

1

Einleitung und Kasuistik

1.1 Einleitung

Jugendliche mit Suchterkrankungen haben es nach wie vor schwer in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sie finden dort keinen Platz. Rückfälle in den Drogenkonsum und das schwierige Sozialverhalten machen die Therapie zu einer Herausforderung. Sucht ist wie eine Infektion, sie erzeugt sozusagen eine starke Abwehr im Immunsystem der anderen. Aber noch etwas lastet den Jugendlichen an: Ihr kompliziertes Bindungsverhalten. Sie wechseln den Gesichtsausdruck, wirken unberechenbar, sind aggressiv oder überangepasst, man weiß nicht, woran man bei ihnen ist. Der Grund dafür liegt oft in einer früh entstandenen Bindungsstörung und Bindungstraumatisie-

rung, die niemand mehr sehen und die auch von den Jugendlichen nicht erzählt werden kann. Warum ist das so? Der Grund liegt in den neurobiologischen und psychopathologischen Mechanismen von Trauma und Bindungsstörung begründet. Sie ähneln denen der Sucht und verstärken sich gegenseitig. Besonders bei den früh und schwer abhängig gewordenen Jugendlichen gibt es einen besonders starken Zusammenhang von Sucht und Trauma als häufige Komorbidität. Die Klärung dieses Zusammenhangs ist eine sich gegenwärtig vollziehende neurobiologische Innovation und wirkt sich aktuell vielfach auf das Verständnis von Sucht aus: Einerseits wird die Droge als chemisches Dissoziationsmittel in seiner Schutzfunktion bei Traumastörungen erkennbar, andererseits zeigt sich, wie ähnlich Sucht- und Traumagedächtnis funktionieren. Daraus resultiert für die Therapie der Sucht die Möglichkeit, von den Erkenntnissen der Traumatherapie zu profitieren und umgekehrt. Die Notwendigkeit eines integrativen trauma- bzw. bindungsfokussierten Ansatzes in der Suchttherapie ist auch dadurch begründet, dass gerade die früh abhängig gewordenen Jugendlichen mit Traumaerfahrung im Erwachsenenalter das Klientel der hoffnungslosen Dauerkonsumenten bilden. Es braucht eine frühe und nachhaltige Intervention schon im Kinder- und Jugendalter. Darüber hinaus zeigt sich, dass viele Methoden der Traumabehandlung ganz allgemein für die Sucht angewendet werden können. Die Bindungsforschung ergänzt diesen Zusammenhang mit einem das Leben umspannenden Fundament: Kommt es durch frühe Traumatisierung zu einer Bindungsstörung, wird das Trauma auf dramatische Weise unsichtbar und versteckt sich hinter einem desorganisierten Bindungsverhalten, das weitere Komorbiditäten erzeugt. Aus diesem Grund sind Trauma und Bindungsstörung therapeutisch nur schwer zugänglich und gehen oftmals mit einer Sucht einher.

In diesem Buch wird auch die schwere chronische Traumatisierung thematisiert, die bei Kindern mit einer Abspaltung (Dissoziation) von Persönlichkeitsanteilen einhergeht. Diese Anteile nennt man auch Ego-States. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit Suchtstörung haben verschiedene Ich-Anteile, die sich in der Sucht-

und Trauma-Therapie teilweise anpassen und sich scheinbar gut auf die therapeutische Beziehung einlassen können. Es gibt aber andere Anteile, die zunächst unerkannt bleiben oder die Therapie zu zerstören beginnen, weil sie ihren Untergang befürchten. Es handelt sich um destruktive, täterloyale Anteile, die einer Therapie im Weg stehen. Auf der »inneren Bühne« gibt es auch einen Anteil, der einen »inneren Betäuber« darstellt und der Suchtmittel als Betäubung einsetzt, um Täter-Anteile in Schach zu halten. Die Droge fungiert dann meist als chemisches Dissoziationsmittel und als Bindungsfigur zugleich. Für junge Menschen, die aufgrund von Trauma und destruktivem Bindungserleben zur Sucht gelangt sind (und das sind bei den früh abhängig gewordenen Jugendlichen sehr viele), gilt es nun, neue therapeutische Ansätze zu entwickeln. Es soll hier ein integrativer Ansatz dargestellt werden, der sich seit vielen Jahren in der stationären und ambulanten Therapie unserer Klinik bewährt und weiterentwickelt hat. Theoretisch wie praktisch soll gezeigt werden, dass sich die Methoden der Sucht- und Traumabehandlung zwar ergänzen, dass sie aber auch das verbindende Konzept der Bindungstheorie brauchen.

Diese Erkenntnis ist umso wichtiger, als Bindungsstörungen häufig mit Beginn der Pubertät und der Adoleszenz nicht mehr diagnostiziert werden. Plötzlich verschwindet die Diagnose auf dem Radar des Helfersystems. Traumatische zwischenmenschliche Erfahrungen zerstören jedoch das Vertrauen in Bindungen und soziale Sicherheit. Das Bindungsverhalten ändert sich grundlegend und bestimmt womöglich das ganze weitere Leben. Die Gefahr, dass fehlende positive Bindungserfahrungen und somit fehlende soziale Verstärker durch Drogenkonsum als alternative Stimulierung des Belohnungssystems ersetzt werden, ist groß. Die Folgen bleiben ein Leben lang: Das Suchtgedächtnis vergisst nie. Das Bindungsgedächtnis auch nicht. Dies gilt besonders für suchterkrankte Jugendliche und Adoleszente, deren Hirnreifung noch nicht abgeschlossen ist. Die Pubertät ist die Risikozeit für psychiatrische Erkrankungen und es gilt, frühzeitig Wege zu finden, um traumatisierte Kinder und Jugendliche vor der irreversiblen Chronifizierung eines Bindungstraumas zu schützen.

Der aktuelle Stand der Forschung und der (neurobiologische) Zusammenhang von Sucht, Trauma und Bindung werden in Kapitel 3 möglichst prägnant und bereits mit klarem Praxisbezug herausgearbeitet. Um das Verständnis des Theorie-Teils zu unterstützen, werden jeweils Fallbeispiele vorangestellt. Was in der Theorie oft logisch und sinnvoll erscheint, lässt sich nicht selten im therapeutischen und klinischen Alltag nur schwer in ein eindeutiges Schema bringen. Wie dies aber auch bei komplexen Störungsbildern mit hoher Komorbidität möglich ist, soll das kontrastreiche Nebeneinander von Fall und Forschung nachzeichnen. Das Ausweichen des Patienten auf Nebenthemen und in ein Vermeidungsverhalten, der lange Weg voller Rückschläge, Abbrüche, Wiederholungen und sogar Verschlechterungen ergeben oftmals erst einen Sinn, wenn die theoretischen Grundlagen ausreichend in den Blick genommen werden. Erst wenn verstanden wird, worum es bei Trauma und Bindung tatsächlich geht, ergeben sich daraus viele praktische Möglichkeiten und Notwendigkeiten. Die Theorie gibt Orientierung. Die Epidemiologie versucht ebenfalls, anhand von Studien und Definitionen zur Orientierung innerhalb der komplexen Zusammenhänge beizutragen.

Kapitel 5 des Buches bringt die wichtigsten Aspekte der integrativen Therapie von Sucht, Trauma und Bindungsstörung in wesentlichen Begriffen in einen Zusammenhang. Sowohl die ambulante als auch die stationäre Arbeit und Therapieorganisation werden dabei berücksichtigt. Es kommt die Therapieplanung und Psychoedukation ebenso zur Sprache wie verschiedene Techniken der Stabilisierung, der systemischen Rahmung und der praktischen Traumakonfrontation. Zuletzt werden auch verschiedene Formen der EMDR-Anwendung kurz dargestellt. In Bezug auf die frühen dissoziativen Traumafolgestörungen der Kindheit, die bei abhängigen Jugendlichen eine große Rolle spielen, werden Aspekte der Ego-State-Therapie und der Arbeit mit Ich-Anteilen auf der inneren Bühne vertieft. Das besondere Anliegen des Buches ist es, sich auf frühkindliche Traumafolgestörungen im Zusammenhang mit jugendlicher Suchtentwicklung einzulassen, ohne dass bisher aus wissenschaftlicher Sicht das letzte Wort dazu gesagt wäre. Im Gegenteil, es handelt sich noch um

Neuland. An dieser Stelle hoffen wir, dass unsere langjährige Erfahrung einen praktikablen Weg zeigen kann.

1.2 Kasuistik

Die folgenden Fallbeispiele repräsentieren typische Patienten, wie sie auf unserer Station und in unserer Sucht-Ambulanz behandelt werden. Die Beispiele sollen exemplarisch veranschaulichen, mit welchen Herausforderungen die Therapeuten konfrontiert werden, wenn sie es mit kombinierten Sucht-, Trauma- und Bindungsstörungen zu tun hat. Eine gute Balance von Stabilisierung und Konfrontation ist von großer Bedeutung. Der Therapeut muss erkennen können, ob sich der Patient tatsächlich mit seiner dissoziativen Seite der Sucht auseinandersetzt oder ob er »Ausweichmanöver« (die Vermeidung, den Krankheitsgewinn) vorzieht, um seine gewohnte Abwehrstrategie nicht aufzugeben zu müssen. Die Sucht-Seite unterstützt massiv die Vermeidung. Sich dem Trauma zu stellen heißt auch, sich der Sucht zu stellen und umgekehrt. Beide Seiten suchen die Vermeidung in der dissoziativen Betäubung. Der therapeutische Weg aus dieser sich selbst verstärkenden, fatalen Struktur ist lang und gezeichnet von Rückschlägen, Rückfällen, Scham und sogar Verschlechterungen während der Therapie. Der Therapeut braucht Leidenschaft, Vertrauen und viel Wissen, um den krisenhaften, turbulenten Entwicklungen der Patienten mit Ruhe begegnen zu können. Vor allem braucht es aber auch eine gute Nähe-Distanz-Regulation des Therapeuten. In der Arbeit mit traumatisierten Patienten ist das Wissen um die Grenzen der Empathie von großer Bedeutung. Es ist wichtig zu wissen, wann Empathie sein darf, wann sie nötig ist und wann sie sich verbietet. Es braucht das Wissen um den richtigen Augenblick. Und es braucht ein hohes Maß an Selbsterfahrung, denn die Gefühle, die der traumatisierte und bindungsgestörte Patient im Therapeuten auslöst, können bedrohlich oder vernichtend sein: wie zum Beispiel

das Gefühl, etwas in der Therapie falsch gemacht zu haben, dem Patienten etwas »angetan« zu haben. Täter-Gefühle sind typisch und können den Therapeuten allen Vorbereitungen zum Trotz stark belasten. Es braucht daher immer auch ein »kritisches Organ«, das sich einschaltet, wenn wir uns zu sehr in traumatische Biographien einzufühlen versuchen.

Fall 1: Anja (Dissoziative Identitätsstörung und innere Bühne)

Anja hatte bereits einen langen therapeutischen Weg hinter sich, bevor sie es zu uns auf die Suchttherapiestation schaffte. Zwei Jahre zuvor hatte sie auf einer Jugendstation eine Traumatherapie begonnen. Die Therapie sei schwierig gewesen, weil sie immer wieder heimlich während der Ausgänge Alkohol getrunken habe und die Eltern wenig kooperativ gewesen seien. Es gab Geheimnisse, die nicht thematisiert werden durften. Nach der Therapie ging Anja in eine Jugendhilfeeinrichtung, die sich auf traumatisierte Jugendliche spezialisiert hatte. Auch hier trank Anja immer mehr Alkohol und hielt sich nicht an Absprachen. Daher riet der Supervisor zu einer Suchttherapie auf »Teen Spirit Island«. Über Anjas Trauma waren zum Teil nur Mutmaßungen und Andeutungen bekannt. Der Vater stand als Täter unter Verdacht, massiv Gewalt in der Familie ausgeübt zu haben. Die Mutter habe dies nie bestätigt. Es dauerte lange, bis Anja ansatzweise darüber sprechen konnte. Es gab Hinweise auf einen mehrfachen sexuellen Missbrauch durch einen Nachbarn, denen aber nie nachgegangen worden war. Ein merkwürdiges Schweigen lag über jeder Andeutung. Zudem hatte es eine Wiederholung in Anjas Pubertät gegeben: Sie wurde durch eine Gruppe Jugendlicher vergewaltigt. Die Täter hatten ihre Tat angeblich mit dem Handy aufgenommen und Anja damit gedroht, den Film öffentlich ins Netz zu stellen, sollte Anja darüber reden. Seither musste Anja zwanghaft kontrollieren, ob etwas über sie im Netz zu finden war.

Bei der Aufnahme in unserer Station musste sie ihr Handy abgeben, was ihr sehr schwerfiel. Aber es führte zu einer Entlastung gegen ihren Willen. Das Handy funktionierte als Trigger, es erin-

nerte Anja täglich an das Trauma und an die Schweigepflicht. Die Scham »klebte« am Handy – eine perfide Installation der Täter. Nach der Entzugsphase begann Anja zu dissoziieren. Sie profitierte zwar von Stabilisierungsübungen und konnte ihre Ressourcen nutzen, aber der Druck, sich selbst verletzen zu müssen, überwältigte sie immer wieder. Es fiel ihr sehr schwer, sich Hilfe zu holen. Schuldgefühle und der Drang, sich selbst bestrafen bzw. verletzen zu müssen, zwangen sie zum Rückzug in sich selbst. Es wurde ein Therapievertrag geschlossen, in dem Mindestanforderungen beschrieben wurden, die Anja erfüllen musste, um ihre stationäre Therapie fortsetzen zu können. Wir entschieden uns für ein konfrontatives, Grenzen aufzeigendes Bindungsangebot. Anja wehrte Nähe, Lob, Anerkennung und Fürsorglichkeit ab, weil sie eine vertrauensvolle Bindung als bedrohlich erlebte. Es war leichter für sie, wenn man ihr nicht zeigte, dass man sie mochte. Bei zu viel Nähe geriet sie unter Druck und ihr Bedürfnis zur Selbstbestrafung wuchs. Bald wurde deutlich, dass Anja zwischen verschiedenen Ich-Zuständen wechselte. Mal wirkte sie schwer belastet, eingeschüchtert und konnte nicht sprechen. Dann zeigte sie kindliche Freude und redete wie ein Kind. Wieder ein anderes Mal zeigte sie oppositionelles Verhalten und wirkte pubertär jugendlich. In extremen Augenblicken konnte sie sich nicht mehr an vorherige Zustände erinnern. Sie merkte oft nicht, dass sie zwischen Ego-States (Ich-Anteilen) wechselte. Die Dissoziation zwischen den Ich-Anteilen schien zum Teil derart ausgeprägt zu sein, dass Anjas dissoziative Störung als Dissoziative Identitätsstörung (DIS, früher »Multiple Persönlichkeit«) zu beschreiben war.

Wir begannen in der Einzeltherapie mit der Arbeit auf der »inneren Bühne«: Anja lernte, ihre verschiedenen Ich-Anteile zu erkennen, zu beschreiben und ihre Motive zu verstehen. Es gab Helfer-Ichs, destruktive Ichs, Täter-Anteile, kindliche Anteile mit und ohne Opfer-Erfahrung und eine anscheinend normale Persönlichkeit (ANP), die versuchte, im Alltag zu funktionieren. Es gab Anteile, die unbedingt zur Schule gehen und einen guten Abschluss erreichen wollten und es gab Ego-States, die im hohen

Maße selbstdestruktiv, selbstverletzend und präsuizidal agierten. Anja hatte am Anfang große Schwierigkeiten, die Aufstellung der Anteile auf der inneren Bühne zu akzeptieren. Sie hatte Angst zu »zerfallen«. Es ging ihr zunächst schlechter, sie wirkte verunsichert und depressiv. Die Anteile auf der inneren Bühne mussten sich zunächst darüber einigen, wie diese Aufdeckung der Ich-Struktur zu bewerten sei. Es gab auch Anteile, die sich offenbar gegen den therapeutischen Blick zu wehren versuchten. Aber nach einer gewissen Zeit legte sich die Abwehr und es ging mehr um funktionale Aspekte des gemeinsamen Miteinanders der Anteile: Auch scheinbar destruktive Anteile wurden als wichtig und ehemals notwendig anerkannt, um ihre Angst vor Abschaffung zu beruhigen. Alle Anteile wurden wertgeschätzt und schrittweise in die Therapie einbezogen. Alle Teil-Persönlichkeiten hatten einmal die Aufgabe, die Integrität der Gesamtpersönlichkeit Anjas zu schützen. Durch den Blick auf die »innere Bühne« lernte Anja, den Wechsel zu bemerken und mit den Ich-Anteilen im Kontakt zu bleiben. Nach anfänglichem Chaos entstand eine neue Perspektive: Anja »verschwand« nicht mehr im Wechsel der Anteile. Sie war der inneren Dynamik der Ego-States nicht mehr einfach nur ausgesetzt, sondern sie gewann immer mehr die Kontrolle über sich selbst, d. h. über das, was auf der »inneren Bühne« passierte. Die Sicherheit dieses Prozesses wurde dadurch hergestellt, dass es kaum Kontakte nach außen gab. Die Eltern meldeten sich kaum und auch sonst blieb Anja in der Sicherheitszone der Station. Nach gelegentlichen Telefonaten mit der Familie ging es Anja meist schlechter. Die Eltern sendeten Double Bind-Signale: Mal wirkten sie bereit zur Auseinandersetzung, dann wieder blieben sie abweisend, vorwurfsvoll undverständnislos. Anja wechselte entsprechend in ihren Bedürfnissen zwischen reflektierter Selbstkontrolle, kühler Distanz und kindlicher Sehnsucht nach Geborgenheit. Das »innere Kind« wollte, dass alles wieder gut war und verteidigte die Eltern.

Dann schickten die Eltern Pralinen mit Alkoholfüllung und schon schluckte Anja einen bitteren Widerhaken. Es folgten Suchtdruck, Enttäuschung, Selbstvorwürfe, Traurigkeit und Wut.

Die Gefühle wechselten zwar noch mit dem Wechsel der Anteile auf der »inneren Bühne«, aber Anja lernte immer besser, die Gefühle nicht sofort verschwinden zu lassen: Das »innere Kind« durfte nicht nur traurig sein, sondern auch wütend; die »innere Streiterin« durfte nicht nur wütend sein, sondern auch traurig oder sehnsgütig. So gelang allmählich eine Integration der Affekte, die sonst nur abgespalten voneinander existieren durften. Anja integrierte die Gefühlsanteile immer mehr als gleichzeitige Aspekte einer ganzen Person. Je mehr dieser Prozess voranschritt, umso stabiler wurde sie.

In einem Familiengespräch mit der Mutter nutzte Anja ihre neue Stabilität, um ihren Eltern gegenüber ihr Bedürfnis nach Akzeptanz und Respekt auszudrücken. Die Eltern wurden über Anjas Krankheitsbild aufgeklärt. Die Mutter wirkte erschüttert und zeigte erstmalig eine Bereitschaft, sich zu öffnen. Durch das Fallbeispiel wurde verdeutlicht, dass regelmäßige Kontakte zu Anja nur möglich sind, wenn ein Prozess des Verzeihens und Vergebens eingeleitet werde. Das hieß in aller Deutlichkeit: Vater und Mutter mussten Anja um Vergebung bitten. Der Vater musste seine Gewalttaten bereuen und die Mutter ihr Wegschauen. Für Anja war diese systemische und traumatherapeutische Intervention sehr wichtig: Klartext. Eindeutigkeit. Öffentlichkeit. Affektvalidierung. Realität. Kein Verschwimmen der Scham-Schuld-Grenzen. Anja erhielt ein Modell der Abgrenzung in Bezug auf eigene Bedürfnisse. Sich in Bindungen sicher fühlen hieß für Anja: Eine gute Nähe-Distanz-Regulation durch Wahrung und Sehen der eigenen Bedürfnisse – und das, obwohl die inneren Anteile unterschiedliche Bedürfnisse äußerten. Trotz großer Sehnsucht nach den Eltern konnte mit Anja erarbeitet werden, dass die Eltern den nächsten Schritt machen mussten. Dies würde ein langer Prozess mit ungewissem Ausgang sein. Anja strebte eine Rückkehr in die Jugendhilfeeinrichtung an mit dem Ziel, die Schule wieder zu besuchen, die Traumatherapie forzusetzen und wöchentlich in unserer Nachsorgegruppentherapie zu erscheinen.

Fall 2: Heiko (frühkindliche Bindungstraumatisierung)

Heikos Fall soll hier nur auf einen Aspekt hin fokussiert werden, der zeigt, wie schwer es oftmals ist, frühkindliche traumatische Strukturen zu erkennen und in einen therapeutischen Rahmen zu bringen, wenn es kaum Erinnerungen an die frühe Kindheit gibt. Heiko kam zu uns aufgrund massiven täglichen Alkoholkonsums und Cannabis-Abhängigkeit. Zudem konsumierte er Ecstasy und gelegentlich Kokain. Er zeigte Symptome einer schweren Depression, hatte einige Suizidversuche hinter sich und gab einen sexuellen Missbrauch durch einen älteren Jungen aus der Drogenszene an. Bei Heiko konnte eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert werden, allerdings war auch sein Bindungsverhalten sehr auffällig. Er somatisierte stark und hatte eine Neigung zu hysterisch wirkenden körperlichen Störungen. Diese Konversionsstörungen (Taubheit, Schmerzen, Lähmungen) gingen mit ausgeprägten Ängsten und Schlafstörungen (Alpträumen) einher. Er sah abends im Halbdunkel Gesichter mit großen Augen und ohne Mund und wirkte auf kindliche Weise verängstigt und erstarrt, wenn er davon berichtete. Mit der Pflegefamilie wurde die frühkindliche Geschichte Heikos aufgearbeitet und es stellte sich heraus, dass er als »Frühchen« zur Welt gekommen und sofort aus seiner Familie entfernt worden war. Die Eltern waren drogenabhängig und konnten sich nicht um ihn kümmern. Während Heiko in der Neonatologie unseres Hauses versorgt worden war, wurden Pflegeeltern gesucht. Das Baby wechselte danach mehrfach die Pflegefamilien, bis sich eine Familie seiner Schreikrämpfe zum Trotz erbarmte und ihn länger behielt. Adoptiert wurde Heiko allerdings nie.

Nach einer Stabilisierungsphase wurde Heiko mit Konflikten in der Gruppe konfrontiert. Dabei zeigten sich große Verlustängste und die Angst vor Ablehnung und Zurückweisung. In dieser Phase wurden seine PTBS-Symptome stärker. Die Gesichter ohne Mund, die ihm abends »erschienen«, wurden als Erinnerungen aus seiner Zeit als Frühchen in der Neonatologie gedeutet: Er lag dort verlassen, zu früh in die Welt gesetzt, ohne Eltern, von intensivmedi-