Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Dimeff L. A., Reynolds S. K. et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug & Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (7), 757-766.
- Lüdecke, C., Sachsse, U. & Faure, H. (2010). *Sucht – Bindung – Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Mayer-Bruns, F., Lieb, K., Dannager, E. et al. (2005). Dialektisch Behaviorale Therapie in der stationären Alkoholentwöhnung. *Nervenarzt*, 76, 339-343.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat Neurosci*, 8, 1445-1449.
- Stuppe, M. (2002). Dialektisch Behaviorale Therapie bei Suchtkranken mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Suchttherapie*, 3, 241-245.
- Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*, 170, 1114-1133. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070957.
- von der Goltz, C. & Kiefer, F. (2009). Learning and memory in the aetiopathogenesis of addiction: future implications for therapy? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259, Suppl 2, S183-187. doi:10.1007/s00406-009-0057-6
- Weiss, F. (2005). Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse. *Curr Opin Pharmacol*, 5, 9-19.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E. et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154, 1101-1106.



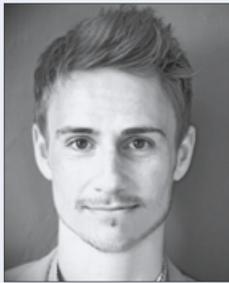
Christel Lüdecke

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotraumatologie
Spezialisierung und Konzeptentwicklung zur Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen und Traumafolgestörungen.
Chefärztin Allgemeinpsychiatrie – Sucht des Asklepios Fachklinikums Göttingen.
Substitutionspraxis seit 1994.
c.luedecke@asklepios.com



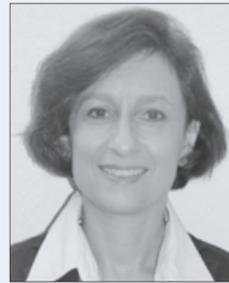
Dominika Mandrek-Ewers

Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) auf spezialisierter Station für Sucht und Traumafolgestörungen des Asklepios Fachklinikums Göttingen.
Ausbildung in DBT, Traumatherapie und EMDR. Seit 2008 Vortragstätigkeit auf Kongressen und Veranstaltungen zur beruflichen Fortbildung.
d.mandrek@asklepios.com



Dr. Daniel Lüdecke

Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Trauma- und Stressforschung und des Arbeitsbereiches Psychosen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
da.luedecke@uke.de



Dr. Francesca Rita Scarpinato-Hirt

Psychologische Psychotherapeutin (VT) im Asklepios Fachklinikums Göttingen (Allgemeinpsychiatrie – Sucht) und in eigener Praxis, Dozentin und Supervisorin, Leiterin der Regionalgruppe Göttingen-Hannover (M.E.G). Ausbildung in DBT, Traumatherapie und klinischer Hypnose.
f.scarpinato@asklepios.com

Emotionsregulationsstörungen und deren Behandlung für Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen sowie Traumafolgestörungen

Kathrin Hildebrand

1 Einführung: Komorbiditäten bei Suchterkrankungen

Schon länger ist bekannt, dass Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund von einer Suchterkrankung in eine psychotherapeutische Behandlung oder Entwöhnungsbehandlung begeben, sehr häufig auch unter weiteren psychischen Störungen leiden. Einerseits kann die Entwicklung einer Suchterkrankung als Folge einer anderen Störung wie zum Beispiel einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Angststörung gesehen werden; je nach Studie und Art der untersuchten komorbiden Störung finden sich hier Häufigkeiten bis zu 70 Prozent. Die Erkenntnis, dass insbesondere eine chronische Traumatisierung im frühen Alter einen gravierenden Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer Abhängigkeit darstellt, gilt als gesichert (Lüdecke et al., 2013). Zum Beispiel postuliert die damit assoziierte Selbstmedikationshypothese, dass durch den Alkoholkonsum Symptome im Rahmen der Traumafolgestörung gelindert werden sollen, die Betroffenen den Konsum zur Reduktion von Unruhe, Angst, Panik und intrusiven Symptomen einsetzen (Khantzian, 1997). Andererseits stellt eine bereits bestehende Suchterkrankung ähnlich häufig auch die Grundlage für die Entwicklung einer Reihe weiterer psychischer Erkrankungen dar, wie z. B. affektiver Störungen, somatoformer Störungen, für weitere Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Untersuchungen haben sich in den letzten Jahren zunehmend mit der Gruppe von komorbiden Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen beschäftigt, deren Zusammenhänge sowie das gemeinsame Auftreten erforscht. Es konnte gezeigt werden, dass ca. 35 Prozent aller Patientinnen und Patienten mit ei-

ner Suchterkrankung gleichzeitig auch an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden (Najavits, 2009). Außerdem konnten bei 57,4 Prozent aller Patientinnen und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung auch die Kriterien einer Suchterkrankung für erfüllt angesehen werden (Trull et al., 2000); gleichzeitig erfüllen 40-60 Prozent der Patientinnen und Patienten in einer Entwöhnungsbehandlung die Kriterien für mindestens eine Persönlichkeitsstörung.

2 Besonderheiten der Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen

Suchtpatientinnen und -patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, und/oder einer Traumafolgestörung wie zum Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung unterscheiden sich von den übrigen Suchtpatienten durch verschiedene Besonderheiten. Insgesamt findet sich bei dieser Patientengruppe eine grundsätzlich erhöhte allgemeine psychopathologische Belastung, die sich sowohl im klinischen Eindruck zeigt als auch in testpsychologischen Untersuchungen abbilden lässt. Des Weiteren lässt sich eine signifikant frühere Erstmanifestation der Suchterkrankung nachweisen, die häufig bereits vor Beginn der Pubertät einsetzt. Auch findet sich ein deutlich niedrigeres soziales Funktionsniveau. So zeigt sich beispielsweise, dass die Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörung und/oder Traumafolgestörung seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung hat, längere und häufigere Krankenschreibungen in Anspruch nimmt oder von Arbeitslosigkeit betroffen ist. Nicht selten liegt auch eine Polytoxikomanie vor. Frappie-

rend sind darüber hinaus ein erhöhtes suizidales Verhalten sowie eine höhere Delinquenz. Die Abstinenzphasen – sowohl unabhängig von der Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten als auch während einer Behandlung – sind signifikant kürzer, die Rate an Rückfällen ist höher. Insgesamt sind häufigere Therapieabbrüche zu verzeichnen, die von Seiten der Patientinnen und Patienten vollzogen werden, gleichzeitig jedoch auch von Seiten der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen von disziplinarischen Entlassungen. In der Summe ergeben sich damit für Patientinnen und Patienten mit oben genannten Komorbiditäten signifikant schlechtere Prognosen einer Behandlung der Abhängigkeitserkrankung als für solche mit anderen oder keinen komorbiden Störungen. Ein weiterer zentraler Unterschied zwischen diesen Patientengruppen besteht darin, dass mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, sowie auch Traumafolgestörungen deutlich stärkere Defizite in der Emotionsregulation einhergehen.

3 Emotionsregulation

Als Emotionsregulationsfähigkeit wird die Fähigkeit zur Regulation verschiedener positiver und negativer emotionaler Zustände bezeichnet, sodass zielgerichtetes und situationsgerechtes Handeln möglich ist (Gratz & Roemer, 2004). Emotionen, die durch die Bewertungen und Interpretation von internen und externen Auslösern vor dem jeweils individuellen biographischen Lebenshintergrund entstehen, dienen somit in erster Linie der Steuerung menschlichen Verhaltens. Grundvoraussetzung für adäquates, das heißt unterschiedlichen Situationen und Anforderungen angepasstes Verhalten, setzt damit folglich die Fähigkeit voraus, Emotionen wahrzunehmen, zu identifizieren, deren Intensität zu regulieren und Handlungskonsequenzen abschätzen zu können.

3.1 Emotionsregulationsstörung bei emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung und komplexer Traumafolgestörung

Eine Störung der Emotionsregulationsfähigkeit findet sich insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. Hier scheint einerseits eine genetische Komponente eine Rolle zu spielen, die sich in einem psychophysiolo-

gischen Defizit der Emotionsregulation niederschlägt, andererseits sind Umwelteinflüsse an der Entstehung dieser Störung maßgeblich mitbeteiligt. Die Emotionsregulationsstörung basiert auf einer Amygdala-Hyperaktivität sowie einer präfrontalen Unteraktivität. Das biopsychosoziale Entstehungsmodell der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung geht von einem sogenannten invalidierenden Umfeld aus, welches dadurch gekennzeichnet ist, dass (emotionale) Reaktionen und Mitteilungen persönlicher Erfahrungen bei Kindern durch wichtige Bezugspersonen nicht als stimmige Selbstbeschreibungen akzeptiert werden, nicht als adäquate Reaktionen auf Ereignisse registriert werden, stattdessen als sozial unakzeptabel charakterisiert, ignoriert oder pathologisiert werden (Linehan, 2014). Zusätzlich dazu spielen häufig direkte (unangemessene) Kritik, Entwertungen sowie Bestrafungen eine große Rolle, nicht selten darüber hinaus auch Misshandlungen, Gewalt und sexualisierte Gewalt. Das Umfeld lehrt das Individuum nicht, Gefühle richtig wahrzunehmen, zu benennen und mitzuteilen. Die Folge dessen ist eine fundamentale Verunsicherung bezüglich der eigenen Gefühlswahrnehmung, das Kind lernt nicht, eigene Gefühle adäquat zu regulieren, Vertrauen in die eigene emotionale und kognitive Erfahrung als adäquate Antwort auf Ereignisse zu entwickeln, mit den Auslösern für emotionales Erleben flexibel umzugehen. Stattdessen lernt das Kind, eigene Erfahrungen permanent in Frage zu stellen, in der Umwelt nach Anhaltspunkten der Orientierung dafür zu suchen, wie es denken, fühlen und handeln soll, sodass ein defizitärer Zugang zu und Umgang mit eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Grenzen resultiert. Es persistiert häufig eine entwertende Haltung gegenüber den eigenen Emotionen. Dadurch manifestiert sich auf Dauer die Störung der Affektregulation, die eine emotionale Vulnerabilität bei mangelhafter Ausprägung von Coping-Strategien, um mit intensiven Affekten umzugehen, abbildet. Im Einzelnen bedeutet dies, dass eine Emotionsregulationsstörung durch folgende Aspekte gekennzeichnet ist (Linehan, 2014): Erstens besteht eine hohe Sensitivität, das heißt eine häufig äußerst geringe Reizschwelle für emotionale Reaktionen. Zweitens folgt eine hohe Reaktivität auf genau diese emotionalen Reize, sodass betroffene Patientinnen und Patienten zu prompten und extremen Reaktionen neigen, die damit einhergehenden Erregungszustände kognitive Prozesse stark beeinflussen. Drittens ergibt sich eine nur langsame Rückkehr zum Ausgangsniveau der inneren Anspannung. Emotionale Reaktionen sowie heftige Reaktionen auf vergleichs-

weise wenig intensive Auslöser können somit lange andauern und damit die Sensitivität für nachfolgende emotionale Stimuli erhöhen. Intensive Emotionen werden dabei meist als diffuse Anspannungszustände erlebt, die keiner handlungsweisenden Emotion zugeordnet werden können. Patientinnen und Patienten setzen dann dysfunktionales Verhalten zur Spannungsregulation ein, wodurch sich die Anspannungszustände zumindest kurzfristig effektiv abmildern lassen. Selbstverletzungen, Suizidversuche, Substanzmittelkonsum oder nicht-stoffgebundenes Suchtverhalten, Essanfälle und auch fremdaggressive Verhaltensmuster stellen somit kurzfristig erfolgreiche Methoden dar, um einen unangenehmen Zustand zu beseitigen. Für viele Patientinnen und Patienten ist die Art der Regulation nach eigenen Angaben häufig austauschbar, sodass je nach Verfügbarkeit und Situation zu unterschiedlichen dysfunktionalen Strategien zur Affektregulation gegriffen wird. Mittelfristig entstehen vor dem Hintergrund einer Emotionsregulationsstörung chronifizierte intrapsychische und interaktionelle Störungen, sodass sich beispielsweise aus einem anfänglichen Alkoholmissbrauch im Rahmen der Persönlichkeitsstörung, der zur Emotionsregulation eingesetzt wird, schließlich eine Alkoholabhängigkeit entwickelt. Allerdings finden sich nicht nur bei Patientinnen und Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung Defizite in der Emotionsregulation (Weiss et al., 2013), sondern auch bei Patientinnen und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. Vor allem bei einer früh auftretenden, wiederholten gewalttätigen oder sexuellen Traumatisierung durch die Bezugspersonen ist mit einer gestörten Emotionsregulation zu rechnen (Ehring & Quack, 2010). In diesem Zusammenhang ist die Traumafolgestörung also das Ergebnis einer sogenannten interpersonellen Typ-II-Traumatisierung. Typ-II-Traumatisierungen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Traumatisierung über einen längeren Zeitraum, häufig in früher Kindheit und durch direkte Bezugspersonen stattgefunden hat. Dazu zählen schwere Vernachlässigungen, Misshandlungen sowie sexueller Missbrauch. Nach Judith Herman ist eine komplexe Traumafolgestörung zwar auch durch die klassischen Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, das heißt durch intrusives Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und einen allgemeinen emotionalen Taubheitszustand, Hyperarousal sowie Dissoziationen gekennzeichnet, gleichzeitig geht die Belastung jedoch deutlich darüber hinaus. Zusätzlich zu den PTBS-Symptomen scheinen bei Patientinnen und Patienten mit komplexer

Traumafolgestörung anhaltende Veränderungen in mindestens sieben weiteren Aspekten der Selbstregulation eine große Rolle zu spielen: Erstens ergeben sich Störungen der Affekt- und Impulsregulation, die darin bestehen, dass das Leiden als anhaltend wahrgenommen wird, Risikoverhalten und selbstschädigendes Verhalten wie beispielsweise auch Suchtmittelmissbrauch/-abhängigkeit die Folge sind. Darüber hinaus finden sich Veränderungen der biologischen Selbstregulation insofern, als häufig eine Neigung zu Somatisierungen besteht, beispielsweise in Form von Schmerzstörungen oder körperlichen Beschwerden, die nur zum Teil medizinisch erklärbar sind. Des Weiteren leiden die Betroffenen an Aufmerksamkeits- und Bewusstseinsstörungen wie dissoziativen Phänomenen, außerdem erscheint die Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit dem Täter teils verändert und kann zwischen Idealisierung und ständiger Beschäftigung mit Rachephantasien schwanken. Neben dieser veränderten Wahrnehmung zeigt sich meist auch eine Störung der Selbstwahrnehmung. Patientinnen und Patienten mit komplexer Traumafolgestörung neigen zu massiven Selbstabwertungen, Defiziten in der Selbstfürsorge, schreiben sich Attribute wie „geschädigt“, „unfähig“ oder „nicht liebenswert“ zu, sodass starke Scham- und Schuldgefühle häufig die Folge sind. Auch sind die Beziehungsfähigkeit und Art der Beziehungsgestaltung meist beeinträchtigt. Es finden sich große Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen, nicht selten Reviktimisierungen sowie wiederkehrendes Vermeidungsverhalten in Bezug auf Sexualität. Bedeutungssysteme, Wertvorstellungen und Grundüberzeugungen sind derart verändert, dass Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Mutlosigkeit resultieren. Die Konsequenzen der oben genannten Symptomkomplexe sind eine ständige Wachsamkeit, massive Belastung durch entsprechende PTBS-Symptome, diffuse, wenig klare Erinnerungen insbesondere an die traumatischen Ereignisse, eine erhöhte Dissoziationstendenz, ausgeprägte dysfunktionale Grundüberzeugungen oder Schemata, schwere Selbstschädigungen mit häufig rezidivierenden Suizidgedanken, außerdem eine häufig insgesamt schlechtere Behandlungsprognose.

Die Debatte, inwieweit es Überschneidungen und Unterschiede zwischen einer komplexen Traumafolgestörung und emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung gibt, ist noch nicht abschließend geklärt. Klar scheint aber zu sein, dass eine große Gemeinsamkeit darin besteht, dass bei beiden Störungen eine bestimmte Art von Traumatisierung – nämlich eine frühkind-

liche Bindungstraumatisierung, wenn auch offensichtlich mit unterschiedlicher Schwere, und damit einhergehend eine Störung der Emotionsregulationsfähigkeit – eine wesentliche Grundlage bei der Entstehung beider Erkrankungen darstellt. Ein Unterschied besteht darin, dass die komplexe Traumafolgestörung das Erleben eines tatsächlichen Traumas voraussetzt, was bei der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung für die Diagnosestellung keine zwingende Voraussetzung darstellt, auch wenn die Komorbidität mit traumatischen Lebensereignissen bei 50-70 Prozent liegt, die Komorbidität mit dissoziativen Störungen bei 65 Prozent liegt.

3.2 Emotionsregulationsstörung und Sucht

Auf eine komorbid bestehende Suchterkrankung wirkt sich eine Emotionsregulationsstörung, die Teil der Persönlichkeitsstörung oder das Resultat der Traumafolgestörung darstellt, häufig symptomverschlechternd aus, gleichzeitig erscheint oftmals auch der Behandlungsverlauf entsprechend erschwert. Studien haben gezeigt, dass Emotionsregulationsstörungen bei Suchterkrankungen die Symptomschwere beeinflussen, wobei Suchtpatienten mit einer zusätzlichen PTBS-Diagnose im Vergleich zu Suchtpatienten ohne komorbide Traumafolgestörung noch deutlich mehr Schwierigkeiten in der Emotionsregulation aufweisen (Weiss et al., 2013). Es konnte darüber hinaus beispielsweise auch festgestellt werden, dass größere Defizite in der Emotionsregulation auch mit stärkerem Verlangen, das Suchtmittel zu konsumieren, einhergehen. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass als eine Hauptursache für den Konsum das Erleben von sehr intensiven, meist negativen Emotionen angegeben wird. Bisher konnte nachgewiesen werden, dass durch den Konsum von Alkohol eine Reduktion negativer Emotionen erreicht werden kann (Kushner et al., 2000). Dies gilt ebenso für weitere Suchtmittel sowie auch nichtstoffgebundenen Konsum. Dadurch wird verständlich, warum bei Patientinnen und Patienten, die neben einer Suchterkrankung auch an einer der oben beschriebenen komorbiden Störungen leiden, mit häufigeren Rückfällen, schwereren Verläufen der Erkrankung und größeren Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf zu rechnen ist.

4 Konsequenzen für die Behandlung

Die Betrachtung des Zusammenhangs der oben genannten Komponenten, vor allem Art und Dauer der Traumatisierung, Ausmaß der Emotionsregulationsstörung (ggf. im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung) sowie auch Suchtmittel und Suchtverlauf, spielt bei der Auswahl geeigneter Komponenten zur Therapie dieser Störungen eine wesentliche Rolle. Konzepte, die ursprünglich nur für die Diagnose Sucht, Trauma oder Persönlichkeitsstörung eingesetzt wurden, werden oft unbesehen für Doppel- oder Mehrfachdiagnosen verwendet. In der Folge führt dies oft dazu, dass bei der Berücksichtigung lediglich einer der Störungen das Outcome in der Therapie für die anderen Störungen beeinträchtigt wird (z. B. Petersen & Zettle, 2009, zitiert nach Dass-Brailsford & Myrick, 2010). Insbesondere aufgrund der Tatsache, dass das Suchtmittel häufig von den betroffenen Patientinnen und Patienten gezielt zur Linderung verschiedener anderer Symptome, die Teil der komorbiden Störung sind, eingesetzt wird, kann eine Behandlung, die nur einen Teilaspekt der Störungen berücksichtigt, keine dauerhafte und durchgreifende Veränderung erzielen. Auch wird durch die Zusammenhänge deutlich, dass eine fundierte Diagnostik vor Beginn einer Behandlung die Grundvoraussetzung für eine passende Therapieplanung und die Auswahl geeigneter Behandlungsverfahren darstellt. Eine reine Fokussierung der Suchterkrankung wird schnell dazu führen, dass Patientinnen und Patienten alternative, meist ebenso dysfunktionale Strategien zur Reduktion von Stimmungsschwankungen, hohen Anspannungszuständen, Flashbacks und weiteren belastenden Symptomen suchen. Gleichzeitig sollte auch bei der Behandlung einer Traumafolgestörung oder einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung die Behandlung der Suchterkrankung nicht vernachlässigt werden. Bezüglich des Therapieerfolgs erscheint es daher grundsätzlich lohnend, die Gesamtheit der psychischen Belastung und Erkrankungen zu betrachten, um so letztendlich maßgeschneiderte Therapieprogramme planen und durchführen zu können.

4.1 Behandlungselemente einer integrierten Therapie bei Sucht und Komorbidität

Um also den Komorbiditäten in der Therapie gerecht werden zu können, ist eine integrierte Behandlung unabdingbar. Je nach Behand-

lungsetting – ambulante Psychotherapie, stationäre Entwöhnungsbehandlung, Einzel- oder Gruppentherapie – sollte das Behandlungskonzept ausgewählt und sofern möglich individuell angepasst werden. Nach entsprechender Diagnostik und gegebenenfalls einer Entgiftungsbehandlung steht zu Beginn der Therapie die Aufklärung über Diagnosen, Behandlungsdauer und Behandlungsmöglichkeiten, außerdem sollten in einem Behandlungsvertrag unbedingt die notwendigen Voraussetzungen für die Behandlung festgehalten und sowohl von Patientin/Patient als auch Behandlerin/Behandler unterzeichnet werden. Dazu zählen die Vereinbarung regelmäßiger Abstinenzkontrollen, die eindeutige Klärung der Vorgehensweise bei Verhaltensrückfällen jeglicher Art, sowie weitere Bedingungen, die beispielsweise das Anfertigen therapeutischer Hausaufgaben, die Teilnahme an einer Suchtselbsthilfegruppe oder ähnliches beinhalten können. Insgesamt steht zu Beginn der Behandlung die Reduktion von therapieschädigendem, selbstschädigendem und fremdschädigendem Verhalten im Vordergrund, da nur so die Rahmenbedingungen der Behandlung eingehalten werden können und die Herstellung eines Arbeitsbündnisses überhaupt möglich ist. Dies setzt neben einer Therapiemotivation vor allem auch eine grundsätzliche Änderungsmotivation der Patientin bzw. des Patienten voraus. Zur Reduktion von oben genanntem Verhalten ist eine Verbesserung der Emotionsregulationsfähigkeit unabdingbar, nur so wird es den Betroffenen möglich sein, auf dysfunktionale Strategien mittelfristig verzichten zu können. Des Weiteren sind die allgemeine Alltagsstabilisierung, eine Ressourcenaktivierung, ein grundsätzlicher Aktivitätsaufbau, die Klärung der beruflichen Situation, die Reaktivierung von Hobbys und Sozialkontakten von zentraler Bedeutung. Je nach Ausprägung weiterer komorbider Störungen ist an dieser Stelle der Schwerpunkt entsprechend zu setzen, insbesondere wenn affektive oder Angststörungen eine große Rolle spielen. Darüber hinaus unterstützt eine ausführliche Psychoedukation das bessere Verständnis für die eigene Erkrankung, mit Hilfe von Verhaltensanalysen wird es der Patientin oder dem Patienten möglich sein, sowohl die auslösenden Faktoren als auch die aufrechterhaltenden Bedingungen für die Suchterkrankung und auch die weiteren Komorbiditäten zu erkennen, eigenes Verhalten besser einordnen zu können, emotionale, kognitive und verhaltensbezogene Veränderungen mit therapeutischer Unterstützung auch im Alltag erproben zu können und dauerhaft zu implementieren. Für den Fall, dass eine Traumafolgestörung

vorliegt, sollte außerdem einerseits falls erforderlich stabilisierend gearbeitet werden, der Patientin bzw. dem Patienten Strategien im Umgang mit Intrusionen sowie Dissoziationen vermittelt werden, andererseits jedoch insbesondere auch traumakonfrontativ vorgegangen werden. Gerade dann, wenn der Suchtmittelkonsum die Folge der Traumatisierung darstellt, ist eine Behandlung der ursächlichen Traumafolgestörung unbedingt erforderlich, wenn dauerhafte Abstinenz erreicht werden soll.

4.2 Ziele und Bausteine der Therapie der Emotionsregulationsstörung

Von zentraler Bedeutung in der Behandlung der Emotionsregulationsstörung ist die Verbesserung der Wahrnehmung der eigenen Grundanspannung, da diese als Indikator für das Erleben von Affekten zu sehen ist. Damit zusammenhängend sollten Patientinnen und Patienten lernen, das eigene Erregungsniveau, das heißt die Intensität von Emotionen, adäquat zu modulieren. Aus den theoretischen Grundlagen zur Emotionsregulationsstörung ergibt sich des Weiteren, dass das Erkennen und Benennen der verschiedenen Emotionen elaboriert werden sollte, da nur so ein adäquater Umgang mit Gefühlen erreicht werden kann. Die zentrale Funktion von Emotionen besteht, wie oben ausführlicher dargestellt, darin, zielgerichtetes, situationsangepasstes und flexibles Verhalten zu ermöglichen. Die Voraussetzung dafür ist, diese überhaupt identifizieren zu können, da ansonsten nur die mit der Emotion einhergehende Anspannung wahrgenommen werden kann, nicht aber ein eindeutiger Handlungsimpuls zugeordnet wird. Die Folge ist, dass die Betroffenen zu dysfunktionalen Strategien zur Spannungsregulation greifen, damit dann Suchtmittelkonsum, Selbstschädigung oder Fremdschädigung als Reaktion auf diffuse innere Anspannung auf Dauer „trainiert“ und automatisiert werden. Neben dem funktionalen Umgang mit Affekten ist somit gleichzeitig auch die Reduktion der dysfunktionalen Strategien ein zentraler Behandlungsbaustein.

In der Behandlung der Emotionsregulationsstörung, insbesondere bei emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, aber auch bei Vorliegen einer komplexen Traumafolgestörung, hat sich ein DBT-basiertes Skills-Training nach Marsha Linehan, in der deutschen Version von Martin Bohus, bewährt. Grundlegendes Element der dialektisch-behavioralen Therapie stellt die Vermittlung von sogenannten Skills dar, das heißt von Fertigkeiten, die kurzfristig

in der Emotionsregulation helfen, langfristig jedoch anders als Suchtmittelkonsum, Selbstverletzung oder anderes dysfunktionales Verhalten nicht schaden sollen. Aktuell gibt es verschiedene Versionen des Skills-Trainings, unter anderem auch solche, die den Schwerpunkt neben der Emotionsregulationsstörung auf die Suchterkrankung oder die Traumafolgestörung legen.

4.2.1 „Stresstoleranz“

Im Modul „Stresstoleranz“ lernen betroffene Patientinnen und Patienten, „Skills“ von dysfunktionalem Verhalten zu unterscheiden, subjektive Anspannung differenziert wahrzunehmen und zu skalieren. In der Folge ist es möglich, zu erkennen, dass unterschiedliche Intensitäten der Anspannung auch die Anwendung von unterschiedlichen Skills zur adäquaten Regulation erfordern. Ganz entscheidend ist das Erkennen von sogenannten Frühwarnzeichen für den Hochstressbereich – den Spannungsbereich, in dem „das Fass überläuft“, das heißt, die Patientinnen und Patienten erneut konsumieren würden, sich selbst verletzen oder ähnliche Verhaltensweisen zeigen würden. Das Ziel besteht darin, mit Hilfe von individuellen Verhaltensanalysen die Betroffenen dazu zu befähigen, durch ein entsprechendes Achtsamkeitstraining eigenes Erleben zu beobachten, Veränderungen der Stimmung, damit einhergehend in der Anspannung, rechtzeitig zu erkennen, um adäquat darauf reagieren zu können, um (Verhaltens-)Rückfällen vorbeugen zu können. Dies dient einerseits dazu, das Selbstwirksamkeitserleben zu verbessern, andererseits kann im Sinne der Rückfallprophylaxe dazu beigetragen werden, auf mögliche kritische Situationen vorbereitet zu sein, alternative Strategien anstelle des Konsums einsetzen zu können. Abschließend kann ein individueller „Notfallkoffer“ erstellt werden, in dem die Patientin oder der Patient die wichtigsten Skills zum Handeln belastender Symptome wie zum Beispiel Suchtdruck, Dissoziationen, Selbstverletzungsdruck, Impulsivität, Flashbacks zusammenstellt und diese nach Möglichkeit immer bei sich trägt. Dazu können beispielsweise „Anti-Craving-Skills“ zählen, Chillibonbons, Ammoniak-Riechampullen, Karteikarten mit den langfristigen Nachteilen der Sucht, eine Erinnerung mit der Telefonnummer der Selbsthilfegruppe oder ähnliches. Entscheidend ist, die Inhalte des Notfallkoffers individuell auf die Bedürfnisse der/des Betroffenen abzustimmen und zu überprüfen, ob die Skills auch in allen Situationen hilfreich eingesetzt werden. Im

Verlauf der Behandlung werden Patientinnen und Patienten zunehmend dazu befähigt, das Selbstmanagement, das heißt die Selbstwahrnehmung zu verbessern, adäquater und flexibler auf Situationen zu reagieren.

4.2.2 „Umgang mit Gefühlen“

Neben dem Modul „Stresstoleranz“ stellt das Modul „Umgang mit Gefühlen“ gerade bei der Komorbidität Sucht und Persönlichkeitsstörung oder Traumafolgestörung einen wesentlichen Baustein der Behandlung dar. Bei allen drei psychischen Erkrankungen spielt eine „Emotionsphobie“ eine große Rolle, sodass das Erlernen des Umgangs mit Emotionen unerlässlich ist. Emotionen sind dabei zu verstehen als Reaktionsmuster auf interne und externe Stimuli, um rasche Handlungsentwürfe zu gewährleisten. Emotionale „Programme“ werden dabei in drei Komponenten gegliedert: Zum einen geht es um die aktive Selektion von Eingangsinformationen, das heißt um einen Aufmerksamkeitsprozess, der erforderlich ist, um interne und/oder externe Stimuli überhaupt wahrzunehmen. Zum anderen spielt anschließend die Verarbeitung genau dieser Informationen nach bestimmten Entscheidungsregeln eine enorme Rolle. Hierbei finden Bewertungsprozesse statt, die damit einhergehen, dass die Auslöser anhand von Vorerfahrungen, Einstellungen, Werten eingeordnet und individuell mit unterschiedlicher Bedeutung versehen werden. Derselbe Auslöser kann somit für verschiedene Menschen durch unterschiedliche Bewertungsvorgänge und Interpretationen zu sehr unterschiedlichen emotionalen Reaktionen führen. Des Weiteren wird schließlich ein „Output“ produziert in Form von psychischen, physiologischen oder handlungsbezogenen Konsequenzen. Durch die Wahrnehmung und Bewertung eines Stimulus entsteht eine Emotion, welche die Aktivierung eines spezifischen Handlungsimpulses nach sich zieht. Bedeutsam ist dabei, dass starke Emotionen mit einem starken Handlungsimpuls einhergehen. Aufgrund der Tatsache, dass viele psychische Störungen durch automatisierte maladaptive Verhaltensmuster aufrechterhalten werden, die zur Regulation von Emotionen eingesetzt werden, ist somit also der Umgang mit Emotionen ein entscheidendes Thema in der Behandlung. Die Ziele des Moduls bestehen darin, die verschiedenen Komponenten des aktivierten emotionalen Netzes zu verändern. Dazu zählt erstens die durch die Emotion aktivierte Wahrnehmung der Umgebung. Durch das Erlernen von Achtsamkeitsstrategien und eine Veränderung der

Wahrnehmung der Umwelt kann es mittelfristig gelingen, beispielsweise besser zwischen relevanten und irrelevanten Reizen zu unterscheiden, dadurch auch eine Veränderung der Stimmung zu erreichen. Dies geschieht ebenso über die Veränderung der jeweils aktivierten Erinnerungen und Bewertungsprozesse, da diese maßgeblich an der resultierenden Emotion beteiligt sind. Somit lassen sich schließlich sowohl die emotionalen als auch die kognitiven und körperlichen Reaktionen steuern und verändern, die in der Summe die Möglichkeit bieten, ebenso die Reaktion auf der Verhaltensebene zu modifizieren. Konkret bedeutet dies, dass durch eine gezielte Wahrnehmungslenkung und ein bewusstes Nicht- oder Umbewerten einer Situation die emotionalen Konsequenzen gesteuert werden können, sodass schließlich auch Verhaltensalternativen zum Suchtmittelkonsum oder anderen schädigenden Verhaltensweisen möglich werden.

4.2.3 Weitere Module zur Verbesserung der Emotionsregulation

Neben der Verbesserung des Umgangs mit Anspannung und Emotionen sind auch die Verbesserung des Konfliktmanagements sowie die Steigerung des Selbstwertgefühls von besonderer Bedeutung. Hierzu finden sich nicht nur in den DBT-Handbüchern ausführliche Arbeitsmaterialien und Anleitungen, auch ein soziales Kompetenztraining, verhaltenstherapeutische und emotionsfokussierte Methoden zur Steigerung der Selbstfürsorge, kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Grundannahmen, Verhaltensexperimente, das Erlernen von Entspannungsverfahren, Problemlösetrainings sind nützlich. Eine Gemeinsamkeit dieser Techniken liegt erneut darin, das Selbstwirksamkeitserleben zu stärken, wodurch schließlich auch die Fähigkeit gefördert wird, den Umgang mit Bedürfnissen, Grenzen und Emotionen adäquater zu gestalten.

4.3 Spezifische Behandlungselemente der Traumafolgestörung

Eine große Herausforderung in der Behandlung stellt oftmals das Vorliegen einer Traumafolgestörung dar. Nicht nur, weil Therapeutinnen und Therapeuten gelegentlich aufgrund von Unsicherheiten und Ängsten die Behandlung ablehnen, sondern mindestens genauso häufig deswegen, weil die Betroffenen darauf vertröstet werden, dass eine traumafokussierte

Behandlung erst ganz am Ende der Therapie stehen kann. Durch das Zusammenhängen der verschiedenen Störungen ist ein solch phasenweises Vorgehen in der Regel nur schwer umsetzbar, meist kommt es zu Frustrationen auf beiden Seiten, da zum einen keine durchgreifende Besserung einsetzt, zum anderen die Therapiemotivation in der Folge oft verständlicherweise nachlässt. Nichtsdestotrotz stellt gerade bei Patientinnen und Patienten, die neben einer Traumafolgestörung auch an einer schweren Emotionsregulationsstörung leiden, eine gute Behandlung und Berücksichtigung der entsprechenden Komorbidität eine wichtige Voraussetzung dar. Gerade wenn der Umgang mit Emotionen defizitär ist, Suchtmittelkonsum oder ähnliches zur Affektregulation eingesetzt wird, sollte tatsächlich anfangs die Vermittlung von Emotionsregulationsstrategien im Vordergrund stehen. Die Patientinnen und Patienten sollten neben einem Grundverständnis für ihre Erkrankung lernen, sich selbst zu beruhigen, funktionalere Strategien zur Regulation einzusetzen. Darüber hinaus sollten die Betroffenen Dissoziations-Stopp-Techniken erlernen, gegebenenfalls Imaginationsübungen, außerdem bei Bedarf und je nach Dissoziationsneigung den Umgang mit inneren Anteilen. Letztendlich ist bei bestehender PTBS-Symptomatik jedoch vor allem eine traumafokussierte Behandlung indiziert. Gerade wenn die Suchterkrankung die Folge einer Traumatisierung darstellt, wird es ohne eine Traumabearbeitung im Rahmen der Sucht immer wieder zu Rückfällen kommen.

Je nach Behandlungssetting können verschiedene Behandlungselemente meist parallel angeboten werden, sodass zum Beispiel während einer stationären Entwöhnungsbehandlung enorme Behandlungsfortschritte auch bei den oben dargestellten komorbiden Störungen möglich sind.

5 Zusammenfassung

Abschließend kann festgestellt werden, dass sicherlich bei der Komplexität der dargestellten komorbiden Störungen, die mit einer Suchterkrankung sehr häufig einhergehen, nicht immer eine passgenaue Behandlung gewährleistet werden kann, insbesondere dann nicht, wenn die Zuweisung zu den unterschiedlichen Behandlungsformen nicht nur durch Behandlerin/Behandler oder die Patientinnen und Patienten selbst gesteuert wird. Eine Emotionsregulationsstörung, egal im Rahmen welcher Grundstörung sie auftritt, stellt grundsätzlich eine gut behandelbare Störung dar, sofern sie

erkannt wird und im Behandlungsverlauf ausreichend Berücksichtigung findet. Nur durch eine integrierte Behandlung, die auf die besonderen Belange dieser Patientengruppe zugeschnitten ist, kann eine durchgreifende mittelfristige Stabilisierung gelingen.

Literatur

- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2012). *Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten: Das Therapeutenmanual*. Stuttgart: Schattauer.
- Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2011). *Komplexe traumatischen Belastungsstörungen und ihre Behandlung: Eine evidenzbasierte Anleitung*. Paderborn: Junfermann.
- Dass-Brailsford, P. & Myrick, A. C. (2010). Psychological Trauma and Substance Abuse: The Need for an Integrated Approach. *Trauma, Violence & Abuse, 11* (4), 202-213.
- Ehring, T. & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy, 41* (4), 587-598.
- Ford, J. D., Russo, E. M. & Mallon, S. D. (2007). Integrating Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder. *Journal of Counseling & Development, 85*, 475-490.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26* (1), 41-54.
- Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Rev Psychiatry, 4*, 231-244.
- Kushner, M. G., Abrams, K. & Borchardt, C. (2000). The Relationship between Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders: A Review of Major Perspectives and Findings. *Clinical Psychology Review, 20* (2), 149-171.
- Linehan, M. (2014). *DBT skills training manual*. New York: Guilford.
- Lüdecke, C., Sachsse, U. & Faure, H. (2010). *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer.
- Lüdecke, C., Voigt, W., Teunißen, S. & Schäfer, I. (2013). Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen. In: M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 447-461). Stuttgart: Schattauer.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Heidelberg: Springer.
- Najavits, L. M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“*. Göttingen: Hogrefe.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J. & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorder: a review and integration. *Clinical Psychology Review, 20* (2), 235-253.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D. & Gratz, K. L. (2013). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug and Alcohol Dependence, 128* (1-2), 45-51.



Kathrin Hildebrand, Dipl.-Psych.

Psychologische Psychotherapeutin/
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Leitende Psychologin Bereich Psychotherapie
und Trauma-Ambulanz der Euregio-Klinik
Nordhorn, Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Schwerpunktbehandlung für Persönlichkeits-
störungen und Traumafolgestörungen mit
Komorbiditäten
Albert-Schweitzer-Straße 10
D-48527 Nordhorn
kathrin.hildebrand@euregio-klinik.de