

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln

Masterthesis zur Erlangung des Grades „Master of Science (M.Sc.)“
im Masterstudiengang Suchthilfe / Suchttherapie

Konzeptentwicklung einer Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen

Vorgelegt von: Antje Morjan
Matrikelnummer: 512502

Erstprüfer: Wolfgang Scheiblich
Zweitprüfer: Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

Einbeck, 07.04.2017

Menschliches Leben ist wie ein Baum:
Äste sind unsere Lebenswege;
gebrochene Äste sind gebrochene Schicksale;
Blätter sind neue Ideen.

Ein Patient

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	1
1. Einleitung	3
2. Der Maßregelvollzug	5
2.1 Der Maßregelvollzug in Niedersachsen	5
2.2 Das Maßregelvollzugszentrum in Moringen	7
2.3 Ergebnisse der bundesweiten Stichtagserhebung	9
3. Sucht / Abhängigkeit	11
3.1 Diagnostische Einordnung nach ICD-10 und DSM-V	12
3.2 Epidemiologie	13
3.3 Komorbide Störungen	15
3.4 Anforderungen an die Behandlung Suchtmittelabhängiger	16
4. Trauma	17
4.1 Die Besonderheit der frühen Traumatisierungen	19
4.2 Diagnostische Einordnung nach ICD-10 und DSM-V	21
4.3 Epidemiologie und komorbide Störungen	25
4.4 Resilienz	27
4.5 Anforderungen an die Behandlung traumatisierter Menschen	29
5. Trauma und Sucht	30
5.1 Neurobiologische Aspekte von Trauma und Sucht	32
5.2 Anforderungen an die Behandlung	35
6. Opfer, die zu Tätern werden	36
7. Aktuelle Zahlen aus dem MRVZN Moringen	39
8. Zum Konzept einer Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen	40
9. Forschungsteil: Qualitative Untersuchung als Konzeptevaluation	41
9.1 Theoretischer Hintergrund zur Sozialforschung	41
9.1.1 Quantitative Sozialforschung	41
9.1.2 Qualitative Sozialforschung	42

9.1.2.1	Wesentliche Merkmale nach Lamnek	43
9.1.2.2	Wesentliche Merkmale nach Mayring	44
9.1.2.3	Gütekriterien	45
9.1.2.4	Methoden	46
9.2	Forschungsfragen der wissenschaftlichen Untersuchung	47
9.3	Forschungsdesign	48
9.4	Auswahl und Vorstellung der Experten	50
9.5	Entwicklung des Interviewleitfadens	52
9.6	Qualitative Inhaltsanalyse	52
9.7	Analyse der Interviews	55
9.8	Interpretation der Untersuchungsergebnisse anhand der Forschungsfrage	64
10.	Fazit und Ausblick	67
	Literaturverzeichnis	70
Anhang I	Fachlich-inhaltliche Überlegungen zur Entwicklung eines Konzepts für eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen	
Anhang II	Interview 1 Interview 2 Interview 3 Interview 4 Interview 5	
Anhang III	Anschreiben Experten Anschreiben Patienten Datenschutz Patienten Eidesstattliche Erklärung	

1. Einleitung

In den therapeutischen Einzelgesprächen mit Patienten des Suchttherapiebereichs, die nach § 64 StGB im Maßregelvollzugszentrum in Moringen untergebracht sind, begegnen mir immer wieder Biographien, die geprägt sind von emotionaler und/oder physischer Vernachlässigung, emotionaler Misshandlung, schwerer körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Auffällig ist der vielfach sehr frühe Beginn der Suchtmittelkarriere mit Alkohol und/oder illegalen Drogen mit 10 oder 12 Jahren. Der größte Teil unserer Patienten erhält die Einweisungsdiagnose Polytoxikomanie (ICD-10: F19.2). Ebenso auffällig ist der frühe Beginn der Delinquenz, so dass die ersten Verurteilungen i. d. R. mit Beginn der Strafmündigkeit erfolgen.

Die therapeutische Behandlung im Maßregelvollzug zeichnet sich, verglichen mit anderen stationären Entwöhnungsbehandlungen, dadurch aus, dass sich die Patienten zum einen nicht ausschließlich freiwillig einer Therapie unterziehen, sie wurden dazu verurteilt. Auf die Beweggründe, einer Therapie zuzustimmen, gehe ich in dieser Arbeit nicht weiter ein. Zum anderen hat die Behandlung im Maßregelvollzug den großen Vorteil, auf vergleichsweise lange Zeit angelegt zu sein: Zwei Jahre plus maximal zwei Drittel der parallelen Freiheitsstrafe (§§ 67d, Abs. 1; 67, Abs. 4 StGB). Da Veränderung Zeit braucht, bietet dieser Zeitrahmen für die Behandlung eine große Chance.

Seit Beginn meiner Tätigkeit als Suchttherapeutin und Stationsleiterin im Maßregelvollzugszentrum Moringen im Sommer 2012 beschäftige ich mich im Rahmen von Fortbildungen und Fachliteratur zunehmend mit den Themenbereichen Trauma, Traumafolgestörungen, Posttraumatische Belastungsstörung und dem Zusammenhang von Trauma und Sucht. In der täglichen Begegnung mit den Patienten stelle ich mir oft die Frage, was diese mit ihren belastenden Erfahrungen, die sie ja nicht „vergessen“ haben, gemacht haben? Welche Auswirkungen hatten und haben sie auf ihr Leben? Und was ist mit den Erfahrungen, die sie nicht mehr erinnern, die aber trotzdem wirken? Zunehmend ist mir deutlich geworden, dass wir Psycho- und Suchttherapeuten in der Behandlung unserer Patienten der Verbindung Traumatisierung – Substanzabhängigkeit selten genügend Beachtung schenken.

Es gibt in Deutschland einige wenige Angebote für stationäre Trauma-Sucht-Behandlungen, z. B. in der Asklepios-Klinik Göttingen, in der Fachklinik St. Marienstift Dammer

Berge und in der Fachklinik St. Vitus in Visbek, jedoch ist keine speziell auf den Maßregelvollzug zugeschnitten. „Da Traumafolgestörungen selten in eine Schuldfähigkeitsbeurteilung einbezogen werden müssen und Maßregelpatienten therapeutische Interventionen oft nicht angemessen rezipieren und umsetzen, weil sie sich nicht als traumatisiert erleben, sind Untersuchungen in forensischen Settings selten geblieben. Dennoch finden wir auch in diesem Bereich hohe bis höchste Traumaprävalenzen mit einer PTBS-Auftretenswahrscheinlichkeit von 36 %“ (Dudeck, 2013, S. 394).

Verglichen mit den vereinzelt zu findenden stationären Trauma-Sucht-Therapien spielt bei der Behandlung im Suchttherapiebereich des Maßregelvollzugs darüber hinaus die Tatsache, dass alle Patienten auch Straftäter sind, eine Rolle. Dieser Aspekt muss zwangsweise in die Behandlung mit einfließen. Dudeck (2013) formuliert sehr vorsichtig: „Möglicherweise kann eine dezidierte Traumatherapie bei Straftätern dazu führen, dass sich emotionale Prozesse initiieren lassen, die Opferempathie ermöglichen und so Rückfälligkeit verringern“ (S. 397).

Die Konzeptentwicklung einer Trauma-Sucht-Behandlung für das Maßregelvollzugszentrum Moringen auf der Grundlage des aktuellen Standes der Trauma- und Suchtforschung erscheint mir daher notwendig und schlüssig. Dies soll im Rahmen dieser Masterthesis umgesetzt und mit Hilfe einer qualitativen Untersuchung durch Experteninterviews ausgewertet werden.

Die Arbeit beginnt mit einem Theorieteil, der in Kapitel 2 den Maßregelvollzug, speziell auch den Maßregelvollzug in Niedersachsen inklusive Moringen als Behandlungsgrundlage und rechtlichen Rahmen beschreibt. Um ein umfassendes Bild von den Patientinnen und Patienten des Suchtbereichs, um die es in dieser Arbeit geht, zu vermitteln, fließen einige Ergebnisse der viermal jährlich durchgeführten Stichtagserhebung mit ein. In Kapitel 3 werden die diagnostische Einordnung, Epidemiologie und komorbide Störungen der Sucht dargestellt mit einer anschließenden Auseinandersetzung der Anforderungen an eine Suchtbehandlung.

Traumatisierungen, die diagnostische Einordnung von Traumafolgestörungen, Epidemiologie und komorbide Störungen sowie Schlussfolgerungen für die Behandlung sind Bestandteile des 4. Kapitels. Besonderen Stellenwert haben frühe Traumatisierungen sowie Resilienz.

Mit dem Zusammenhang von Trauma und Sucht setzt sich das 5. Kapitel auseinander, speziell mit den neurobiologischen Aspekten dieses Zusammenhanges.

Als Besonderheit des Maßregelvollzugs wird im 6. Kapitel auf den Zusammenhang von eigener Täterschaft und ehemaligem Opfersein eingegangen.

Das Ergebnis einer klinikinternen Diagnostik der Patientinnen und Patienten des Suchttherapiebereichs im Maßregelvollzugszentrum Moringen zum Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder partiellen Posttraumatischen Belastungsstörung wird in Kapitel 7 dargestellt.

Das 8. Kapitel beinhaltet eine kurze Übersicht zu dem Konzept, selbst befindet es sich im Anhang I.

Im Kapitel 9 folgt dann der Forschungsteil der Masterthesis, einer qualitativen Untersuchung als Konzeptevaluation. Das Kapitel beginnt mit einem kurzen theoretischen Hintergrund zur Sozialforschung.

Die Masterthesis endet mit einem Fazit und Ausblick mit Kapitel 10.

Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit verzichte ich im Weiteren auf die Differenzierung zwischen männlicher und weiblicher Form. Auch wenn der überwiegende Anteil der im Suchttherapiebereich des Maßregelvollzugs lebenden Menschen Männer sind, sind immer beide Geschlechter gemeint, wenn von Patienten, aber auch Interviewpartnern und Mitarbeitern etc. die Rede ist, es sei denn, die weibliche Form wird ausdrücklich verwendet oder findet sich in Zitaten.

2. Der Maßregelvollzug

Im folgenden Kapitel wird auf den Maßregelvollzug in Niedersachsen, das Maßregelvollzugszentrum in Moringen sowie die bundesweit durchgeführte Stichtagserhebung eingegangen.

2.1 Der Maßregelvollzug in Niedersachsen

Die juristische Grundlage für die Unterbringung in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus bilden die §§ 63 und 64 StGB (Strafgesetzbuch, 2015).

Der § 63 StGB (Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus) regelt die Unterbringung von Menschen, die im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) eine Straftat begangen haben und bei denen weitere Straftaten zu erwarten sind. Mindestens einmal im Jahr überprüft das Gericht,

ob die Unterbringung weiter erforderlich ist oder zur Bewährung ausgesetzt werden kann.

Der § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) regelt die Unterbringung von Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit, wobei das die Einweisung auslösende Delikt im Zusammenhang mit der Abhängigkeit steht.

Die Neufassung des § 64 StGB vom 20.02.2007 besagt folgendes:

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen“ (Strafgesetzbuch, 2015).

Im Gegensatz zur Unterbringung nach § 63 StGB ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zeitlich befristet, und zwar auf zwei Jahre plus maximal zwei Drittel der parallelen Freiheitsstrafe (§§ 67d, Abs. 1; 67, Abs. 4 StGB). Eine gerichtliche Überprüfung muss mindestens alle sechs Monate erfolgen. Außerdem ist im Gegensatz zum § 63 StGB eine Unterbringung von voll schuldfähigen Tätern in einer Entziehungsanstalt möglich.

Das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz vom 1. Juni 1982 (Volckart, 1997) gibt die Regeln der Unterbringung vor. Unter anderem heißt es:

„§ 2 Grundsätze. (1) Ziel der Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus ist es, den Untergebrachten soweit wie möglich zu heilen oder seinen Zustand soweit zu bessern, dass er nicht mehr gefährlich ist. Ziel einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist es, den Untergebrachten von seinem Hang zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben. Beide Maßregeln dienen zugleich dem Schutz der Allgemeinheit.

(2) Soweit wie möglich soll der Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden und den Untergebrachten auf eine selbstständige Lebensführung vorbereiten. Seine familiäre, soziale und berufliche Eingliederung soll gefördert werden“ (S. 332).

Allein mit dem § 2 werden ganz entscheidende Behandlungsaufträge der Unterbringung nach §§ 63 und 64 StGB deutlich: Es geht um Heilung (Besserung) und Schutz der Allgemeinheit (Sicherheit); ebenso wird auf eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft als weiteres Ziel der Behandlung hingewiesen.

2.2 Das Maßregelvollzugszentrum in Moringen

Die Geschichte des Maßregelvollzugszentrums Niedersachsen (MRVZN) in Moringen ist geprägt von Verwahrung und Betreuung von Menschen. Vom Waisenhaus im Jahr 1738 wechselte es 1818 in eine Straf- und Korrekationsanstalt und wurde 1838 polizeiliches Werkhaus. Während der Zeit des Nationalsozialismus fand im Jahr 1933 die Umwandlung in ein Konzentrationslager statt, zunächst über ein Jahr für politische gefangene Männer, bis 1938 für Frauen und von da an für Jugendliche als „Jugendschutzlager“ bis 1945. Ab 1948 wurden die Gebäude als Werkhaus durch das Land Niedersachsen genutzt, schon damals für psychisch kranke Straftäter und Alkoholiker. Die Umbenennung in „Niedersächsisches Landeskrankenhaus Moringen“ erfolgte 1966. Im Jahr 2011 wurden im Rahmen der Verwaltungsreform die Landeskrankenhäuser Moringen, Brauel und Bad Rehburg zum Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen als gemeinsamer Landesbetrieb zusammengeschlossen (Internetauftritt des MRVZN Moringen). Die Verwaltung für alle drei Einrichtungen befindet sich in Moringen.

Das MRVZN Bad Rehburg hat 100 Plätze für Alkoholranke Männer, die nach § 64 StGB untergebracht sind, Brauel bietet 150 Plätze für Männer und Frauen. Zusätzlich gibt es in vielen weiteren Psychiatrischen Kliniken in Niedersachsen einzelne oder mehrere Stationen mit forensisch untergebrachten Patienten.

Zum Stichtag vom 29.06.2016 hat das MRVZN Moringen 412 belegte Planbetten, 347 Männer und 65 Frauen. Dies sind ca. ein Drittel aller Maßregelvollzugspatienten in Niedersachsen, Moringen ist somit die größte der niedersächsischen Einrichtungen. Von den 412 Patienten sind 262 nach § 63 StGB untergebracht, 123 nach § 64 StGB, die restlichen z. B. zur Begutachtung nach § 126a StPO oder zur Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB. 62 Patienten der Gesamtzahl befinden sich als Vorstufe zur Entlassung

aus der Maßregel im sogenannten „Probewohnen“, d. h. sie sind noch in der Maßregel untergebracht, jedoch nicht mehr stationär in Moringen, sondern entweder in einer Adaptionseinrichtung (30 Patienten) oder in einer eigenen Wohnung (32 Patienten). 16 der Gesamtpatienten leben aktuell in Hannover im Offenen Maßregelvollzug, einer Vorstufe des „Probewohnens“.

Angegliedert an das MRVZN Moringen ist eine Psychiatrische Institutsambulanz Forensik (PIAF), die zum einen „Probewohner“ des eigenen Hauses betreut, aber auch ehemals Untergebrachte, die bereits aus der Maßregel per Gerichtsbeschluss entlassen wurden. Die Institutsambulanzen der verschiedenen Kliniken haben sich ganz Niedersachsen flächenmäßig aufgeteilt, die Zuständigkeiten richten sich nach dem Wohnort der entlassenen Patienten.

In dieser Arbeit wird ausschließlich Bezug genommen auf Patienten, die stationär nach § 64 StGB untergebracht sind.

Im Suchttherapiebereich in Moringen gibt es seit 2011 eine Aufnahme- und Kriseninterventionsstation, drei weiterführende Stationen, von den zwei in Wohngruppen für 4 bis 5 Patienten aufgeteilt sind. Zusätzlich gibt es seit März 2016 in Göttingen im neu gebauten MRVZN eine Motivationsstation, gedacht für Patienten, die sich nicht sicher sind, ob sie sich weiter für die Therapie oder einen Abbruch und damit Rückgang in die Haft entscheiden sollen.

Auf die Behandlung von Alkoholabhängigen hat sich das MRVZN Bad Rehburg spezialisiert, in Brauel und Moringen sind vor allem Abhängige illegaler Drogen untergebracht.

Bis vor wenigen Monaten hatten Opiatabhängige in niedersächsischen Maßregelvollzugseinrichtungen seit ca. sechs Jahren ausschließlich in Moringen die Möglichkeit der Substitution; im Durchschnitt sind dies ein Drittel aller Suchtpatienten. Einzig die forensische Klinik in Lüneburg hat sich aktuell auch für eine Substitutionsbehandlung entschieden.

Für den Suchttherapiebereich im MRVZN Moringen gibt es ein Lockerungskonzept, beginnend mit Gemeinschaftsausgang. In dieser Phase können zwei Patienten mit einer Pflegekraft im Ort einkaufen, auch an sozialtherapeutischen Stationsaktivitäten wie

Wanderungen etc. teilnehmen. Haben sich die Patienten in dieser Phase bewährt, können sie Einzelausgänge beantragen. Diese werden nach Zustimmung der entsprechenden Staatsanwaltschaft gestaffelt bis hin zu Tagesausgängen und Urlauben.

Gerade im Hinblick auf die Komorbiditäten ist die Unterbringungszeit gar nicht so lang, wie sie, verglichen mit sonstigen stationären Entwöhnungsbehandlungen (maximal 26 Wochen für eine stationäre Opiattherapie), erscheint. Zumal das Aufgabenspektrum sehr groß ist. Von der Haar (2002) beschreibt den Umfang beginnend mit der Entgiftung und endend mit konkreten Entlassungsvorbereitungen. Und dazwischen findet die Suchttherapie statt.

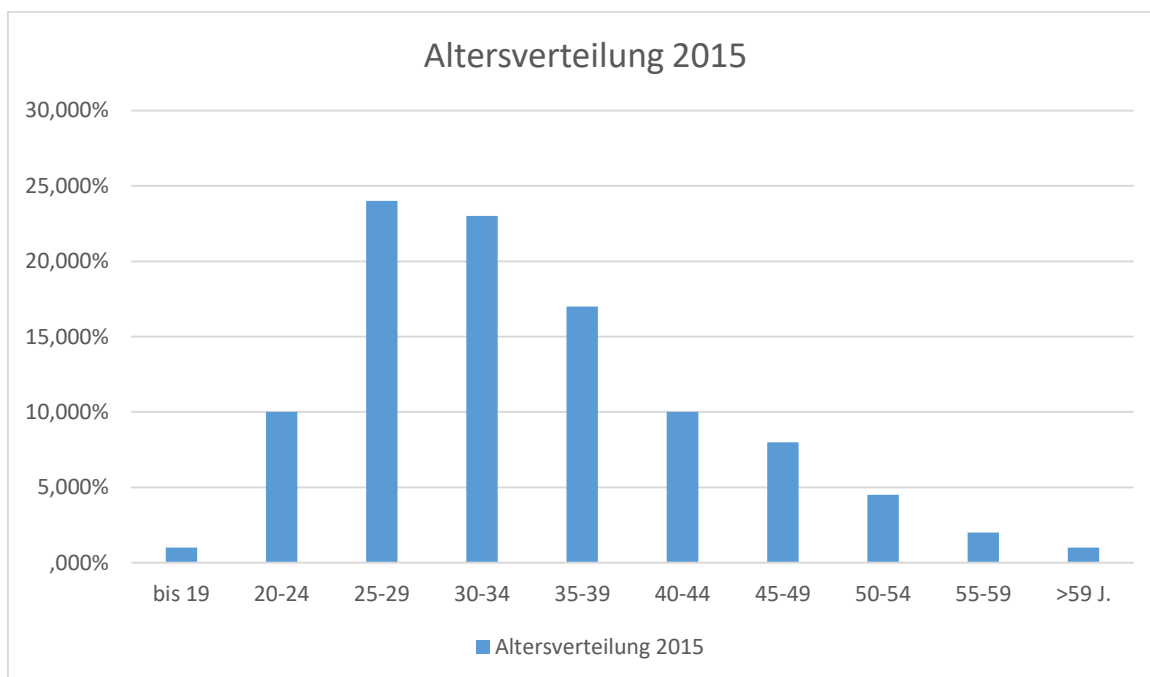
2.3 Ergebnisse der bundesweiten Stichtagserhebung

Viermal im Jahr wird bundesweit in den Maßregelvollzugseinrichtungen für die Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind, eine Stichtagserhebung durchgeführt, die Dr. von der Haar, bis vor kurzem ärztlicher Direktor des MRVZN Bad Rehburg, ausgewertet hat. Die aktuellste Auswertung ist auf der Seite des MRVZN Bad Rehburg für jeden einsehbar. Für das Jahr 2015 wurde bei knapp 25% der Patienten als zusätzliche psychiatrische Diagnose eine Persönlichkeitsstörung angegeben. Diese gliedern sich auf in 40% dissoziale Persönlichkeitsstörung, 23% kombinierte, 15% emotional instabile und ca. 5% narzisstische Störungen. Die Zahlen differieren kaum zwischen Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und einer Abhängigkeit illegaler Substanzen. Leider gibt es keine Angaben zur prozentualen Verteilung der Abhängigkeit von Alkohol – Abhängigkeit illegaler Drogen.

Große Unterschiede gibt es jedoch bei den Einweisungsdelikten: bei den Alkoholabhängigen stehen Körperverletzungen mit 47% an erster Stelle, gefolgt von Eigentumsdelikten (mit und ohne Gewalt) mit 21%, dann Tötungsdelikte mit 12,5% und Sexualdelikte mit 8%. Bei den Abhängigen illegaler Substanzen war das Einweisungsdelikt bei 40% Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz, bei 34% Eigentumsdelikte (mit und ohne Gewalt), bei 21% Körperverletzung und bei knapp 3% ein Tötungsdelikt.

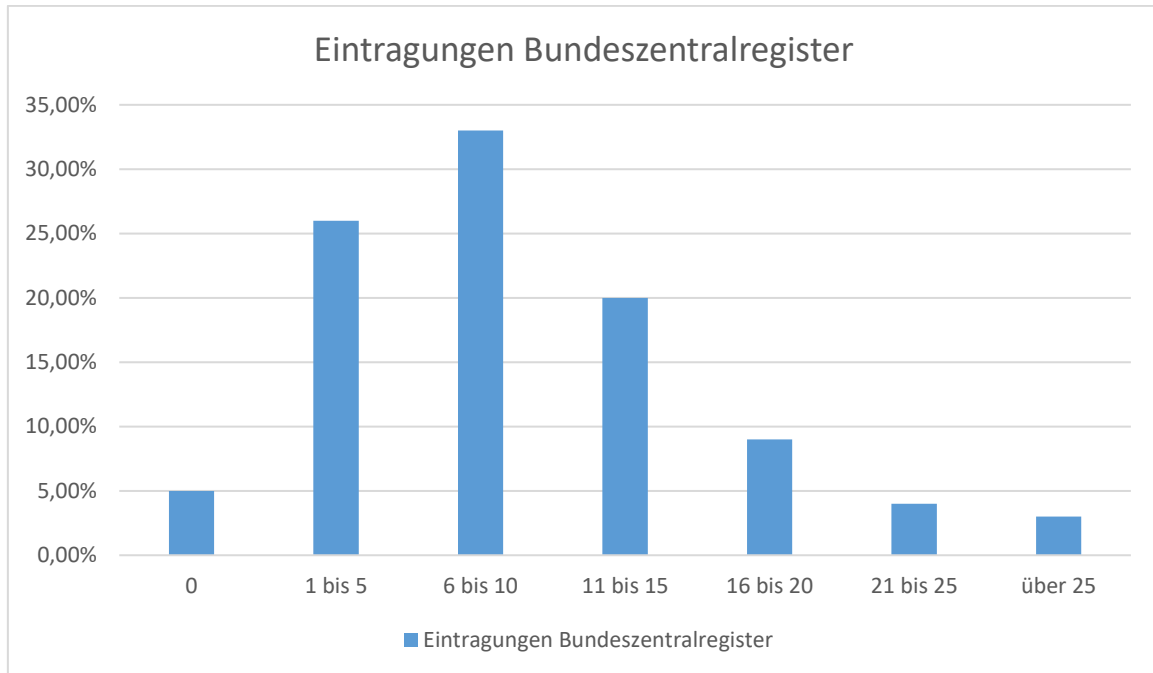
Das folgende Diagramm zeigt, wie jung die Patienten des Suchttherapiebereichs im Maßregelvollzug sind, der größte Anteil liegt zwischen 25 und 39 Jahren. Dies ist beson-

ders vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass der Maßregelvollzug häufig als „Endstation“ betrachtet wird, bringen doch viele Patienten therapeutische Vorerfahrungen mit; auch Therapien nach dem § 35 BtMG werden häufig genannt.



(Quelle: von der Haar, 2015)

Zieht man noch das zweite Diagramm dazu, wird deutlich, dass die letzte Verurteilung nicht die erste des Lebens ist. Entsprechend hoch sind auch die Zeiten, die die Patienten, unabhängig vom Einweisungsdelikt, bereits in Haft verbracht haben: 22% waren bereits ein Jahr in Haft, 16% bis zu zwei Jahren, ca. 7% zwischen sieben und zehn Jahren und 7% über zehn Jahre.



(Quelle: von der Haar, 2015)

Diese Zahlen verdeutlichen, dass sich die Behandlung im Maßregelvollzug nicht auf eine ausschließliche Suchttherapie beschränken kann, sondern sowohl die Behandlung der komorbiden Störungen als auch eine Deliktbearbeitung mit einbeziehen muss.

3. Sucht / Abhängigkeit

Der Begriff „Sucht“ entwickelte sich aus dem althochdeutschen „Siech“, was Krankheit / krank sein bedeutete. Aus demselben Wortstamm entstanden z. B. auch Begriffe wie Sehnsucht – krank vor Sehnen. Erst im 18. Jahrhundert hielt der Suchtbegriff als Bezeichnung für übermäßiges Trinken Einzug in den deutschen Sprachgebrauch (Klein, 2001).

Lange Zeit wurde Sucht als Charakterschwäche gesehen, doch „seit Mitte des 19. Jahrhunderts mehrten sich die Quellen, die Alkoholismus als Krankheit ansehen. Bereits vor dem Ersten Weltkrieg wurden in Deutschland die ersten Trinkerheilstätten gegründet“ (Klein, 2001, S. 228).

Im Jahr 1964 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Definition von Sucht und Abhängigkeit, in der als zur Sucht gehörend der Zwang zum Konsum, die

Tendenz zur Dosissteigerung und die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung benannt wurden. Mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. Juni 1968 wurde Sucht / Abhängigkeit als Krankheit anerkannt. Diese Entscheidung hatte weitreichende Konsequenzen in zweierlei Hinsicht: Sucht als anerkannte Krankheit konnte nicht mehr auf den Status der Charakterschwäche reduziert werden, und für die Behandlung der Folgekrankheiten sowie Entzugstherapien waren nun die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zuständig.

In der Fachliteratur werden die Begriffe Abhängigkeit und Sucht gleichwertig benutzt, woran sich diese Arbeit ebenfalls orientiert.

3.1 Diagnostische Einordnung nach ICD-10 und DSM-V

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) der WHO werden für die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ insgesamt sechs Kriterien aufgeführt, von denen drei in den letzten zwölf Monaten aufgetreten sein müssen:

1. Zwang zu konsumieren;
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Ende und Menge des Konsums;
3. Körperliche Entzugserscheinungen bei Beendigung oder Reduktion des Konsums;
4. Toleranzentwicklung gegenüber dem Suchtmittel;
5. Vernachlässigung anderweitiger Interessen sowie erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung des Suchtmittels;
6. Anhaltender Konsum trotz des Wissens um die Gefährlichkeit des Suchtmittels.

Im MRVZN Moringen wird im Wesentlichen mit Patienten gearbeitet, die aufgrund einer Abhängigkeit behandelt werden. Auf die im Folgenden genannten Störungen, die im Kap. F1 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (Dilling et al., 2008) beschrieben werden, wie: Akute Intoxikation, schädlicher Gebrauch, Entzugssyndrom (mit Delir), psychotische Störung, amnestisches Syndrom und Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung, wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

Im Diagnostischen und Statistischen Manual DSM-V (2015) wird zwischen Missbrauch und Abhängigkeit nicht mehr unterschieden, vielmehr sind die Ausprägungsgrade entscheidend. Es gibt insgesamt elf Kriterien, über die eine Substanzgebrauchsstörung diagnostiziert werden kann. Zusätzlich zu den sechs Kriterien der ICD-10 benennt das DSM-V folgende Punkte:

- Der wiederholte Konsum hat Versagen bei der Arbeit, Schule oder zu Hause zur Folge;
- Trotz körperlicher Gefährdung wird der Konsum nicht beendet;
- Der Konsum wird, trotz sozialer und/oder zwischenmenschlicher Probleme, fortgesetzt;
- Es gibt erfolglose Versuche der Kontrolle über den Konsum;
- Der Zeitaufwand bzgl. Beschaffung, Konsum und Erholen vom Konsum wird immer größer.

Beim Auftreten von zwei Kriterien innerhalb der letzten zwölf Monate gilt die Diagnose der Substanzgebrauchsstörung als erfüllt, bei zwei bis drei wird die Symptomatik moderat eingestuft, ab vier als schwer.

Es wird ersichtlich, dass das DSM-V im Vergleich zur ICD-10 ein größeres Augenmerk auf die soziale, berufliche und gesundheitliche Situation des Konsumenten hat. Es bezieht somit mehr den Menschen als Ganzes, in seiner gesamten Lebenssituation in die Diagnostik mit ein.

3.2 Epidemiologie

Der Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Stand: Mai 2015) gibt zu Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit folgende Zahlen an: Ca. 3,1% der erwachsenen Allgemeinbevölkerung weisen eine Alkoholabhängigkeit nach dem DSM-IV auf, ca. 3,4% einen Missbrauch.

Lehner und Kepp geben im Jahrbuch Sucht 14 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS, 2014) ähnliche Zahlen an: Bei 3,1% der 18 bis 64-jährigen wurde nach dem DSM-IV ein Alkoholmissbrauch diagnostiziert, bei 3,4% eine Abhängigkeit. Die Geschlechterverteilung sieht folgendermaßen aus: Bei 4,7% der Männer und 1,5% der Frauen liegt Missbrauch vor, bei 4,8% der Männer und 2,0% der Frauen eine Abhängigkeit. Diese Zahlen sind deckungsgleich mit denen im Jahrbuch Sucht 2016.

Sowohl für Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit als auch Missbrauch/Abhängigkeit illegaler Substanzen gilt, dass Männer häufiger betroffen sind als Frauen.

Beim Konsum illegaler Drogen steht Cannabis im Vordergrund. Der Drogen- und Suchtbericht von 2015 gibt an, dass bei ca. 0,5% der Bevölkerung Cannabismissbrauch/-abhängigkeit vorliegt. Bei 0,2% liegt eine Kokainabhängigkeit vor und bei 0,1% eine Amphetaminabhängigkeit. Zahlen zu Heroinabhängigkeit gibt es weder im Suchtbericht 2015, noch im Jahrbuch Sucht (2014). Es wird jedoch festgestellt, dass der Heroinkonsum weiter zurückgeht. Dies ist vielleicht auch als Ergebnis der zunehmenden Substitution anzusehen. Waren im Jahr 2006 noch 46.000 Substitutionspatienten gemeldet, so waren es im Jahr 2013 bereits 77.300 (Jahrbuch Sucht, 2014).

Zugenommen haben das Angebot und der Verbrauch von synthetischen Cannabinoiden sowie Amphetamin und Metamphetamin.

Im Hinblick auf Medikamentenabhängigkeit möchte ich an dieser Stelle nur auf Schlafmittel und Tranquilizer aus der Familie der Benzodiazepine eingehen, da sie für die Patienten des Suchtbereichs im Maßregelvollzug die wesentliche Rolle spielen. Glaeske & Hoffmann (2014) geben an, dass bei ca. 1,1 bis 1,2 Millionen Menschen in Deutschland eine Abhängigkeit von Benzodiazepinderivaten vorliegt, von anderen Arzneimitteln (z. B. Schmerzmitteln) ca. 300.000 bis 400.000, also insgesamt 1,5 Millionen.

In der Polizeilichen Kriminalstatistik aus dem Jahr 2012, die im letzten veröffentlichten Jahrbuch Sucht (2014) in Auszügen erwähnt wird, findet sich die Angabe, dass 32,1 % aller Gewaltstraftaten unter Alkoholeinfluss stattfanden. Angaben zu Drogeneinfluss bei Gewaltdelikten gibt es leider nicht.

Die wenigsten Suchtpatienten im MRVZN Moringen weisen eine Abhängigkeit von nur einem Suchtmittel auf, ein großer Teil erhielt die Einweisungsdiagnose Polytoxikomanie (ICD-10: F 19.2). Die einzelnen Suchtmittel werden entsprechend ihrer Wirkung und den aktuellen Bedürfnissen eingesetzt. Es werden gleichzeitig Heroin und Kokain i.v. konsumiert, Cannabis wird zur Entspannung eingesetzt. Umfassender Kokain- und Alkoholkonsum kommt überdurchschnittlich häufig vor. Den Kombinationsmöglichkeiten sind keine Grenzen gesetzt. Auf die Frage, welche Drogen sie konsumiert haben, antwortet ein Großteil der Patienten: "Alles".

3.3 Komorbide Störungen

Komorbidität bezeichnet die Diagnose von mehr als einer Störung bei einem Menschen, wobei die Störungen nicht zur gleichen Zeit vorliegen müssen.

Lieb und Isensee (2007) vergleichen vorliegende Studien zur Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen. Nach einer zitierten Studie von Kessler et al. aus dem Jahr 1995 geben ca. $\frac{3}{4}$ der Frauen und Männer mit einer Alkoholabhängigkeit mindestens eine weitere psychische Störung an, 34% der Männer und 47% der Frauen geben mehr als drei komorbide Störungen an.

Bezogen auf die gesamte Lebenszeit besteht bei Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit ein über 2-fach erhöhtes Risiko, an einer Angststörung zu erkranken und ein noch höheres Risiko - je nach Studie bis zu 3,8-fach erhöht - für eine depressive Störung. Bei ca. 21% der Alkoholabhängigen wurde eine dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und gut 40% geben zusätzlichen Missbrauch oder Abhängigkeit von illegalen Drogen an.

Hinsichtlich komorbider Störungen von Abhängigen illegaler Drogen geben Lieb und Isensee (2007) an, dass 35% an einer affektiven Störung, 45% an einer Angststörung, 50% an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und 34,5% an einer Major Depression leiden.

Sowohl für Alkohol als auch für illegale Drogen gilt, dass die Häufigkeit komorbider Störungen bei einer vorliegenden Abhängigkeit erheblich höher ist als bei einem Missbrauch.

Besonders interessant sind die Angaben von Lieb und Isensee (2007) zum zeitlichen Auftreten von Suchtmittelabhängigkeit und komorbider Störung: Sowohl bei Alkohol als auch illegalen Drogen geben ca. 60% der Männer und über 70% der Frauen an, dass die komorbide Störung zuerst da war. Dies lässt, zumindest für diesen Personenkreis, darauf schließen, dass das entsprechende Suchtmittel in Form einer Selbstmedikation zur Symptomlinderung eingesetzt wurde.

3.4 Anforderungen an die Behandlung Suchtmittelabhängiger

Den Grundstein einer jeden psychotherapeutischen Behandlung bildet eine umfassende Diagnostik; dies trifft auch für Abhängigkeitserkrankungen zu. Die Integrative Therapie geht grundsätzlich davon aus, dass die Summe und die Interaktion verschiedenster Faktoren eine Suchtmittelabhängigkeit begünstigen, entsprechend umfangreich ist die Diagnostik - vor allem vor dem Hintergrund, dass „die Lebenssituation Drogenabhängiger ... mit Blick auf körperliche, psychische und soziale Faktoren generell als schwierig zu charakterisieren“ ist (Schay, Görger & Bläsing, 2007, S. 150).

Osten (2007) benennt fünf Bereiche der Integrativen psychotherapeutischen Diagnostik:

- Psychosoziale Anamnese,
- Klassifikation nach ICD bzw. DSM, inkl. Komorbidität,
- Ätiologische Diagnostik,
- Ressourcen- und Resilienzanalyse und daran anschließend die
- Behandlungsplanung.

Die ätiologische Diagnostik wiederum deckt sechs Bereiche ab:

- „(1) Defizite und prolongierte Mangelenerfahrungen
- (2) Konflikte und andere spannungsreiche Störungen
- (3) Maligne Lern- und Adaptionserfahrungen
- (4) Überforderung und zeitextendierter Stress
- (5) Traumatisierungen
- (6) Sozialökologische Einflüsse“ (Osten, 2007, S. 206).

Therapie wird in der Integrativen Therapie verstanden als Lernprozess des Heilens und Förderns, wobei Heilung als „Wiederherstellen und Entwickeln der Kompetenz zur Selbstregulation“ (Scheiblich & Petzold, 2006, S. 482) verstanden wird. Ziel ist es, Fähigkeiten und Fertigkeiten „unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen und Potentiale“ (Ebert & Könnecke-Ebert, 2007, S. 165) zu entwickeln.

Lernen bedeutet immer, etwas Neues und somit eine Veränderung zuzulassen. Lernen ermöglicht vor allem dann eine Veränderung, „wenn sich in ihm

- (1) leibliches Erleben,
- (2) emotionale Erfahrungen und

- (3) kognitive Einsicht in
- (4) zwischenmenschlicher Bezogenheit zu Ereignissen von VITALER EVIDENZ verbinden, die
- (5) ein anderes Wollen und Handeln ermöglicht“ (Scheiblich & Petzold, 2006, S. 487).

Damit wird ein Weg geebnet, der eine sichere und vertrauensvolle therapeutische Beziehung beinhaltet, aber weit über die üblichen Einzel- und Gruppensitzungen hinausgeht: Durch den Einsatz von kreativen Medien und Erfahrungen mit dem eigenen Körper durch verschiedenste Tätigkeiten wie bspw. Laufen, Meditation und Kampfkunsttechniken erfährt der Patient sich als ganzes Subjekt neu oder entdeckt längst verschüttete Potentiale wieder.

4. Trauma

Der Begriff „Trauma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Die allgemeine Definition heißt: „Eine schädigende von außen treffende Gewalteinwirkung ... Ein Trauma körperlicher Art ... kann entweder nur körperliche Folgen haben oder mittelbar seelische Störungen auslösen. Ein Trauma seelischer Art ... kann entweder rein seelische Reaktionen oder zugleich körperliche ... hervorbringen“ (dtv-Lexikon, 1974, Bd. 18, S. 297).

Zimmermann (2015) beschreibt, dass vor allem die großen Kriege des 20. Jahrhunderts Wissenschaftler dazu brachten, sich mit den Folgen extremer Belastungen auf den Menschen auseinanderzusetzen. Schon während des Amerikanischen Bürgerkrieges (1861 – 1865) wurden körperliche Symptome bei Soldaten beschrieben, die zunächst nicht erklärbar waren. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde der Begriff „Kriegszitterer“ bei Soldaten geprägt, die nach einer langen Zeit in Schützengräben teilweise an einzelnen Extremitäten oder am ganzen Körper zitterten. Im Zweiten Weltkrieg traten bei Soldaten vor allem Störungen des Magen-Darm-Traktes auf. Bei all diesen Reaktionen der Soldaten wurde nur sehr schleppend eine Psychogenese in Betracht gezogen.

Der Psychiater Ulrich Venzlaff diagnostizierte 1952 bei einem ehemaligen Nazi-Verfolgten eine „verfolgungsbedingte Neurose“, was für viel Aufsehen sorgte. 1956 prägte er den Begriff des „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels“, der Vorbereiter war für die Diagnose „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10: F62.0) (Freyberger & Freyberger, 2015).

Erst die nicht zu übersehenden psychischen und physischen Folgen des Vietnamkrieges auf die amerikanischen Soldaten löste eine psychiatrische Auseinandersetzung mit der menschlichen Reaktion auf extrem belastende Ereignisse aus. Die Ergebnisse der Untersuchungen an Vietnam-Veteranen sowie an Vergewaltigungsopfern hatten eine Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zur Folge, die erstmals 1980 im DSM-III aufgenommen wurde (Wagner, 2015).

Eine kurze und doch sehr umfassende Definition eines psychischen Traumas geben Fischer & Riedesser (2003):

Eine „psychische Traumatisierung lässt sich definieren als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 2003, S. 375).

In dieser Definition werden verschiedene wichtige Merkmale einer Traumatisierung deutlich: Die Bedrohung betrifft den Menschen als Ganzes, die Schwere der Folgen ist abhängig von den persönlichen Resilienzfaktoren des Betroffenen, die Notfallreaktionen Kampf oder Flucht sind nicht möglich und das Erlebte wirkt zeitlich lange nach.

Petzold (2002) beschreibt Traumata als „externe (z. B. Verletzung, Misshandlung) und/oder interne (z. B. Krankheit, Vergiftung) Überstimulierungen. ... Traumatisierungen können durch extreme Über- oder Unterstimulation gesetzt werden, wie z. B. Unfälle, Krankheiten, Überfall, akute Deprivation: Sie sind niemals ‚nur psychisch‘, sondern immer auch intensives körperliches Erleben mit Folgen innerhalb des Leibes (z. B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), die nur auf der Ebene des Leibes angegangen werden können“ (S. 511). Petzold ergänzt die Definition von Fischer & Riedesser um eine wichtige Dimension, nämlich die physische Reaktion auf eine psychische Traumatisierung.

Grundsätzlich ist eine traumatische Situation durch drei Faktoren gekennzeichnet:

Das (subjektive) Erleben von

1. Todesangst
2. Absoluter Hilflosigkeit
3. Kontrollverlust und Ohnmacht.

Man unterscheidet zwischen einmaligen traumatischen Ereignissen (Typ-I-Trauma) wie Naturkatastrophen, Verkehrs-/Arbeitsunfällen und kriminellen Gewalttaten sowie länger-dauernden bzw. wiederholten Traumen (Typ-II-Trauma). Darunter fallen bspw. Geiselhaf, mehrfache Folter, Kriegsgefangenschaft, KZ-Haft sowie wiederholte sexuelle und/oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie Vernachlässigung. Besonders bei durch Menschen verursachte Traumata, sogenannte „man made disaster“ vom Typ-II-Trauma, sind Traumafolgestörungen häufig die Konsequenz.

4.1 Die Besonderheit der frühen Traumatisierungen

Eine besondere Bedeutung kommt den interpersonalen Traumatisierungen in der Kindheit zu. In ihrer Arbeitsgruppe „Psychotraumatologie I – Grundlagen der Psychotraumatologie, Traumafolgestörungen, Neurobiologie der Traumaverarbeitung“ auf den Hamburger Suchttherapietagen 2016 benennen Teunißen und Voigt hierzu:

- Sexuelle Gewalt
- Körperliche Gewalt
- Emotionale Misshandlung
- Emotionale Vernachlässigung
- Physische Vernachlässigung.

Streeck-Fischer (2014) führt eine lange Reihe an Symptomen auf, die „bei Kindern und Jugendlichen als Folge von traumatischen Belastungen auftreten (können) ...: Es können allgemeine Ängste auftreten, begleitet von Hyperaktivität, mangelhafter Impulskontrolle, Einnässen, Schlafstörungen, sozial unpassendem Verhalten, Wiederholung des traumatischen Ereignisses in Träumen, Fantasie, aggressivem Spiel, selbstdestruktivem Verhalten und Delinquenz, depressiven Symptomen, einem mangelhaft integrierten Selbstkonzept, Gefühlen von Hilflosigkeit, Problemen, ins Bett zu gehen und einzuschlafen, Alpträumen, Essstörungen, Schuldgefühlen, Rückzug, Misstrauen, Irritabilität, Vermeiden von Reizen, Betäubung, Erregungszuständen, im Gefolge dann Substanzmittelmissbrauch, Suizidversuchen, chronischem Ärger, instabilen Beziehungen und Dissoziation. Die Bereitschaft zu Hyperaktivität geht meist mit erhöhter Zerstreuung, Konzentrationsproblemen, Ruhelosigkeit, Konfusion, Tagträumen und Schwierigkeiten in der Schule einher“ (S. 114).

Streeck-Fischer (2014) stellt geschlechtsabhängige Reaktionen auf Traumatisierungen, wie bspw. Missbrauch, fest: Mädchen entwickeln eher Depressionen, Suizidalität,

Selbstverletzungen, Dissoziation und Somatisierung; die Reaktion ist also eher gegen die eigene Person gerichtet. Jungen hingegen entwickeln zwar auch Depressionen, eine PTBS und Angststörungen, aber auch Suchtmittelabhängigkeit, Dissozialität und Gewalt; sie gehen somit häufiger mit ihrer Reaktion nach außen, gegen andere.

Nach Streeck-Fischer (2014) entwickelt sich bei Traumatisierungen durch eine frühe Bindungsperson bei Kindern ein Konflikt: Auf der einen Seite wird weiterhin die Bindung gesucht, auf der anderen Seite kann nicht gelernt werden, sich vor weiteren Traumatisierungen zu schützen. Damit ist das Kind/der Jugendliche in einem traumaaktivierenden Bindungssystem gefangen.

Strauß (2013) beschreibt, dass Kinder, die durch eine frühe Bindungsperson traumatisiert wurden, häufig „desorganisierte Bindungen“ entwickeln, „die sich als Fehlen von Bewältigungsstrategien in bedrohlichen Situationen und unvereinbaren Verhaltensweisen manifestieren“ (S. 99).

Moggi (2005) konkretisiert neben den Kurzzeitfolgen von frühen Misshandlungen und Missbrauch typische Langzeitfolgen, die häufig erst im Erwachsenenalter auftreten: PTBS, Angststörungen und Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtmittelabhängigkeit, selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, somatische und psychosomatische Symptome, dissoziative Störungen, Schlaf- Ess- und sexuelle Störungen sowie Störungen in sozialen Beziehungen.

Eine repräsentative Befragung von 3.241 Personen im Alter von 16 bis 59 Jahren zu ihren Kindheitserfahrungen mit körperlicher Gewalt durch Eltern, die das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen im Jahr 1992 durchführte (zitiert nach Deegener, 2005), zeigt hohe Zahlen: 36,1 % der Befragten gaben an, „selten“ körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, 38,8 % „häufiger als selten“. Insgesamt waren 10,6 % Opfer körperlicher Misshandlungen, davon 4,7 % „häufiger als selten“.

In einer neueren Befragung von Bussmann im Jahr 2002 (zitiert nach Deegener, 2005) beschreiben 17,1 % der befragten Eltern und 19,2 % der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren die Erziehungsmaßnahmen als gewaltbelastet.

Als zusammenfassende Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zu sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen gibt Deegener (2005) folgende Zahlen an: 15 %

erlebten sehr intensiven sexuellen Missbrauch, 35 % intensiven, 35 % weniger intensiven und 15 % sexuellen Missbrauch ohne Körperkontakt.

Ergänzend noch das Ergebnis einer Befragung durch Pfeiffer & Wetzels aus dem Jahr 1997 (zitiert nach Deegener, 2005) zu elterlicher Partnergewalt, mit der Kinder und Jugendliche konfrontiert waren: insgesamt gaben 14,7 % an, mit elterlicher Konfliktaustragung untereinander konfrontiert worden zu sein, davon 13,8 % „selten“ und 8,9 % „häufiger als selten“.

All diese Zahlen sind erschreckend hoch, zeigen sie doch allzu deutlich, wie häufig und in welchem Ausmaß Kinder und Jugendliche potentiell traumatisierenden Erlebnissen ausgesetzt sind.

4.2 Diagnostische Einordnung nach ICD-10 und DSM-V

Nach der ICD-10 (Dilling et al., 2008) kann als Traumafolgestörung eine PTBS (F43.1) sowie eine Anpassungsstörung (F43.2), weiterhin eine akute Belastungsreaktion (F43.0) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) diagnostiziert werden. Per Definition muss die akute Belastungsreaktion innerhalb weniger Tage abgeklungen sein und die Anpassungsstörung innerhalb von sechs Monaten. Sollte dies nicht zutreffen, soll die Diagnose in Übereinstimmung mit dem aktuellen klinischen Bild geändert werden. In dieser Arbeit wird auf diese beiden Störungsbilder nicht eingegangen, weil im MRVZN Moringen i. d. R. Patienten untergebracht sind, die nicht akut traumatisiert sind, sondern an einer Traumafolgestörung wie der PTBS leiden.

Voraussetzung für die Diagnose PTBS in der ICD-10 sind folgende Kriterien:

- Verzögerte Reaktion (bis zu einem halben Jahr) auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), welches bei fast jedem tiefe Verzweiflung hervorrufen würde
- Wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Traumas in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen.

Häufig, aber nicht zwingend für die Diagnose sind:

- Deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von allen Reizen, die an das Trauma erinnern
- Vegetative Störungen, Beeinträchtigung der Stimmung und abnormes Verhalten.

Bei einem chronischen Verlauf über viele Jahre wird die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung diagnostiziert, wobei die PTBS dieser vorangegangen sein kann.

Folgende Kriterien, die vor der Extrembelastung nicht beobachtbar waren, müssen für die Diagnose vorliegen:

- Die Persönlichkeitsänderung muss durchgängig sein und zu Beeinträchtigungen in zwischenmenschlichen, sozialen und beruflichen Kontexten führen
- Feindliche und/oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt
- Sozialer Rückzug
- Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit
- Chronische Nervosität, ähnlich einer Bedrohungssituation
- Entfremdung.

Von den Arbeitsgemeinschaften der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften werden Leitlinien für verschiedene Krankheitsbilder entwickelt, die Ärzte bei ihrer Entscheidungsfindung bzgl. Diagnose und Behandlung unterstützen sollen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sollen so für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen.

Die S3-Leitlinie der PTBS (Flatten et al., 2011) betont, dass die PTBS nur eine spezifische Traumafolgestörung ist und ergänzt die ICD-10 um dissoziative Störungsbilder (F44), somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (F60.31).

Im DSM-V (2015) sind folgende Kriterien für die Diagnose PTBS notwendig:

A. Traumaexposition

- Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt – selbst erlebt oder Zeuge oder Konfrontation damit

B. Wiedererleben (mind. 1 Kriterium)

1. Intrusionen
2. Albträume
3. Flashbacks
4. Intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit Hinweisreizen
5. Deutliche körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen

C. Vermeidung von Hinweisreizen (mind. 1 Kriterium)

1. Vermeidung traumaassoziierter Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle oder die Bemühung der Vermeidung
2. Vermeidung traumaassoziierter Personen, Orte, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen oder die Bemühung der Vermeidung

D. Negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung (mind. 2 Kriterien)

1. Amnesie wichtiger Traumaaspekte
2. Bzgl. Selbst- und Weltwahrnehmung anhaltende und übertrieben negative Überzeugungen
3. Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich Ursachen und Folgen des Traumas
4. Andauernder negativer emotionaler Zustand, wie Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham
5. Vermindertes Interesse oder Teilnahme an Aktivitäten
6. Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von Anderen
7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden

E. Veränderung des Erregungsniveaus (mind. 2 Kriterien)

1. Reizbarkeit und Wutausbrüche
2. Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten
3. Hypervigilanz
4. Übertriebene Schreckreaktionen
5. Konzentrationsschwierigkeiten
6. Schlafstörungen

F. Das Störungsbild dauert länger als einen Monat

G. Das Störungsbild verursacht Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Die Diagnose PTBS kann noch ergänzt werden durch dissoziative Symptome in Form von Depersonalisation oder Derealisation.

Vor allem Menschen, die sehr früh und/oder über eine lange Zeit traumatisiert wurden, weisen häufig komplexe traumatische Syndrome auf. Die Diagnose PTBS ist hierfür nicht ausreichend.

Die S3-Leitlinie (Flatten et al., 2011) gibt als weitere Traumafolgestörungen die dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), Essstörungen (F50), Affektive Störungen (F32, 33, 34) Substanzabhängigkeit (F1) sowie somatoforme Störungen (F45) an. Als häufigste komorbide Störungen einer PTBS werden Depressionen und Substanzmissbrauch genannt.

Auch Langeland und van den Brink (2006) weisen darauf hin, dass schwer traumatisierte Menschen eher eine Konstellation von Symptomen aufweisen als eine spezielle Diagnose. Diese schließen Angst, Depressionen, Somatisierung, Impulskontrollstörungen, Substanzmissbrauch, Dissoziation sowie Selbstverletzung mit ein.

Herman (1993) stellte für diesen Personenkreis die Kriterien der komplexen PTBS zusammen. Eine Expertengruppe um van der Kolk und Herman empfahl, die Kriterien unter dem Namen DESNOS – disorders of extreme stress not otherwise specified – im DSM-IV anstelle der Kategorie Borderline Persönlichkeitsstörung aufzunehmen. Dies geschah jedoch nicht; die komplexe PTBS (im amerikanischen Sprachraum DESNOS) bekam den Rang eines ergänzenden klinischen Beschreibungsmerkmals der PTBS (Sachsse & Sack, 2015).

Die Kriterienbereiche der komplexen PTBS umfassen:

- Über Monate oder Jahre Kriegsgefangenschaft, KZ-Haft, Aussteiger einer Sekte, psychische, physische oder sexuelle Misshandlung oder Missbrauch, sexuelle Ausbeutung, bspw. durch Banden
- Störungen der Affektregulation, wie chronische Suizidgedanken, Selbstverstümmelung, Wut
- Bewusstseinsveränderungen, Dissoziation, Depersonalisation / Derealisation, Intrusionen, Amnesien bzgl. des Traumas
- Gestörte Selbstwahrnehmung, wie Gefühle von Ohnmacht, Schuld, Scham, Stigmatisierung, das Gefühl, von niemandem verstanden werden zu können
- Gestörte Wahrnehmung des Täters, wie unrealistische Einschätzung des Täters (allmächtig oder idealisiert), Übernahme der Überzeugungen des Täters, Gefühl einer besonderen Beziehung zum Täter

- Beziehungsprobleme, wie Rückzug und Isolation, gestörte Beziehungen, Miss-
trauen, Unfähigkeit, sich selbst zu schützen
- Veränderungen des Wertesystems, wie Verlust der Glaubensinhalte, Hoffnungs-
losigkeit und Verzweiflung.

Eine Arbeitsgruppe „Komplexe Traumafolgestörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) entwickelte eine erweiterte Klassifikation von Traumafolgestörungen:

Typ I – „einfache“ PTBS

Symptome: Intrusionen, Vermeidungsverhalten und/oder Numbing, Hyperarousal, ohne Komorbidität psychischer Erkrankungen.

Typ II – PTBS oder partielle PTBS >plus< traumakompensatorische Symptomatik

Symptome: >plus< Komorbidität, z. B. Angst, Depressionen, Somatisierung, Substanzabhängigkeit, Depersonalisation / Derealisation, Phobien, Zwangssymptome, sonstige kompensatorische Symptome.

Typ III – PTBS oder partielle PTBS >plus< persönlichkeitsprägende Symptomatik

Symptome: >plus< schwere emotionale Instabilität, dissoziative Symptomatik, Bindungs- bzw. Beziehungsstörungen, verändertes Selbst- und Weltbild.

Typ IV – PTBS oder partielle PTBS >plus< komplexe dissoziative Symptomatik

Symptome: >plus< Amnesien, Teilidentitätsstörungen, Identitätswechsel. (Schellong, 2013)

Anhand der verschiedenen Diagnosemöglichkeiten von Traumafolgestörungen wird deutlich, dass die bestehenden für die Anwendung in der Praxis noch unzureichend sind und daher laufend weiterentwickelt werden müssen.

4.3 Epidemiologie und komorbide Störungen

Die S3-Leitlinie der PTBS (Flatten et al., 2011) gibt eine Lebenszeitprävalenz der PTBS in Deutschland mit 1,5 % an, wobei die der subsyndromalen Störungsbilder wesentlich höher liegt.

Abhängig von der Art des Traumas entwickeln

ca. 50 % nach Vergewaltigung,

ca. 25 % nach anderen Gewaltverbrechen,
ca. 50 % der Kriegs- Vertreibungs- und Folteropfer,
ca. 10 % der Verkehrsunfallopfer und
ca. 10 % bei schweren Organerkrankungen
eine PTBS.

Bei der Auswertung verschiedener Studien durch Langeland und van den Brink (2006) ergaben sich wesentliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. So reagieren Frauen auf Traumatisierungen eher mit dissoziativen Störungen, Angststörungen, Depressionen und sozialem Rückzug, während man bei Männern eher die Diagnosen ADHS, dissoziale Persönlichkeitsstörung oder Störungen des Verhaltens antrifft. Während Frauen eher die psychologische Dissoziation entwickeln, tritt bei Männern häufiger eine chemische (substanziinduzierte) Dissoziation auf. Dies deckt sich mit den Beobachtungen von Streeck-Fischer (s. Kap. 4.1), die schon bei Kindern und Jugendlichen entsprechende Unterschiede in der Reaktion auf Traumatisierungen feststellte.

Sowohl Langeland und van den Brink (2006) als auch die S3-Leitlinie (Flatten et al., 2011) zitieren bzgl. komorbider Störungen eine Studie von Kessler aus dem Jahr 1995, in der vorrangig Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch als häufigste komorbide Störung diagnostiziert wurde. Sack und Ebbinghaus (2013) ergänzen noch die somatoformen Störungen.

Einen besonderen Stellenwert als komorbide Störung nimmt die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPS) (ICD-10: F60.31) ein. Die Studie von Driessen et al. (2008) kam zu dem Ergebnis, dass ca. 80 % der Borderline - Patienten frühen Traumatisierungen wie emotionalem Missbrauch sowie sexueller und/oder körperlicher Gewalt ausgesetzt waren. Sachsse und Sack (2015) stellen in einer Tabelle die Symptomkriterien der BPS denen der komplexen PTBS gegenüber – es sind vielfältige Überschneidungen feststellbar. Sie gliedern die Symptome der Traumafolgestörungen in externalisierende und internalisierende Typen auf, wobei die BPS eher dem externalisierenden Typus zuzuordnen ist und die komplexe PTBS dem internalisierenden Typus. Traumafolgestörungen sind jedoch häufig Mischformen der beiden Typen. Weiterhin stellen Sachsse und Sack fest, dass zwar ein Großteil der BPS-Patienten Traumatisierungen erlebt hat, dies jedoch keine zwingende Voraussetzung für eine Diagnose sei.

Auch Maercker (2013) setzt sich mit der Frage auseinander, ob eine BPS in vielen Fällen eher als komplexe PTBS zu diagnostizieren sei. Er kommt jedoch zu dem Schluss, dass die Kernsymptome der PTBS, wie z. B. ein durchgängig negatives Selbstkonzept, bei der BPS nicht zwingend vorliegen.

Die Auseinandersetzung vieler Autoren mit der Frage, ob eine BPS eher als komplexe PTBS zu diagnostizieren sei, ist noch nicht abgeschlossen. Auffallend sind die zahlreichen Überschneidungen im Krankheitsbild. Letztlich muss aber auch bei den Patienten mit einer BPS, die Traumatisierungen erlitten haben, diesem Umstand Rechnung getragen werden.

4.4 Resilienz

Nicht alle Menschen, die schweren und langanhaltenden Traumatisierungen ausgesetzt sind, entwickeln eine PTBS oder eine komplexe PTBS. Vor allem die Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, welche Voraussetzungen Menschen mitbringen müssen, um keine Traumafolgestörungen zu entwickeln. Auf dem internationalen Kongress 2005 in Zürich „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“ definierten Welter-Enderlin und Hildenbrand Resilienz als „die Fähigkeit von Menschen, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für persönliche Entwicklung zu nutzen“ (zitiert von Voigt und Teunißen im Seminar „Grundlagen der Psychotraumatologie“ auf den Hamburger Suchttherapietagen 2015). Das problematische an diesem Forschungsbereich ist, dass Traumatisierungen nicht vorhersehbar sind und daher prospektive Längsschnittstudien kaum machbar sind. Nach Pielmaier und Maercker (2015) gibt es entsprechende Untersuchungen nur für Feuerwehrleute und beim Militär. Ebenso zeigt sich Resilienz erst in Krisensituationen, also wenn sie erforderlich ist. Resilienz ist somit auch nicht vorhersehbar.

Teilergebnisse einer Längsschnittstudie zu Resilienz veröffentlichte Werner: „The children of Kauai“ (zitiert von Koshal im Seminar „Durch Ressourcenaufbau Resilienz stärken und Rückfallrisiken mindern“ auf den Hamburger Suchttherapietagen 2016). Werner beobachtete 40 Jahre lang 698 Kinder auf der Hawaii-Insel Kauai von Geburt im Jahr 1955 an. Sie wurden im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren von Kinderärzten und Psychologen untersucht. Ca. 1/3 der Kinder wuchsen unter ausgesprochen problematischen Bedingungen auf, nämlich in chronischer Armut, mit Vernachlässigung, Gewalt in der Familie, Krankheit oder Scheidung der Eltern. Während 2/3 dieser Risikogruppe im Alter

von 10 Jahren schwere Verhaltensstörungen aufwiesen und bereits mit 18 Jahren straffällig waren oder psychische Probleme hatten, zeigte die Gruppe des restlichen Drittels das Gegenteil: Sie absolvierten die Schule, gründeten eine Familie, integrierten sich und waren auch im Alter von 40 Jahren weder arbeitslos noch straffällig. Werner fasste die Resilienzfaktoren zusammen:

- An erster Stelle steht zumindest eine stabile emotionale Beziehung zu einer Person außerhalb der Kleinfamilie, wie Lehrer, Großeltern, Tante/Onkel, Nachbar, durch die adäquate Konfliktlösungsstrategien erlernt werden können
- Ruhiges Temperament, d. h. nicht leicht erregbar
- Die Fähigkeit, offen auf andere zugehen zu können, bspw. um sich Unterstützung zu holen
- Hilfsbereitschaft
- Das Gefühl von Selbstwirksamkeit
- Die Überzeugung, Probleme aktiv bewältigen zu können.

Den Kindern, die schon im Alter von 10 Jahren auffällig waren, wurden spezielle Trainings in Form von Skills angeboten. Ein großer Teil dieser Gruppe führte bei den Untersuchungen mit 32 und 40 Jahren ein sozial integriertes, erfolgreiches Leben. Resilienz ist offenbar erlernbar.

Pielmaier und Maercker (2015) bestätigen die Ergebnisse von Werner. Sie benennen an Schutzfaktoren psychische und physische Gesundheit, ein hohes Maß an Stresstoleranz sowie ein Gefühl von Selbstwirksamkeit. Auch sie geben den größten Stellenwert den positiven sozialen Kontakten, d. h. verlässlichen Bezugspersonen mit Stabilität und Verfügbarkeit und einem erlernten sicheren Bindungsverhalten. Fischer und Riedesser (2003) ergänzen noch an protektiven Faktoren eine überdurchschnittliche Intelligenz, heben aber vor allem eine „dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson“ (S. 146) hervor. Sie geben an, dass diese Beziehung auch schwere Belastungen ausgleichen kann, die z. B. nach Misshandlung oder Missbrauch durch ein Familienmitglied hervorgerufen wurde.

Auch Brisch (2013) betont die Bedeutung einer sicheren Bindung für den Säugling zu zunächst einer Bezugsperson. Folgen weitere sichere Bindungspersonen, ist auf dieser Basis das Kind in der Lage, Urvertrauen zu entwickeln – in andere Menschen, aber auch in sich selbst. Vertrauen in sich selbst zu haben, bedeutet eben auch, ein Gefühl von

Selbstwirksamkeit zu haben und später die Gewissheit, Probleme bewältigen zu können. Fehlen diese Voraussetzungen, fehlen die wichtigsten Resilienzfaktoren.

4.5 Anforderungen an die Behandlung traumatisierter Menschen

In der therapeutischen Begegnung sollte das Augenmerk nicht auf den Defiziten liegen, sondern den Ressourcen des Patienten, „den Prozessen, in denen externe und interne Schutzfaktoren und Resilienzen in den Lebensläufen ... zusammenspielen“ (Scheiblich & Petzold, 2006). Als interne Schutzfaktoren beschreiben Scheiblich und Petzold Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Souveränität, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit sowie positive Kontrollüberzeugungen. Diese Schutzfaktoren zu erlangen ist Ziel der Behandlung. Externale Schutzfaktoren, wie bspw. äußere Sicherheit oder die Verfügbarkeit von Menschen, die Patienten in für sie kritischen Situationen aufsuchen, müssen zunächst zur Verfügung gestellt werden, bis die Patienten in der Lage sind, sich selbst ein sicheres Umfeld zu schaffen.

Solche Veränderungen sind realisierbar, weil die Neuroplastizität des Gehirns (Hüther, 2007) es uns Menschen ermöglicht, alte (erlernte) Bahnen zu verlassen und neue Wege einzuschlagen. Auch wenn der Zeitpunkt zum Erleben von Urvertrauen im Erwachsenenalter verpasst ist, so können traumatisierte Menschen doch die Erfahrung von verlässlichen und sicheren Beziehungen machen. Eine gute Möglichkeit hierzu bietet eine Therapie. Die erste Phase der Traumatherapie hat daher die Schwerpunkte: Sicherheit auf verschiedenen Ebenen erlangen, Stabilität und Wiedererlangen von Kontrolle (Reddemann, 2001; Schay & Liefke, 2009). Zunächst muss äußere Sicherheit gewährleistet sein, die weitere Traumatisierungen ausschließt. Über die therapeutische Beziehung kann interpersonelle Sicherheit erlebt werden. Dem gesamten Personal, das in stationären Therapien den Alltag des Patienten begleitet, muss der Faktor „Sicherheit“ bewusst sein. Erst die Erfahrung einer sicheren Beziehung ermöglicht dem Patienten, sich auf weitere Beziehungen einzulassen und sichere und verlässliche Beziehungserfahrungen zu machen. Reddemann, Liebermann, Söllner und Lampe (2015) betonen, dass gerade bei Patienten mit interpersonellen Traumatisierungen der therapeutischen Beziehung eine besondere Bedeutung zukommt.

Stabilität, innere Sicherheit und damit Wiedererlangen von Kontrolle bezieht sich auf verschiedene Bereiche: Affektregulation, interpersonelle Regulation, Stressbewältigung,

Selbstberuhigung sowie Regulierung von Nähe und Distanz in Beziehungen (Hantke & Görges, 2012; Reddemann et al., 2015). Ziel der Stabilisierung ist es, „schmerzhafte Emotionen, Affekte und Körpererinnerungen so zu ertragen, dass eine Dissoziation und andere traumakompensatorische, eher selbstschädigende Manöver nicht erforderlich werden; dazu gehören neben der bereits genannten Dissoziation psychotische oder somatische Dekompensation, Suizidalität, Substanzmissbrauch“ (Reddemann et al., 2015, S. 640). Traumatisierende Situationen sind immer von Kontrollverlust geprägt; daher ist es für Traumapatienten wichtig, Kontrolle wiederzuerlangen, sich sicher zu sein, dass sie die Kontrolle über ihr Leben, einzelne Situationen und Beziehungen haben (Reddemann & Teunißen, 2006). Ein wichtiger Baustein der Traumatherapie ist daher die Psychoedukation. Ebenso wichtig ist es, die einzelnen Schritte im Therapieverlauf für den Patienten transparent zu machen. Der Patient begreift, warum er in bestimmten Situationen so reagiert, wie er reagiert. Und er fühlt sich ernst genommen, nicht dem Therapeuten ausgeliefert, sondern er kann gleichberechtigt die einzelnen therapeutischen Schritte mitentscheiden.

Ist eine Stabilisierung ausreichend erfolgt, kann in der zweiten Phase mit einer Integration der traumatischen Erinnerungen, vornehmlich mittels Traumakonfrontation, begonnen werden. Eine mögliche Behandlung ist EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing); im Konzept selbst wird auf diese und weitere Techniken näher eingegangen.

Die dritte und letzte Phase der Traumatherapie beinhaltet die Integration der eigenen Geschichte. Reddemann (2001) schreibt, „dass wir das, was uns Schmerz bereitet hat, betrauern müssen, damit wir es akzeptieren können“ (S. 166). Erst dieser Schritt ermöglicht dem Patienten, wieder am Leben teilzunehmen und befriedigende soziale Beziehungen zu leben.

5. Trauma und Sucht

Der Zusammenhang von Sucht und vorangegangenen Traumatisierungen, vor allem frühen Traumatisierungen, ist in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus gerückt. In vornehmlich amerikanischen Studien, die in der Allgemeinbevölkerung sowie in Suchthilfeeinrichtungen durchgeführt wurden, konnten klare Zusammenhänge festgestellt werden. Übersichten zu den Studien finden sich u. a. bei Langeland und van den Brink (2006, S. 97ff), Lüdecke (2010a, S. 17f) sowie Schäfer (2015, S. 263ff).

Auch die Zahlen der größten Studie im deutschsprachigen Raum von Driessen et al. aus dem Jahr 2008 belegen den Zusammenhang von Trauma und Sucht. Es wurden 459 Patientinnen und Patienten aus Suchthilfeeinrichtungen untersucht. Bei 15 % der Alkoholabhängigen, 30 % der Drogenabhängigen und 34 % der Mehrfachabhängigen, unabhängig vom Geschlecht, wurde eine akute oder chronische PTBS diagnostiziert (Driessen et al., 2008).

Wie schon in Kap. 4.2 beschrieben, weisen verschiedene Autoren darauf hin, dass Menschen mit mehrfachen Traumaerfahrungen eher eine Konstellation von Symptomen aufweisen, die als Komplexe PTBS bezeichnet werden (Driessen, Schulte, Wulff & Sutmann, 2006). Die Liste der posttraumatischen Symptome erstreckt sich auf Depressionen, Angststörungen, dissoziative Symptome, Somatisierung, verminderte Impulskontrolle, sozialen Rückzug und Suizidalität (Langeland & van den Brink, 2006).

Eine besondere Form der Dissoziation ist die „chemische Dissoziation“, eine Dissoziation, die durch den Konsum psychotroper Substanzen erreicht wird (Langeland & van den Brink, 2006).

Eine solche Datenlage forderte wissenschaftstheoretische Erklärungen. So basiert der Zusammenhang von Traumatisierung und Suchtentwicklung vornehmlich auf 3 Hypothesen:

- 1) Selbstmedikations-Hypothese: Der Konsum psychotroper Substanzen lindert die Folgesymptome traumatischer Erfahrungen, z. B. Flashbacks und Alpträume.
- 2) Hochrisiko-Hypothese: Die Lebensumstände vieler Suchterkrankten erhöhen das Risiko, (erneute) traumatische Erfahrungen zu machen und damit das Risiko, eine PTBS zu entwickeln.
- 3) Vulnerabilitäts-Hypothese: Bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und Traumaerfahrungen entsteht eine höhere „Sensibilisierung“ des limbischen Systems; bei erneuter Traumatisierung erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln. Diese Sensibilisierung entsteht zum einen durch die Häufigkeit der Traumatisierungen. Zum anderen wird vermutet, dass durch wiederholte Alkohol- und Drogenentzüge das zentrale Sympathische System in „Alarmbereitschaft“ versetzt wird, was eine Entwicklung einer PTBS begünstigt (Lüdecke, 2010a; Schäfer, 2015).

Gerade auf der Grundlage der Selbstmedikations-Hypothese erscheint eine ausschließlich auf die Suchterkrankung bezogene Behandlung unzureichend. Forschungsergebnisse zeigen deutlich, dass die Quote von Behandlungsabbrüchen bei den Patienten besonders hoch ist, die neben der Suchterkrankung auch posttraumatische Symptome aufweisen. Auch ist der Beginn von Suchtmittelkonsum und -erkrankung wesentlich früher; die Patienten zeigen weniger abstinenten Zeiten sowie schwerere Suchtverläufe (Lüdecke, 2010a). Diese Erkenntnis deckt sich mit den Erfahrungen im MRVZN Moringen.

Die Patienten, die gemäß § 64 StGB im MRVZN in Moringen untergebracht sind, werden zwar i. d. R. vor der Unterbringung begutachtet und erhalten neben der Suchtmittelabhängigkeitsdiagnose verschiedene psychiatrische Diagnosen. Da sich aber die Fragestellung der Begutachtung auf die Schuld- und Steuerungsfähigkeit beschränkt und darauf, ob eine Suchtmittelabhängigkeit vorliegt und ob eine Entzugstherapie im Maßregelvollzug Erfolg verspricht, wird die Frage nach der Ätiologie der Suchterkrankung nicht untersucht und beantwortet. Für die Behandlung der traumatisierten Suchtkranken spielt sie jedoch eine entscheidende Rolle. In Anamnesegesprächen wird deutlich, dass ein Großteil der Patienten wiederholten interpersonalen Traumatisierungen ausgesetzt war, wie sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung und schwerer körperlicher Gewalt, sowohl in ihrer Kindheit als auch in der Zeit als Suchtmittelabhängige.

5.1 Neurobiologische Aspekte von Trauma und Sucht

Sowohl Suchterkrankungen als auch Posttraumatische Belastungsstörungen werden aus Sicht der Neurobiologie den Stressverarbeitungsstörungen zugeordnet. Sachsse (2004, zitiert nach Lüdecke, 2010b) bemerkt, dass die englischsprachige Bezeichnung Posttraumatic Stress Disorder daher angemessener sei. Lüdecke (2010b) spricht von einer Stressreaktion, „...wenn ein Organismus schwerwiegenden bis hin zu traumatischen Ereignissen ausgesetzt ist, die er nicht durch Routine bewältigen kann“ (S. 30).

Sachsse (2012) beschreibt drei Stress - Bewältigungssysteme:

- Kampf – Flucht – System
- Bindungssystem
- Erstarrungssystem.

Lüdecke (2010b) unterteilt in Panik- und Furcht-System, entsprechend der körperlichen Reaktion, denen sie die Stress – Bewältigungssysteme zuordnet. Grundsätzlich ist die Aktivierung der Alarmreaktion abhängig von der subjektiven Bewertung der Situation,

die wiederum von den Vorerfahrungen geprägt ist. Besteht eine erhöhte Stressvulnerabilität, wird die Reaktion auf eine Stresssituation eher das Panik-System sein.

Das Panik-System setzt bei Hochstress ein. Über den Thalamus werden Außenreize zur Amygdala weitergeleitet, wo innerhalb von Sekundenbruchteilen unbewusst über die Reaktion entschieden wird. Erfolgt eine Panikreaktion, reagieren wir mit Schreien, Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht bis hin zu Freeze-Reaktionen. Das Nervensystem setzt eine parasympathische Reaktion in Gang in Form von „Kloß im Hals“, Druck auf der Brust, „weiche Knie“ und erhöhter Darm- und Blasentätigkeit. Das Bindungssystem wird aktiviert. Menschen in Panik reagieren genauso hilflos wie Säuglinge, die nach der Mutter schreien. Sie schreien (als Herdentiere) nach Unterstützung durch Andere. Ein schreiender Säugling kann allein durch den Körperkontakt zur Mutter bzw. der Hauptbindungsperson (Brisch, 2013), durch ihre Nähe und Wärme, wieder beruhigt werden.

Das Panik-System wird vor allem durch die Neurotransmitter Glutamat und Acetylcholin stimuliert und durch Oxytocin und Opioide wieder beruhigt. Es konnte gezeigt werden, „dass der Oxytocin-Plasmaspiegel bei Müttern und deren Kindern mit dem Ausmaß von sozialem Bindungsverhalten korreliert“ (Sachsse, 2012, S. 67). Das Herunterfahren des Panik-Systems ist natürlich auch durch von außen zugeführte Opioide möglich. Lüdecke (2010b) beschreibt, dass eine Opioid-Substitution die Reaktionen auf schwere Traumatisierungen gut mildern kann. Gerade Heroin ist bei Trennungsschmerz ein hochwirksames Mittel. Im Gegenzug kommt es beim Heroin- oder Substitutsentzug i. d. R. wieder zum Aufflammen der Reaktionen. Eine Substitutionsbehandlung ist häufig eine geeignete Möglichkeit, den Blick auf durch die Sucht überlagerte Traumafolgestörungen freizugeben und diese in die Behandlung mit einzubeziehen.

Kommt es in Panik-Situationen nicht zur Hilfe durch andere Menschen, versagt also das Bindungssystem und ist eine eigene Lösung durch z. B. Kampf oder Flucht nicht möglich, tritt das Erstarrungssystem in Kraft. Bei der Freeze-Reaktion, die auch von Tieren bekannt ist, sind die Menschen „...vegetativ hochgradig erregt, sind im Hyperarousal, während sie muskulär erstarren, ihr Laut/Sprach-Zentrum abschalten und sie möglichst leise atmen“ (Lüdecke, 2010b, S. 59). Diese Reaktion entspricht den Panikattacken, sie ist die sympathikotone Form des Erstarrungssystems. „Die parasympathikotone Form der Erstarrung mit Kapitulation, Reizabschirmung nach außen und innen, Einrollen auf dem

Boden in Embryonalhaltung und verminderter Reizwahrnehmung wird mit den klinischen Symptomen der Dissoziation in Verbindung gebracht“ (Sachsse, 2012, S. 68).

Lüdecke (2010b) führt weiter aus, dass Kinder bspw. suchtkranker Mütter, die unvorhersehbaren Reaktionen ausgesetzt sind und/oder deren Mütter nicht zuverlässig zur Verfügung stehen, kein stabiles Bindungssystem entwickeln können. Damit einher geht, dass sie kein funktionales Stressbewältigungssystem entwickeln können, keine Bindung, Empathie und Affektregulation lernen. Diese Kinder lernen auch nicht, sich selbst zu beruhigen und kommen daher schneller, auch als Erwachsene, in Disstress-Zustände. Sie geraten schneller ins Panik-System und reagieren darauf häufiger mit Dissoziation und Intoxikation.

Das Furcht-System beschreibt Lüdecke (2010b) als eine verzögert und bewusst ablaufende Reaktion, bei der wir, im Unterschied zum Panik-System, entscheidungsfähig bleiben. Dies entspricht dem Kampf – Flucht – System. Vor allem die Amygdala, wo aversive Reize gespeichert und Reaktionen ausgelöst werden, aber auch positive Stimuli durch den Hippocampus, wo die Gedächtnisbildung von expliziten und impliziten Gedächtnisinhalten sowie Orientierungsvermögen in Raum, Zeit und Situation stattfinden, sind im Furcht-System beteiligt. Sie bewirken, dass wir eine Lösung finden, um aus der Gefahrensituation zu kommen, sei es durch Kampf, Flucht oder Überlegungen. Ist die Gefahr gebannt, können wir uns durch die Ausschüttung von Dopamin und Opiaten wieder beruhigen.

Auch Suchtmittel bewirken grundsätzlich über eine Aktivierung des Belohnungssystems eine Ausschüttung von Dopamin, was bewusst als Wohlempfinden erlebt wird. Es ist also nicht verwunderlich, dass Suchtmittelabhängige immer wieder zu Drogen greifen, um erneut das angenehme Gefühl zu bekommen.

Traumatische Situationen jedoch lösen zunächst das Panik-System aus, anschließend das Furcht-System. „In dieser Situation funktioniert durch den Adrenalin-Stoß unser Gedächtnis anders, wir nehmen das traumatische Ereignis wie einen Film auf, der in unserem emotionalen Gedächtnis gespeichert wird, in Strukturen rund um den Mandelkern. Zeitgleich fehlen uns die Worte. Das traumatische Ereignis wird in unzusammenhängenden Fetzen in verschiedenen Hirnregionen gespeichert“ (Lüdecke, 2010b, S. 74). Diese Hochstress-Situation geht mit einer Erregung sowohl des parasympathischen Panik-

Systems als auch des sympathischen Furcht-Systems einher, was Numbing, Freeze-Reaktionen und dissoziative Zustände sowie Hyperarousal, Flashbacks, Intrusionen und Gedächtnisstörungen zur Folge haben kann.

Um dieser chronischen Hochstress-Situation zumindest zeitweilig entkommen zu können, bieten sich hauptsächlich zwei Möglichkeiten an: Dissoziation und Suchtmittelkonsum, wobei Konsum auch als chemische Dissoziation gesehen werden kann (s. Kap. 5.). Das Belohnungssystem speichert das Gefühl von Wohlbefinden ab, wie es bei Konsum einsetzt, ebenso die Verminderung aversiver Reize, eben durch Dissoziation. Unser Gedächtnissystem speichert die positive Wirkung ab. „Alles, was zu einer Stressreduktion führt, löst gleichzeitig eine Aktivierung im Belohnungssystem aus“ (Lüdecke, 2010b, S. 77).

Diese Reduktion von Stress durch zunächst schnelle Gefahrenabwehr und der anschließenden Belohnung inklusive Abspeicherung des Lösungsweges ist bei traumatisierten Suchtmittelabhängigen nach Lüdecke gestört: durch die Traumasymptome Triggerreize, Flashbacks und Intrusionen kann auf aversive Reize nicht adäquat reagiert werden und das körpereigene Belohnungssystem, was bei erfolgreicher Stressreduktion einsetzt, tritt nicht in Kraft, weil die Ausschüttung von Dopamin durch Suchtmittelkonsum erheblich höher ist.

Hüther (2001) beschreibt, dass traumatisierte Menschen individuelle Lösungen zur Stressreduktion finden, „die sich deutlich von den ‚normalen‘ Bewältigungsstrategien nicht traumatisierter Menschen unterscheiden. Damit geraten solche traumatisierten Menschen in ein ‚soziales Abseits‘ und werden oft als persönlichkeitsgestört oder anti-sozial attribuiert“ (S. 421).

Es setzt sich folglich ein Kreislauf in Gang, der nicht allein durch Abstinenz zu durchbrechen ist.

5.2 Anforderungen an die Behandlung

Aus dem vergangenen Kapitel wird deutlich, dass beide Störungen behandelt werden müssen. Lüdecke (2010c) betont, dass zu Behandlungsbeginn entscheidend ist, welche Symptome im Vordergrund stehen: Die der Traumatisierung oder die der Suchtmittelabhängigkeit.

Die wichtigen Bestandteile sowohl der Traumabehandlung als auch der Behandlung von Suchterkrankungen müssen dabei Berücksichtigung finden. Schay und Liefke (2009) betonen, dass imaginative Techniken die gleichen Zellen im Gehirn aktivieren wie eine reale Handlung, sie also hervorragend für die Bahnung neuer (positiver) Erfahrungen genutzt werden können. Schäfer (2006) betont, dass die Behandlungsangebote niedrigschwellig sein müssen und zunächst keine hohe Eigenmotivation sowie Abstinenz erwartet werden können. Weiterhin betont Schäfer die hohe Bedeutung einer kontinuierlichen therapeutischen Beziehung und einer flexibel gestalteten, am Patienten orientierten, Behandlung. Aber auch die Grundhaltung des gesamten Personals einer Einrichtung gegenüber den Bedarfsanforderungen traumatisierter Menschen hebt Schäfer hervor.

6. Opfer, die zu Tätern werden

Patienten des Maßregelvollzugs sind immer auch Täter. Ob sie auch Opfer waren, ist für die vorangegangene, für die Einweisung in den Maßregelvollzug entscheidende Begutachtung uninteressant (s. Kap. 5.). Dudeck (2015) konstatiert, dass Erklärungsansätze für delinquentes Verhalten sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch unter Wissenschaftlern kontroverse Diskussionen auslösen. „In keinem anderen Bereich mischen sich so sehr allgemeine Moralvorstellungen mit empirischen Befunden zu tatrelevanten Faktoren. Insbesondere Untersuchungen zum Opfersein von Tätern sind stark moralisch konnotiert, obwohl das Wissen um Risikofaktoren für Kriminalität den besten Opferschutz darstellt“ (S. 838).

Für ihre Dissertation (2001) untersuchte Dudeck 53 Patienten (51 männlich, 2 weiblich) aus dem Maßregelvollzug, von denen 64% von mindestens einem traumatischen Erlebnis berichteten. Von dieser Gruppe gaben über die Hälfte an, in ihrem Leben PTBS-Symptome erlebt zu haben. Bei neun Patienten, das entspricht 17%, konnte zum Untersuchungszeitpunkt eine PTBS diagnostiziert werden und bei 15% eine partielle PTBS, wobei Menschen mit einer partiellen PTBS die gleichen Beeinträchtigungen zeigen wie die mit einer voll ausgebildeten PTBS. Weiterhin vergleicht Dudeck in ihrer Dissertation verschiedene Studien, die in Justizvollzugsanstalten und Psychiatrien durchgeführt wurden – die Zahlen sind ähnlich wie die ihrer eigenen Untersuchung.

Von vielen Wissenschaftlern werden Straftaten von traumatisierten Menschen als Reinszenierung der eigenen Opfererfahrungen gesehen und diese wiederum kann man,

nach Heyden (2013), als Bewältigungsversuche verstehen. „Sie haben zudem eine entlastende Funktion und dienen der Entledigung eigener Opferanteile“ (S. 381).

Aus lerntheoretischer Sicht haben früh traumatisierte Täter alternative Verhaltensweisen nicht gelernt, sie imitieren das als Kind beobachtete und erlebte Verhalten (Dudeck, 2015; Heyden, 2013).

Psychodynamische Erklärungsmodelle, wie sie bspw. von Fischer, Klein und Orth (2012) vertreten werden, gehen von Täterintrojekten / Introjekten von Gewalt aus. „Das Erleben von Gewalt im Kindesalter, insbesondere wenn diese von den Eltern ausgeübt wird, führt zur Introjektion der Gewalt. Sie ist als Akt der Unterwerfung aufzufassen, die letztlich dem Ziel dient, den Täter weiterhin als ‚gut‘ wahrnehmen zu können und somit auch den kindlichen Glauben an eine verlässliche Welt aufrechterhalten zu können“ (S. 41). Durch die Abspaltung der negativ erlebten Elternanteile und deren Introjektion wirken diese als Fremdkörper in der Seele des Kindes / Opfers weiter. Gleichzeitig übernimmt das Kind / Opfer die Schuldgefühle des Täters. Dieses nicht assimilierte Täterintrojekt kann auf verschiedene Arten wirken: Zum einen kann es in Form von Gewalt gegen die eigene Person gewendet werden, zum anderen in Form von Gewalt gegen andere, i. d. R. schwächere. Hierbei wird „das neue Opfer ... als ‚schlecht‘ definiert, während der neue Täter sich durch Identifikation mit dem ursprünglichen Aggressor als ‚gut‘ wahrnimmt“ (Fischer et al., 2012, S. 43).

Fischer et al. (2012) beschreiben, dass sich Gewaltstraftäter vor der Tat häufig in einem Zustand innerer Leere und Todesangst befinden und die Gewalttat einen Ausgleich der erlebten Bedrohung und Hilflosigkeit bewirkt. Der Zustand vor der Tat ist vergleichbar mit dem Erleben während der eigenen Traumatisierung.

Heyden (2013) führt weiter aus, dass nach der Speicherung des Modells der eigenen Täterschaft der Zusammenhang zum eigenen Opfersein später nicht mehr hergestellt werden kann. In der Konsequenz haben traumatisierte Täter keinen Leidensdruck und begeben sich aus eigenen Stücken nicht in therapeutische Behandlung, da sie ihre Traumaerfahrungen durch Aggression gegen andere ausagieren. Aus der Tatsache, dass traumatisierte Täter sich nicht als Opfer traumatischer Erfahrungen erleben, schlussfolgert Dudeck (2013), dass es in Maßregelvollzugseinrichtungen und Justizvollzugsanstalten kaum Untersuchungen zu diesem Zusammenhang gibt, obwohl nach ihren Angaben bei 36% eine PTBS vorliegt. Dudeck (2013) gibt an, dass vor allem körper-

licher Missbrauch zu einer dissozialen Persönlichkeit und in der Folge zu einem delinquenten Lebensstil führen kann. Besonders die Mischung aus Untersozialisation, wie Vernachlässigung oder auch starke Verwöhnung, und psychischer Traumatisierung in der Kindheit ist nach Fischer et al. (2012) eine mögliche Ursache für eine kriminelle Karriere. Opfer sexueller Gewalt haben nach Dudecks Angaben ein fünffach erhöhtes Risiko, später selbst Sexualstraftäter zu werden.

Nach Dudeck (2015) erlebten 95% aller Maßregelvollzugspatienten mindestens ein Trauma in ihrem Leben, 36% zeigen das Vollbild einer PTBS und 45% das einer komplexen PTBS. Nach ihren Angaben ist Suchtmittelabhängigkeit bei 59% der Maßregelvollzugspatienten Zweit- oder Dritt diagnose und bei 75% spielt Alkohol während der Straftat eine Rolle.

Besonders interessant ist die Angabe, dass 3 – 10% aller Maßregelvollzugspatienten und Häftlinge ihr eigenes Delikt als traumatisierend erlebten und als Folge das Vollbild einer PTBS entwickelten.

Ein besonderes Augenmerk richtet Dudeck (2013) auf die Verbindung von dissoziativen Phänomenen und der Straftat. So zeigen Sexualstraftäter zu ca. 80% höhere Dissoziationswerte, Gewaltstraftäter zu 50%. Maßregelvollzugspatienten zeigen mehr dissoziative Phänomene als Gefängnisinsassen, bei 75% der Patienten kommen sie während der Tat zum Tragen. „Dissoziation (kann) den Weg zur Delinquenz ebnen, die Deliktbegehung initiieren und Gewaltepisoden mit dissoziativer Amnesie bis hin zu Serienstraftätern perpetuieren...“ (Dudeck, 2013, S. 397). Auf die chemische Dissoziation durch Alkohol und/oder illegale Drogen sei in diesem Zusammenhang nochmals verwiesen.

Eine Behandlung traumatisierter Suchtmittelabhängiger im Maßregelvollzug muss alle drei Facetten berücksichtigen: Sucht, Trauma und Delinquenz. In den zu bearbeitenden Themenkomplex Trauma und Delinquenz gehört auch die Traumatisierung durch Suchtkranke. Sei es in Form der eigenen Straftat als auch als Zeuge, wenn bspw. der betrunkenen Vater Gewalt gegen die Mutter ausgeübt hat (Klein, 2006). Fischer et al. (2012) weisen darauf hin, dass Behandlungsprogramme, wie bspw. ein Anti-Aggressions-Training, zwar kurzfristige Verhaltensänderungen bewirken können, jedoch die innerpsychischen Wirkmechanismen nicht verändern. Eine Traumatherapie muss daher in die forensische Psychotherapie integriert werden.

Schmidt-Quernheim (2008) hebt hervor, dass die Auseinandersetzung mit der Tat das Ziel haben muss, dass der Patient begreift, was für ein Mensch er zum Tatzeitpunkt war und was sich ändern muss, damit er in Zukunft straffrei leben kann. Hierzu werden die letzten Stunden vor der Tat hinsichtlich Aktivitäten, Gefühlen und Gedanken genau betrachtet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf Widersprüche, Bagatellisierungen, Entschuldigungen und Lücken sowie kognitive Verzerrungen gelegt mit dem Ziel, dass der Patient seine Täterschaft als zu ihm gehörig anerkennt.

7. Aktuelle Zahlen aus dem MRVZN Moringen

Um Zahlen bzgl. belastender Erlebnisse, des Vorliegens einer PTBS oder einer partiellen PTBS im Suchttherapiebereich des MRVZN in Moringen zu erhalten, die z. B. mit der Studie von Driessen et al. (2008) verglichen werden können, wurde ein Großteil der Patienten getestet, die zu einem Stichtag stationär im MRVZN in Moringen gemäß § 64 StGB untergebracht waren. Die Testung erfolgte über das Essener-Trauma-Inventar (ETI, Tagay & Senf, 2014). Dieser Test bietet in einem Kurzfragebogen zunächst die Möglichkeit, verschiedene Lebensereignisse abzufragen, die als sehr belastend erlebt wurden. Werden diese benannt, wird anschließend mit Hilfe eines strukturierten Interviews eine Testung auf das Vorliegen einer PTBS (nach ICD-10 und DSM-IV) vorgenommen. Über Fragen zu den Symptombereichen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal wird die Schwere der PTBS-Symptomatik eingeordnet: In eine unauffällige Symptomatik, eine grenzwertige Symptomatik, die einer partiellen PTBS entspricht und einer klinisch auffälligen Symptomatik, die auf das Vorliegen einer PTBS schließen lässt. Darüber hinaus kann über zusätzlich dissoziative Symptome, auch wieder dreigeteilt, eine akute Belastungsstörung diagnostiziert werden.

Es wurden insgesamt 72 Patienten getestet. Alle stationären Patienten des Suchttherapiebereichs wurden im Vorfeld darüber informiert, dass das Ergebnis der Testung in anonymisierter Form in diese Arbeit einfließen wird, wenn sie ihr schriftliches Einverständnis hierzu geben. Die Einverständniserklärung der 72 Patienten liegt vor.

Von den 72 Patienten gaben zwei an, gar keine belastenden Ereignisse während ihres gesamten Lebens erlebt zu haben. 46 Patienten benannten 1 – 5 belastende Ereignisse, das entspricht knapp 64%, und 24 Patienten (32%) benannten mehr als 5 belastende Ereignisse.

Die Testung ergab bei 43 Patienten eine unauffällige Symptomatik, bei 16 eine grenzwertige Symptomatik, also eine partielle PTBS und bei 13 Patienten eine klinische auffällige Symptomatik, die auf das Vorliegen einer PTBS schließen lässt.

Zusammengenommen machen die Patienten mit einer PTBS und einer partiellen PTBS 40% der Gesamtzahl der getesteten Patienten aus.

Dieses Ergebnis liegt noch höher als das Ergebnis der Driessen-Studie von 2008 (vergl. Kap 5), die angibt, dass bei 30% der Drogenabhängigen und 34% der Mehrfachabhängigen eine akute oder chronische PTBS vorliegt. Auch liegt das Ergebnis aus dem MRVZN Moringen höher als das, zu dem Dudeck (2001) in ihrer Untersuchung zu ihrer Dissertation kommt: Sie gibt für 17% der untersuchten Patienten eine PTBS an und für 15% eine partielle PTBS (vergl. Kap. 6).

Die unterschiedlichen Ergebnisse sind sicher auch dem Umstand geschuldet, dass die drei Untersuchungen nicht direkt vergleichbar sind: In der Driessen-Studie wurden Patienten aus verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen untersucht. Dudeck untersuchte zwar Patienten aus dem Maßregelvollzug, es gibt aber keine Angaben dazu, ob diese nach §§ 63 oder 64 StGB untergebracht waren. Außerdem beschreiben die Ergebnisse immer nur eine Momentaufnahme.

Auf jeden Fall bestätigt aber das Ergebnis der Testung im MRVZN Moringen einen Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Suchterkrankung. Und es legt nahe, eine spezielle Behandlung traumatisierter Abhängigkeitserkrankter in die Therapie der nach § 64 StGB unterbrachten Patienten im Maßregelvollzug zu integrieren.

8. Zum Konzept einer Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen

In der Konzeptentwicklung „Fachlich-inhaltliche Überlegungen zur Entwicklung eines Konzepts für eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen“ wird eine mögliche Umsetzung des Theorieteils beschrieben. Sie befindet sich im Anhang I dieser Masterthesis. Die Überlegungen zur Konzeptentwicklung gründen sich auf vier Bereiche:

1. Ein Bereich ist der im Theorieteil dargestellte aktuelle Forschungsstand zu Trauma und Sucht.

2. Bestehende Konzepte von Trauma-Sucht-Behandlungen fließen mit ein, wie das der Trauma-Sucht-Station des Asklepios Fachklinikums in Göttingen (vergl. Lüdecke, Sachsse & Faure, 2010).
3. Des Weiteren gibt die rechtliche Grundlage des Maßregelvollzugs Regeln vor, z. B. hinsichtlich der Lockerungen, aber auch zum Umgang mit Therapieverweigerung oder -abbruch. Auch wird die Behandlungsdauer von maximal zwei Jahren plus zwei Dritteln der parallelen Freiheitsstrafe vom Gesetz vorgegeben.
4. Es werden die aktuellen Gegebenheiten im Suchttherapiebereich des MRVZN Moringen berücksichtigt.

In der Konzeptionsentwicklung sind zwei mögliche Varianten einer Trauma-Sucht-Behandlung dargestellt: Eine Variante beschreibt eine gesonderte Station, nur für Patienten des Suchttherapiebereichs, die als Folgestörung ihrer erlebten Traumatisierungen eine PTBS oder partielle PTBS entwickelt haben. Die andere Variante stellt ein stationsübergreifendes Behandlungskonzept für eben diese Patientengruppe dar. Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungsvarianten werden im Konzept diskutiert.

9. Forschungsteil: Qualitative Untersuchung als Konzeptevaluation

In diesem Kapitel erfolgen zunächst einige grundsätzliche Anmerkungen zur Sozialforschung, gefolgt von dem konkreten Forschungsteil dieser Masterthesis.

9.1 Theoretischer Hintergrund zur Sozialforschung

Die systematische Erhebung von Daten über soziale Realität bezeichnet man als empirische Sozialforschung. Soziales Handeln bildet den Gegenstand, über quantitative oder qualitative Forschungsmethoden soll das Handeln ursächlich erklärt und verstanden werden. Die Verfahrensweisen der beiden Forschungsmethoden unterscheiden sich wesentlich.

9.1.1 Quantitative Sozialforschung

Geleitet von einer Forschungsfrage, die sich aus der schon bestehenden wissenschaftlichen Theorie ableitet, erfolgt in der quantitativen Sozialforschung eine empirische Untersuchung. Die quantitative Sozialforschung arbeitet mit standardisierten Befragungen oder Messungen mit Hilfe von repräsentativen großen Stichproben. Die grundsätzliche

Vorgehensweise ist deduktiv. Ein wesentlicher Grundsatz der quantitativen Sozialforschung ist die Vermeidung von Subjektivität, die durch die standardisierten Fragebögen gewährleistet werden soll.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung werden Grenzen dieser Methode aufgezeigt. Lamnek (2005) nennt vier Hauptargumente, die gegen die quantitative Sozialforschung sprechen:

„(1) Soziale Phänomene existieren nicht außerhalb des Individuums, sondern sie beruhen auf den Interpretationen der Individuen einer sozialen Gruppe, die es zu erfassen gilt.

(2) Soziale Tatsachen können nicht vordergründig als objektiv identifiziert werden, sondern sie sind als soziale Handlungen von ihrem Bedeutungsgehalt her bzw. je nach Situation anders zu interpretieren.

(3) Quantitative Messungen und ihre Erhebungstechniken können soziales Handeln nicht wirklich erfassen; sie beschönigen oder verschleiern eher die diversen Fragestellungen. Häufig führen sie dazu, dass dem Handeln eine bestimmte Bedeutung unter-schoben wird, die eher die des Forschers als die des Handelnden ist.

(4) Das Aufstellen von zu testenden Hypothesen vor der eigentlichen Untersuchung kann dazu führen, dem Handelnden eine von ihm nicht geteilte Meinung oder Absicht zu suggerieren oder aufzuoktroyieren.“ (S. 6f)

Auch ist das Postulat der Objektivität nicht zu halten, denn Menschen sind geprägt von ihrer Sozialisation und ihrem sozialen Status. Dies zeigt sich besonders in der Sprache, die in unterschiedlichen Kontexten, wie z. B. in sozialen- und Berufsgruppen, unterschiedliche Bedeutungen hat. Ebenso prägt die soziale Herkunft die Sicht- und Interpretationsweise eines jeden Menschen, auch die des Sozialforschers. In der Wahl der Sprache oder der Entscheidung für oder gegen eine Frage und/oder Antwortmöglichkeit wird dies deutlich. Alternativen werden aufgrund von Unkenntnis des Gegenübers ausgeschlossen. Der Forderung nach Objektivität kann in einem standardisierten Fragebogen somit nicht Rechnung getragen werden.

9.1.2 Qualitative Sozialforschung

Im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung, die sich von Subjektivität zu distanzieren versucht, nutzt die qualitative Sozialforschung den Umstand, dass jedes soziale Handeln von Subjektivität, wie bspw. Bewertungen, geprägt ist.

Die Vorgehensweise der qualitativen Sozialforschung unterscheidet sich grundsätzlich von der der quantitativen Sozialforschung: Am Anfang steht die Beobachtung, dann folgt die Untersuchung der Realität und daraus erst werden Theorien abgeleitet. Die Vorgehensweise der qualitativen Sozialforschung ist somit induktiv.

9.1.2.1 Wesentliche Merkmale nach Lamnek

Lamnek (2005) gibt sechs wesentliche Merkmale an, die er als „die Programmatik der qualitativen Sozialforschung“ (S. 20) bezeichnet:

1. Offenheit:

- im Hinblick auf die Untersuchungsperson,
- im Hinblick auf die Untersuchungssituation,
- im Hinblick auf die angewendeten Methoden.

Dadurch sind unerwartete und instruktive Antworten der Untersuchungspersonen möglich.

2. Forschung als Kommunikation: Der Forschungsprozess an sich ist Kommunikation und Interaktion zwischen dem Forscher und der Untersuchungsperson. „Der Prozess des gegenseitigen Aushandelns der Wirklichkeitsdefinition zwischen Forscher und Erforschtem rückt in den Mittelpunkt des Interesses.“ (Lamnek, 2005, S. 22)

3. Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand: Die Aussagen der Untersuchungspersonen sind „prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität“ (Lamnek, 2005, S. 23), sie sind somit nicht statisch. Sowohl der Forschungsgegenstand als auch die Forschung selbst haben Prozesscharakter.

4. Reflexivität von Gegenstand und Analyse: Jede soziale Handlung ist kontextgebunden und nur verständlich im Zusammenhang mit dem großen Ganzen, sowohl für den Untersucher als auch die Untersuchungsperson.

5. Explikation: Es gilt grundsätzlich die Forderung, die einzelnen Untersuchungsschritte der Forschung sowie die Regeln, nach denen z. B. Interviews interpretiert werden, offen und nachvollziehbar darzulegen. Da Interpretationen häufig von unbewusstem Wissen geleitet werden, kann diese Forderung jedoch nie ganz erfüllt werden.

6. Flexibilität: Qualitative Sozialforschung ermöglicht eine flexible Reaktion des Forschers während des gesamten Forschungsprozesses auf den Verlauf sowie die Beziehung zwischen ihm und der Untersuchungsperson.

9.1.2.2 Wesentliche Merkmale nach Mayring

Mayring (2002) formuliert 13 Säulen der qualitativen Sozialforschung, die auf den fünf Postulaten (Subjektorientierung, Deskription, Interpretation, Alltag und Verallgemeinerungsprozess) basieren. Sie sind die Grundlage des Forschungsprozesses und müssen in die einzelnen Arbeitsschritte einfließen.

1. Einzelfallbezogenheit: Der Bezug zu Einzelfällen muss immer wieder hergestellt werden, auch wenn über Einzelfallanalysen Theorien widerlegt wurden.

2. Offenheit: Der Forschungsprozess muss für Veränderungen, die sich im Prozess selbst ergeben, offen sein.

3. Methodenkontrolle: Der Forschungsprozess selbst und das Ergebnis müssen offen dargelegt und nachvollziehbar sein.

4. Vorverständnis: Voraussetzung für das Verständnis bspw. eines Textes ist ein Vorverständnis, dies beeinflusst zum einen das Verständnis selbst, zum anderen wird durch das Verstehen des Textes wiederum das Vorverständnis beeinflusst usw. („Hermeneutischer Zirkel“). Desgleichen geschieht mit dem Vorverständnis des Forschers im Hinblick auf die Analyse. Daher muss das Vorverständnis offengelegt werden.

5. Introspektion: Zur Wahrnehmung des eigenen Vorverständnisses sowie bei der Interpretation der Daten ist Introspektion zwingende Voraussetzung, soll aber als solche gekennzeichnet sein.

6. Forscher-Gegenstands-Interaktion: Der Forschungsprozess erfolgt in einem Dialog, ist somit eine Interaktion zwischen Forscher und Untersuchungsperson, sie ist dadurch subjektiv und hat Veränderung beider Seiten zur Folge.

7. Ganzheit: Für den Forschungsprozess selbst kann eine analytische Differenzierung in einzelne Funktions- und Lebensbereiche erfolgen, eine Würdigung des Menschen als Ganzes muss aber immer wieder gegeben sein.

8. Historizität: Der Untersuchungsgegenstand muss immer im gesamtgesellschaftlichen Kontext, wie bspw. der Geschichte, gesehen werden.

9. Problemorientierung: Der Bezug zu praktischen Fragen einzelner Forschungsbereiche sollte hergestellt werden, so dass die Ergebnisse auch wieder der Praxis zu Gute kommen.

10. Argumentative Validierung: Sind aus einer Untersuchung Verallgemeinerungen möglich, müssen diese mit Datenmaterial belegt werden.

11. Induktion: Qualitative Sozialforschung geht immer induktiv vor, Zusammenhänge aus einzelnen Beobachtungen müssen ebenfalls anhand von Datenmaterial belegt werden.

12. Regelbegriff: Entgegen den Naturwissenschaften sind die Gegenstände in den Humanwissenschaften, nämlich die Menschen, in ihrem Denken, Fühlen und Handeln nicht den immer gleichen Regeln und Gesetzmäßigkeiten unterworfen – beides ist kontextabhängig.

13. Quantifizierbarkeit: Qualitative Sozialforschung kann die Voraussetzung für Verallgemeinerbarkeit einzelner Ergebnisse durch eine Quantifizierung sein.

9.1.2.3 Gütekriterien

„Um die Qualität des Weges zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung durch bestimmte Methoden feststellen zu können, sind generelle Kriterien nötig, die die verschiedenen Aspekte aller Methoden vor einem bestimmten wissenschaftstheoretischen Hintergrund erfassen und untereinander vergleichbar machen.“ (Lamnek, 2005, S. 142)

Mayring (2002) benennt die folgenden sechs Gütekriterien für die qualitative Sozialforschung:

1. Verfahrensdokumentation: Um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar zu machen, ist eine genaue Dokumentation der einzelnen Überlegungen und Schritte zwingend.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung: Da die Datenanalyse in der qualitativen Sozialforschung über Interpretationen erfolgt, also zunächst einen subjektiven Charakter haben, muss sie argumentativ begründet und schlüssig sein und somit nachvollziehbar.

3. Regelgeleitetheit: Die qualitative Sozialforschung ist Regeln bzgl. Bearbeitung und Dokumentation der einzelnen Forschungsschritte unterworfen.

4. Nähe zum Gegenstand: Dieses Gütekriterium, welches als Grundprinzip bezeichnet werden kann, erfüllt die qualitative Sozialforschung, indem sie sich in die Lebenswelt der Untersuchungsperson begibt und in direkten Kontakt geht.

5. Kommunikative Validierung: Die Forschungsergebnisse können mit den Untersuchungspersonen selbst diskutiert werden, dies wird als Form der Überprüfung der Ergebnisse gesehen. Da diese Möglichkeit nicht immer gegeben ist, ist eine Zusammenfassung der Aussage im Gespräch selbst eine mögliche Alternative.

6. Triangulation: Um einzelne Phänomene besser in ihrer Gesamtheit erfassen zu können, können unterschiedliche Lösungswege genutzt und verglichen werden.

9.1.2.4 Methoden

Die qualitative Sozialforschung bedient sich verschiedener Methoden, um Daten zu erhalten. Die Wahl der Methode orientiert sich an der Fragestellung. Im Wesentlichen werden das schriftliche oder mündliche Interview, die Gruppendiskussion, und die Beobachtung genutzt. Lamnek (2005) bezeichnet das Interview als den „Königsweg“

(S. 329) der qualitativen Sozialforschung wegen der Vielfältigkeit der Settings:

Interviews erfolgen i. d. R. mündlich, können aber, bspw. bei besonders schwierigen Fragestellungen, in schriftlicher Form sinnvoll sein.

Im narrativen Interview wird der Interviewte gebeten, zu einer Fragestellung oder zu einem Thema von sich aus umfassend zu erzählen, wie z. B. die eigene Lebensgeschichte. Der Interviewer hat die Rolle des Moderators, der hauptsächlich die Interpretationen des Erzählers spiegelt.

Im episodischen Interview werden die Vorteile des narrativen Interviews mit denen des Leitfadeninterviews verknüpft. Der Interviewte wird aufgefordert, zu bestimmten Fragestellungen zusammengehörende Situationen zu erzählen und die zugrundeliegenden Regeln zu abstrahieren. Im episodischen Interview findet, verglichen mit dem narrativen Interview, eher ein Gespräch statt.

Das Leitfadeninterview hat eine Klärung konkreter Fragestellungen zum Ziel. Auch wenn der Interviewer Fragen vorliegen hat, sollte er möglichst wenig in den Erzählfluss des Interviewten eingreifen. Eine besondere Form der Leitfadeninterviews ist das Experteninterview.

Lamnek (2005) bezeichnet die Gruppendiskussion „als Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen...“

(S. 413). Ziel einer Gruppendiskussion ist es, Meinungen Einzelner sowie der gesamten Gruppe als soziale Einheit zu erfahren sowie die Beobachtung von Gruppenprozessen, z. B. zur Meinungsbildung.

Als letzte Methode sei die Beobachtung genannt, die sich nochmals in Selbst- und Fremdbeobachtung unterteilt. Die Selbstbeobachtung dient z. B. der Wahrnehmungsschärfung einzelner Bereiche unseres täglichen Lebens, die Fremdbeobachtung ermöglicht es dem Sozialforscher, einzelne Menschen oder Gruppen sowie deren Interaktionsmuster zu beobachten. Die teilnehmende Beobachtung wurde vor allem in der Ethnologie und der Kulturanthropologie eingesetzt. Die Beobachtung bezieht neben dem gesprochenen Wort auch Mimik, Gestik, Körpersprache, Lautstärke der Stimme usw. mit ein. Lamnek (2005) begründet die Vorteile des Interviews gegenüber der Beobachtung

damit, dass sich durch die Aufzeichnung des Interviews immer wieder nachvollziehbare Kontrollmöglichkeiten der Interpretation ergeben.

9.2 Forschungsfragen der wissenschaftlichen Untersuchung

Die Behandlung von Trauma einerseits und Sucht andererseits beinhaltet sich widersprechende Grundannahmen, wie z. B. Selbstbestimmung vers. Kontrolle durch die Behandler. Äußere und innere Sicherheit finden und wieder Kontrolle über das eigene Leben erlangen sind die ersten Gebote und Ziele der Traumabehandlung (vgl. Najavits, 2009; Schäfer, 2006). Scheinbar im Widerspruch dazu steht die Behandlung von Suchtmittelerkrankten, in der das Erlernen äußerer und innerer Struktur ein wichtiges Thema ist (Schay & Liefke, 2009). Bei vielen Patienten des MRVZN Moringen wurde neben der Abhängigkeitserkrankung auch eine dissoziale Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, die sich u. a. im Nicht-Einhalten von Regeln offenbart, eben auch in Delinquenz. Gerade in der Zusammenarbeit mit diesen Patienten sind klare Strukturen und Regeln sowie Respektieren von Grenzen, auch Erkennen von eigenen Grenzen, unerlässlich. **In der Untersuchung soll zunächst geklärt werden, ob das erarbeitete Konzept eine sinnvolle Behandlung ermöglicht.**

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob das Konzept den therapeutischen Anforderungen einer Trauma- und Suchtbehandlung gerecht wird. In allen Therapieschulen geht man davon aus, dass die therapeutische Beziehung ein wesentlicher Faktor für das Gelingen einer Therapie ist (Reddemann, 2001). „Therapeut und Patient müssen eine verlässliche Beziehung aufbauen und verlorenes Vertrauen nicht nur verbal wiederherstellen, sondern vor allem durch kontrastierende Beziehungserfahrungen im Sinne der optimalen Differenz. Aufgrund der Ohnmachtdynamik sollen die Patienten erfahren, dass sie sich auch gegenüber dem Therapeuten behaupten können.“ (Schay & Liefke, 2009, S. 115). Schay und Liefke bezeichnen die notwendige therapeutische Beziehung als „... eine starke und solide therapeutische Allianz ...“ (S. 116), die eine Voraussetzung für Traumabehandlung ist.

Die Unterbringung im Maßregelvollzug überschreitet i. d. R. ein Jahr. Dabei wird die Behandlung nicht nur, wie in einer ambulanten Therapie, durch die therapeutische Beziehung bestimmt. Viele andere Berufsgruppen, vor allem Pflegekräfte, aber auch Ergo-, Arbeits- und Sporttherapeuten sowie u. U. Lehrer, bestimmen das therapeutische Klima

mit. **Trägt das Gesamtkonzept, bezogen auf alle Mitwirkenden, zum Gelingen einer Trauma-Sucht-Behandlung bei?**

Die nächste Frage bezieht sich wieder auf eine Besonderheit der Behandlung im Maßregelvollzug, nämlich die Berücksichtigung der Straftaten, die zur Verurteilung führten, evtl. auch Vorstrafen. **Wird das Konzept den Anforderungen des § 64 StGB (Besserung und Sicherung) gerecht, der die zukünftige Vermeidung „erheblicher rechtswidriger Taten“ fordert?** Wird im Konzept den Besonderheiten der Straftat, wie z. B. Mord, Totschlag, Körperverletzung, Eigentumsdelikte, Handel oder Bandenkriminalität, um die wesentlichen zu nennen, ausreichend Rechnung getragen? Wird das Thema der aktiven Traumatisierung im Zusammenhang mit der eigenen Sucht (Klein, 2006) hinreichend berücksichtigt? Findet eine Auseinandersetzung mit der eigenen Dissozialität und Impulsivität sowie Empathie mit den Opfern und Wiedergutmachung ausreichend Raum?

9.3 Forschungsdesign

Die Entscheidung für die qualitative Sozialforschung im Rahmen dieser Masterthesis über Experteninterviews basiert auf folgenden Überlegungen:

- Eine standardisierte Befragung oder repräsentative Stichprobe ist für die Fragestellungen dieser Arbeit nicht weiterführend, weil sie sich auf antizipierte Hypothesen beschränken würde;
- Die Forschungssituation in Form eines Interviews ist ein direkter Kontakt, also Interaktion und somit immer auch ein nicht vorhersehbarer Prozess;
- Die qualitative Sozialforschung in der Form von Experteninterviews ermöglicht offene Fragen, die sowohl die Weitergabe von Wissen ermöglichen als auch subjektive Einschätzungen;
- Die offene Kommunikation ermöglicht Informationen, mit denen der Interviewer eventuell nicht rechnet;
- Die Erfahrungen der Interviewten, die sich aus langjähriger Berufstätigkeit ergeben, können genutzt werden;
- Subjektive Einschätzung durch den Interviewten ist erwünscht.

Gerade in den Interpretationsspielräumen, den spezifischen Erfahrungshorizonten und -kompetenzen sowie in größtmöglicher Offenheit der Kommunikation liegen die besonderen Chancen der qualitativen Sozialforschung bzgl. der in Kap. 9.2 genannten Forschungsfragen.

Für die Einschätzung der „Fachlich-inhaltlichen Überlegungen zur Entwicklung eines Konzeptes für eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen“ ist ein spezielles Fachwissen erforderlich, über das Experten aus diesem Bereich verfügen. Bogner, Littig & Menz (2014) definieren Experten folgendermaßen: „Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren Problemkreis bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren.“ (S. 13). Wichtig an dieser Definition ist die Erweiterung der Theorie um den Praxisaspekt, die Umsetzung des Fachwissens.

Bogner et al. (2014) unterscheiden drei Formen des Experteninterviews:

Das explorative Experteninterview dient einer Orientierung im Feld und der Hypothesengenerierung, hat also im Wesentlichen Informationscharakter. Folglich wird es sehr offen geführt. Beim systematisierenden Experteninterview ist das Ziel, das Expertenwissen zum Füllen der eigenen Wissenslücken zu nutzen. Verglichen mit dem explorativen Experteninterview ist hier ein differenzierter Leitfaden für das Interview nötig. Im theoriegenerierenden Experteninterview fungiert der Interviewte als Vertreter einer bestimmten Gruppe über seine Funktion, z. B. als Lehrer oder Bürgermeister. Ziel des Interviews ist es, nicht nur Fachwissen zu erfahren, sondern auch z. B. das jeweilige Rollenverständnis kennenzulernen.

Für die Forschungsfragen dieser Masterthesis eignet sich am besten das systematisierende Experteninterview. Mit Hilfe der Berufserfahrung und des Fachwissens der Experten, sowohl hinsichtlich der Behandlung von Traumafolgestörungen als auch der Konzeptualisierung eigener Trauma-Sucht-Stationen, wird die Möglichkeit gegeben, neue Perspektiven kennenzulernen, bei der Auswertung Rückschlüsse auf das eigene Konzept zu ziehen und in der Nachschau ggf. Veränderungen daran vorzunehmen.

Sowohl zur Strukturierung des Themas als auch als Hilfe in der Interviewsituation ist die Erstellung eines konkreten Leitfadens notwendig.

Nach der Sammlung aller anstehenden Fragen werden Themenblöcke gebildet mit maximal drei Hauptfragen und möglichen Detailfragen. Diese werden so in gesprächstaugliche Interviewfragen umformuliert, dass möglichst der gesamte Erfahrungshorizont des Interviewten genutzt wird. Sinnvoll ist ein Pretest zur Überprüfung des Leitfadens. Die

Gespräche werden aufgezeichnet, bei der Abschrift sollten Besonderheiten im Gespräch wie bspw. längere Pausen, Lachen oder Stimmlagenveränderungen erwähnt werden. Bogner et al. (2014) empfehlen, dem Gesprächseinstieg besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da hier die Weichen für das gesamte Interview gestellt werden. Sie schlagen diese Reihenfolge vor: Einleitende Worte, wie Dank für die Gesprächsbereitschaft – Vorstellung des Interviewers – grobe Erläuterung des Untersuchungsthemas -Abklärung des Zeitrahmens – Bitte um Erlaubnis zur Bandaufzeichnung. Die erste Frage soll zur Einstimmung in das Gespräch dienen und einfach sein, wie z. B. die Frage nach dem beruflichen Hintergrund und der Aufgabe in der Organisation.

Die im Gespräch verwendeten Fragetypen richten sich nach dem Ziel des Interviews. Aufforderungen zu Narration liefern das umfangreichste Informationsspektrum, über die konkrete Frage wird der Umfang der Narration festgelegt. Daneben beschreiben Bogner et al. (2014) Stellungnahmen und Bewertungsfragen, Sondierungen (also Präzisierungen) und Fragen nach Daten.

9.4 Auswahl und Vorstellung der Experten

In forensischen Kliniken arbeiten einige Therapeuten, die sich auf die Behandlung von PTBS/Traumafolgestörungen spezialisiert haben. Die Verbindung von Traumatisierung und Suchterkrankung ist jedoch selten gegeben. Hingegen gibt es einige Experten für die Behandlung von Traumafolgestörung und Sucht, die auch Konzepte für eine stationäre Trauma-Sucht-Behandlung entwickelt haben, jedoch nicht speziell für den Maßregelvollzug. Daher fiel die Auswahl der Experten auf zwei Therapeuten mit traumatherapeutischer Zusatzausbildung, die im Maßregelvollzug arbeiten und drei Therapeuten, die eine stationäre Trauma-Sucht-Behandlung konzeptualisiert haben, jedoch nicht im Maßregelvollzug.

Ein Pretest wurde mit der leitenden Oberärztin des Suchttherapiebereichs des MRVZN Moringen zur Überprüfung des Interviewleitfadens durchgeführt. Dieses Interview wurde jedoch nicht auf Band aufgenommen.

Die Interviewpartnerin des ersten Interviews arbeitet als leitende Ärztin in der Reha-Fachklinik St. Marienstift. Dort sind vier Stationen mit Schwerpunkt Trauma und Sucht für Männer verortet. Das Behandlungskonzept wurde von der Interviewpartnerin entwickelt.

Der Interviewpartner des zweiten Interviews leitet den Arbeitsbereich „Suchtmedizin – abhängiges Verhalten“ in der Uniklinik in Hamburg-Eppendorf sowie die dort angesiedelte Traumaambulanz. Des Weiteren ist er einer der Geschäftsführer des Zentrums für interdisziplinäre Forschung, worüber die „Cansas-Studie“ läuft, die sich mit der Frage der „Emotionsregulation als Moderator zwischen früher Gewalt, Suchtverlangen und Rückfällen bei Personen bei Substanzmissbrauch“ beschäftigt.

Die Interviewpartnerin des dritten Interviews arbeitete einige Jahre als Honorarkraft, mittlerweile mit einer Vollzeitstelle im MRVZN Moringen ausschließlich mit Patienten, die gemäß § 63 StGB untergebracht sind. Sie arbeitet sowohl als therapeutische Stationsleitung als auch stationsübergreifend als Einzeltherapeutin mit dem Schwerpunkt Traumatherapie. Vom Grundberuf ist sie Dipl. Sozialpädagogin und hat verschiedene Aus- und Fortbildungen im therapeutischen/traumatherapeutischen Bereich absolviert.

Die Interviewpartnerin des vierten Interviews ist Dipl. Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Sie arbeitet seit vielen Jahren, ebenfalls im MRVZN Moringen, ausschließlich stationsübergreifend als Einzeltherapeutin mit dem Schwerpunkt Traumatherapie.

Die Interviewpartnerin des fünften Interviews ist ebenfalls Dipl. Psychologin und Psychologische Psychotherapeutin. Sie arbeitet als leitende Psychologin auf der Trauma-Sucht-Station der Asklepios-Klinik in Göttingen. An der Konzeptentwicklung dieser Station war sie maßgeblich mit beteiligt.

Die beiden Kolleginnen aus dem MRVZN Moringen fragte ich direkt, ob sie sich für ein Interview zur Verfügung stellen würden. Das Thema der Masterthesis war ihnen im Vorfeld bekannt. Das Konzept wurde beiden per Mail zugesandt und nach ca. zwei Wochen ein Interviewtermin vereinbart. Die Interviews wurden in ihren Privatwohnungen durchgeführt.

Die drei anderen Interviewpartner erhielten von mir eine Mail mit der Interviewanfrage (Anschreiben an Interviewpartner 2 s. Anhang II), das Konzept wurde als Anhang gleich mit versendet. Dies sollte zum einen der Zeitersparnis dienen (kein mehrfacher Mailkontakt), zum anderen konnten sich die Angeschriebenen gleich einen Eindruck davon ver-

schaffen, wieviel Zeit sie investieren müssen, um das Konzept zu lesen. Alle drei Interviewpartner wurden von mir an ihrem Arbeitsplatz aufgesucht, dort wurden auch die Interviews durchgeführt.

9.5 Entwicklung des Interviewleitfadens

Basierend auf den in Kap. 9.2 angegebenen Forschungsfragen wurde der folgende Interviewleitfaden entwickelt. Bei den Fragen wurde ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, vorrangig offene Fragen zu stellen, um die Experten zu umfangreichen Äußerungen zu animieren.

1. Mit der ersten Frage wird der jeweilige Interviewpartner gebeten, sich vorzustellen hinsichtlich Beruf, Tätigkeitsbereich (Einrichtung), Position in der Einrichtung und ggf. darüberhinausgehende Aktivitäten.
2. Die zweite Frage bezieht meine Kenntnisse von den Interviewpartnern mit ein, z. B.: „Was hat Sie dazu bewogen, eine Trauma-Sucht-Behandlung speziell für Männer anzubieten und ein entsprechendes Konzept zu entwickeln?“ Oder: „Im Rahmen der Masterarbeit habe ich gesehen, dass Sie derjenige waren, der sehr früh auf die Verbindung von Trauma und Sucht das Augenmerk gerichtet hat und gefordert hat, diesen Zusammenhang mehr zu berücksichtigen. Können Sie die Entwicklung dahin beschreiben?“
3. Halten Sie ein Konzept für eine Trauma-Sucht-Behandlung speziell für den Maßregelvollzug für erforderlich? Wenn nein, welche Alternativen sehen Sie?
4. Inwiefern beschreibt das vorliegende Konzept eine erfolgversprechende Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzug?
5. Was sind nach Ihrer Meinung die wesentlichen Teile/Angebote im Konzept?
6. Was fehlt oder wurde nicht hinreichend berücksichtigt?
7. Bildet die praktische Umsetzung den aktuellen Forschungsstand ab?
8. Welche Anregungen haben Sie zur Weiterentwicklung?

9.6 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der systematisierenden Experteninterviews erfolgt über die qualitative Inhaltsanalyse. Als Vorteil des inhaltsanalytischen Vorgehens beschreibt Mayring (2015) die „kommunikationswissenschaftliche Verankerung“ (S. 50). Die Interviews bzw. die Teile der Interviews, die analysiert werden, und seien sie auch noch so kurz, werden

immer im gesamten Kontext gesehen: Im Kontext der Gesprächssituation, der Lebenssituation des Interviewten und im sprachlichen Kontext des gesamten Interviews.

In der qualitativen Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem das Kernstück dar. Mayring (2015) beschreibt, dass für einige qualitative Sozialforscher die „Orientierung an Kategorien eine analytisch-zergliedernde Vorgehensweise bedeute, die synthetisches Verstehen des Materials behindere“ (S. 51). Ein großer Vorteil der Arbeit mit Kategoriensystemen ist für Mayring jedoch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Bei Bogner et al. (2014) ist der zweite Punkt in ihrem fünfstufigen Auswertungskonzept der „Aufbau eines Kategoriensystems“ (S. 73), in dem sowohl die einzelnen Kategorien als auch deren Beziehungen untereinander benannt werden sollen.

Mayring (2015) beschreibt den Ablauf einer qualitativen Inhaltsanalyse in neun Schritten:

1) Festlegung des Materials

Es muss im Vorfeld geklärt werden, was für die Untersuchung genutzt werden soll. Sollen z. B. nur die Antworten zu einzelnen Fragen ausgewertet werden oder das gesamte Interview? In dieser Untersuchung wird das gesamte Interview genutzt, da auch die Ausführungen der Experten, nach denen nicht explizit gefragt wurde, hilfreiche Hinweise auf eine Veränderung oder Weiterentwicklung des Konzepts geben können. Gerade darin liegt der Vorteil der Experteninterviews: Das Wissen und die Berufserfahrung der Interviewpartner nutzen zu können.

2) Analyse der Entstehungssituation

Hierunter fällt, wie der Kontakt zu den Interviewpartnern zustande kam, wo und wie das Interview erfolgte. Dieser Punkt wurde bereits in Kap. 9.4 beschrieben.

3) Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden aufgenommen und anschließend wörtlich transkribiert.

Füllwörter wie „ähm“ wurden beim Nacharbeiten gestrichen, sofern sie die inhaltlichen Aussagen nicht veränderten. Die Zeichensetzung erfolgte so, dass die Interviews gut und verständlich lesbar wurden, d. h. „Bandwurmsätze“ wurden durch einen Punkt verständlicher gemacht.

Folgende Transkriptionsregeln wurden vereinbart:

Drei Punkte bedeuten eine längere Pause.

Kursiv in Klammern wurden Dinge beschrieben, die zwar zu hören, aber keine Texte

sind, wie (*beide Lachen*) oder (*blättert im Konzept*).

4) Richtung der Analyse

Im Vorfeld der Analyse muss geklärt werden, ob emotionale oder kognitive Aspekte oder Handlungshintergründe interpretiert werden sollen. In dieser Untersuchung werden ausschließlich kognitive Aspekte interpretiert, die rationale Auseinandersetzung mit dem Konzepts durch die Experten.

5) Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Vor dem Hintergrund der Theorie, dass es einen nachweisbaren Zusammenhang zwischen erlebten Traumatisierungen und einer sich entwickelnden Sucht gibt und dass es nicht ausreichend ist, nur die Sucht zu behandeln, sondern sowohl das Trauma als auch die Suchterkrankung, werden die Interviews nach folgenden Fragestellungen untersucht:

1. Wie wird die Notwendigkeit eines Konzepts einer Trauma-Sucht-Behandlung speziell für den MRV eingeschätzt?
2. Werden die wesentlichen Aspekte einer Trauma-Sucht-Behandlung berücksichtigt?
3. Welche fehlen?
4. Wird der Auftrag des Maßregelvollzugs (Besserung und Sicherung) ausreichend berücksichtigt?
5. Erscheint den Interviewpartnern das Konzept umsetzbar?

6) Bestimmung der Analysetechnik

Es gibt drei wesentliche Analysetechniken: Zusammenfassung, Explikation und/oder Strukturierung.

In der Analyse dieser Untersuchung wird vor allem die Strukturierung genutzt. Mayring (2015) beschreibt die „*Strukturierung*: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (S. 67).

Fließen ganze Abschnitte in die Analyse mit ein, wird über eine Zusammenfassung das zu interpretierende Material so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben.

7) Definition der Analyseeinheit

- Kodiereinheit: Bedeutungstragende Elemente in den Interviews, wie ganze Sätze

oder Satzteile, ggf. aber auch Abschnitte, die zusammengefasst werden.

- Kontexteinheit: Jedes Interview für sich.
- Auswertungseinheit: Alle fünf Interviews.

Über die Kodiereinheiten erfolgt eine inhaltliche Strukturierung, das bedeutet, dass zu den Fragestellungen Elemente der einzelnen Interviews herausgefiltert und zusammengefasst werden.

9.7 Analyse der Interviews

Die Analysetechnik der Strukturierung wird nach Mayring (2015) nochmals unterschieden in formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung. In dieser Arbeit erfolgt eine inhaltliche Strukturierung; Ziel ist es, „Merkmale zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen (zu) extrahieren und zusammen(zu)fassen“ (Mayring, 2015, S. 99).

Die Interviews werden nach den in Kap. 9.6 angegebenen Fragestellungen, dem Kategoriensystem, strukturiert, gesichtet und wesentliche Inhalte werden extrahiert und ggf. zusammengefasst.

Das Kategoriensystem ist offen, kann folglich im Lauf der Analyse verändert, z. B. erweitert werden, wenn die Interviews Informationen bieten, die nicht in die vorab entwickelten Kategorien passen, für die Auswertung jedoch relevant sind.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviewauswertung anhand der einzelnen Kategorien zusammengefasst. Der Einfachheit halber wird im Folgenden die „Fachlich-inhaltliche Überlegungen zur Entwicklung eines Konzepts für eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen“ als Konzept bezeichnet.

1) Notwendigkeit eines Konzepts einer Trauma-Sucht-Behandlung speziell für den Maßregelvollzug:

Alle fünf Experten halten ein Konzept für eine Trauma-Sucht-Behandlung speziell für den Maßregelvollzug für wichtig, Experte 2 macht jedoch eine Einschränkung.

Experte 1 hält ein solches Konzept „sowohl für notwendig als auch für sinnvoll, weil im Endeffekt der Maßregelvollzug die einzige Maßnahme ist, die einen ausreichenden Zeitrahmen bietet, um tatsächlich eine komplette Therapie hinbekommen zu können. Das kriegen sie mit keinem anderen Kostenträger als mit der Justiz hin am Stück“ (S. 3/4).

Auch die beiden Experten aus dem Maßregelvollzugszentrum Moringen sehen einen Behandlungs- und Handlungsbedarf, dem mit diesem Konzept begegnet werden kann:

Experte 3: „Ich glaube, das wäre äußerst sinnvoll, weil viele einzelne Schritte, um Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung wirklich gut behandeln zu können, ineinandergreifen sollten und aufeinander aufbauen sollten“ (S. 1).

Experte 4: „Also ich halte es auf jeden Fall für notwendig, dass Trauma-Patienten möglichst unsere therapeutische Unterstützung bekommen im bestimmten Rahmen. Wenn jemand noch eine Sucht mitbringt, dann muss man das kombinieren. Also, man muss der Suchterkrankung und dem Trauma auch Raum geben in der Behandlung“ (S. 1).

„Wir brauchen für diese Traumapatienten eine besondere Atmosphäre/Klima auf den Stationen“ (S. 2).

Experte 5 betont, dass gerade in forensischen Kliniken viele Patienten traumatisiert sind, aber diesbezüglich keine spezielle Behandlung erfahren, obwohl dies die beste Prävention wäre. Die Konzeptentwicklung bezeichnet sie als „Pionierarbeit“ und wünscht sich eine Umsetzung auch im Bereich der Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind. „Ich finde es zumindest hoch sinnvoll. Ich habe mir schon immer gedacht, also, wenn ich mal selber Gutachten zum Beispiel gemacht habe in der Forensik, wird ja deutlich, wie traumatisiert die Patienten da oftmals sind. Und die erfahren ja keine Traumabehandlung in der Forensik. ... Weil ich auch denke, dass ein großer Anteil der Präventionsarbeit für Forensiker in der Erarbeitung der eigenen Traumatisierung liegt. In dem Verstehen der eigenen Lebensgeschichte“ (S. 3).

„Aber ansonsten so an Weiterentwicklung, das war mir jetzt, hatte ich jetzt nicht spontan die Gedanken dazu, weil ich finde das jetzt schon eine richtige Pionierarbeit. Also ich denke nicht, dass es viele Forensiken gibt überhaupt auf der Welt, die diesen Ansatz fahren wollen bei ihren Patienten. ... Und ich denke, wenn das etabliert ist, das ist schon mal ein Riesen Ding“ (S. 9).

Auch Experte 2 sieht die Notwendigkeit passender Interventionen, bemerkt jedoch, dass die Erstellung eines Konzepts speziell für den Maßregelvollzug nicht zwingend gewesen wäre, da bestehende Konzepte für Hafteinrichtungen vorliegen.

„Ich glaube, dass der Maßregelvollzug wie jedes andere Setting passende Interventionen braucht, die das berücksichtigen. Man kann Betroffenen ja gar nicht anders gerecht werden, als dass man das in irgendeiner Form berücksichtigt. Was es dann im jeweiligen

Setting sein kann, bleibt zu prüfen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass auch im Maßregelvollzug therapeutische Interventionen, wie sie an anderer Stelle angewandt werden, genauso sinnvoll und machbar sind. Es gibt ja zu verschiedenen, auch integrativen Ansätzen bei Traumatisierungen und Sucht, z.B. aus Hafteinrichtungen schon viel und ich sehe da keinen wesentlichen Unterschied zum Maßregelvollzug. Ja, also auch bei inhaftierten Menschen oder Menschen, die einen forensischen Hintergrund haben, scheint das geeignet und notwendig sowieso. Aufgrund der Prävalenzraten, die sie gerade ansprechen“ (S. 2/3).

2) Werden die wesentlichen Aspekte einer Trauma-Sucht-Behandlung berücksichtigt?

Die Experten sind während der Interviews unterschiedlich vorgegangen: Experte 1 und 3 haben sich zu den einzelnen Abschnitten/Kapiteln des Konzepts geäußert, die übrigen drei machten nur Angaben zu einzelnen Punkten, die ihnen besonders wichtig erschienen. Insofern ist es nicht möglich, eine Aussage zu treffen, wie viele von den fünf Interviewpartnern einzelne Teile des Konzepts wichtig finden.

Von allen Interviewpartnern wird das Konzept positiv eingeschätzt. Experte 3 beschreibt das Konzept als Einheit folgendermaßen: „Ich finde, das Konzept ist ganzheitlich gedacht. Von der Diagnostik, über Stabilisierungsmethoden im körperlichen Bereich, über Ernährung, über Gruppen, über verlässliche therapeutische Beziehung, über verlässliche Wohngruppensituationen bis hin zu eben den Gruppenangeboten wie den Imaginationsübungen, progressive Muskelentspannung usw., Psychoedukation hinsichtlich der traumatischen Erkrankung. Als nächste Stufe die Aufarbeitung des Traumas einzeltherapeutisch, Deliktbearbeitung auch mit diesem Traumahintergrund bis hin zur Integration und das alles in einem Guss, wo es auch transparent ist für alle Mitarbeitenden. Und es wird hier auch beschrieben, dass auch das Pflegepersonal entsprechend geschult ist. Ich finde, dass hier die Ganzheitlichkeit auf allen Ebenen sichtbar wird“ (S. 4).

Auch Experte 5 äußert sich positiv zu der Gesamtschau: „Also, ich fand das Konzept wirklich sehr positiv. Ich kann mir vorstellen, so, wie Du das beschrieben hast, auf wie vielen Säulen das auch fußen würde und könnte, schon als erfolgversprechend. Also ich kann mir schon vorstellen, dass man da gute Erfolge mit erzielen kann“ (S. 4).

„Also ich fand es, so, wie Du es beschrieben hast, zumindest als Konzept, gut vollständig, da war alles mit berücksichtigt, von der Diagnostik bis zur Traumasyntese“ (S. 6).

Besonders die Elemente Diagnostik, stabilisierende und emotionsregulierende Methoden werden von allen explizit benannt.

Experte 2 hebt als einziger die Möglichkeit der getrennt-geschlechtlichen Behandlung hervor: „Genau, dann der Fokus auf die getrennt-geschlechtlichen Angebote finde ich auch gut und wichtig“ (S. 7).

Auch die positive Wirkung von Psychoedukation wird von Experte 3 (S. 4) und Experte 4 (S. 8) explizit erwähnt.

Experte 1 betont die Vernetzung von Einzel- und Gruppentherapeuten: „Einzeltherapie? Klar, muss auch sein und ich denke ganz wichtig ist, wie auch immer, dass man das auf Station schafft, dass man die Einzel- und die Gruppentherapie sehr, sehr gut vernetzt“ (S. 9).

3) Welche wesentlichen Aspekte fehlen?

Von allen fünf Interviewpartnern wird die Notwendigkeit hervorgehoben, das gesamte Personal, das mit traumatisierten Patienten arbeitet, zum Thema Trauma umfassend zu schulen. Vor allem Experte 2 misst diesem Punkt große Bedeutung bei: „Ich würde, glaube ich, noch ein großes Augenmerk auf das ganze Setting und das Team und Schulungen beim Team legen, so dass Sie am Ende ein Klima idealerweise haben, in das diese Angebote eingebettet sind, das von einem großen Teil oder möglichst allen Beschäftigten mitgetragen wird“ (S. 4).

„Sie wollen im Prinzip ja ihr komplettes Team und ihre komplette Einrichtung bis zu einem gewissen Grad auch traumainformiert oder traumasensibel gestalten und dann haben Sie auch den größten Erfolg mit den Angeboten. Und das Konzept ist im Moment relativ stark, was ja auch gut ist, auf die Angebote ausgerichtet, aber soweit ich das jetzt überblicke, noch nicht so intensiv auf den Rahmen und das Team und Weiterbildung beim Team. ... Ja auch Grundlagen, also überhaupt erstmal zu sensibilisieren für die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen, für die Biographien der Menschen, für Zusammenhänge, auch mit ihrer jetzigen Befindlichkeit, für Zusammenhänge mit Bewältigungsstrategien, die genutzt wurden, u.a. eben auch Substanzkonsum, also erstmal so einen Überblick über Trauma, Traumafolgen und Zusammenhänge mit dem, was wir dann als Symptome sozusagen erleben“ (S. 4).

Die ersten beiden Interviewpartner empfehlen hinsichtlich der Traumabearbeitung weitergehende Verfahren.

Experte 1: „Im Rahmen des Einzel zu arbeiten, das ist sehr ... da hat sich ja so ein bisschen was in der Traumabearbeitung geändert in Richtung kognitiver Verfahren und NET, aber bei ihrer Klientel würde ich, glaube ich, auch von NET eher abraten“ (S. 24).

Experte 2: „Und ich würde Ihnen sehr empfehlen, da auf die Verfahren mit hoher Evidenz zurückzugreifen, Sie erwähnen ja EMDR, das ist sicher eine Möglichkeit, aber ich würde auf jeden Fall entweder EMDR oder kognitive Verhaltenstherapie einsetzen“ (S. 3).

Experte 2 vermisst im Konzept das Augenmerk auf die Komplexe PTBS: „Aber es ist im Prinzip, würde ich Ihnen empfehlen, vielleicht die, den Begriff der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung noch stärker hier aufzunehmen, die ja im ICD-11 auch als Kategorie erscheinen wird“ (S. 6).

„Aber eben auch die Frage, wie sie möglicherweise noch mehr arbeiten dann therapeutisch mit interpersonellen Schemata, die eben typischerweise bei Betroffenen auch in einer ganz bestimmten Art und Weise ausgeprägt sind und dann auch Alltagskontakte wieder mit dem Personal z.B. beeinflussen können. Auch beim Personal dafür eine Sensibilität herzustellen, was bei den Leuten anspricht in bestimmten Situationen, warum die dann so reagieren. Das könnte noch ein bisschen stärker vielleicht repräsentiert sein und das Ganze entlang dieses Konzepts der komplexen PTBS – nur eine Idee, kein Muss“ (S. 6).

Die Experten 2 und 5 schlagen eine umfassendere Diagnostik vor, machen auch konkrete Vorschläge dazu: Experte 2 auf den Interviewseiten 6/7, Experte 5 auf der Seite 5.

Für die Experten 3 und 4 werden körpertherapeutischen Angeboten nicht genügend Stellenwert beigemessen, die sie aber gerade bei der Behandlung sehr früher Störungen für wichtig erachten:

Experte 3: „Genau, wir haben hier keine umfassende kreative Therapie, Körpertherapie, über Atem kann man auch noch 'ne Menge machen“ (S. 4).

„Was wenig beschrieben ist, was angerissen ist, das sind diese nonverbalen, unbewussten und damit vielleicht auch diese ganz frühkindlich traumatischen Erfahrungen, die erschwert zu erfassen sind“ (S. 5).

Experte 4: „Körper? Ja Körper hast Du reduziert auf Sportoptionen. Natürlich kann man körpertherapeutische Aspekte auch mit einbeziehen. Gut, ich bin jetzt Körpertherapeutin,

deswegen gucke ich da natürlich hin. Weil der Körper noch früher zeigt, also früher zeigt, das Ja/Nein, was auch immer. Körperlich ist es klar früher da“ (S. 6).

Als besonders wirksame Methode heben die Interviewpartner 3 und 5 die Arbeit mit Ego States hervor:

Experte 3: „Also ich arbeite auch gerne mit Ego-State-Arbeit, die ist nicht explizit erwähnt, die finde ich auch sehr hilfreich, diese unterschiedlichen States zu benennen, seien es nun Täterintrojekte, seien es innere Kind-States, das fände ich gut“ (S. 7).

Experte 5: „Also, in der EMDR ist es manchmal nicht zu übersehen, wenn die Patienten dann richtig in jüngere Ego-States geraten oder die traumatischen Ego-States sich ganz anders darstellen als die normalen Ego-States der Patienten“ (S. 7).

„Und auch da haben wir die Beendigung mit der Ego-State-Technik gemacht, also, dass dieser Patient als jetzige Person hingekommen ist zu seinem Ego-State von damals und sich damit kognitiv im Rahmen der EMDR auseinandergesetzt hat“ (S. 8).

Experte 5 berichtet, dass er bei der Be- und Verarbeitung der eigenen Straftat gute Erfahrungen mit EMDR gemacht hat: „Mit der Verarbeitung oder Erarbeitung der eigenen Straftat. Dass ich vorschlagen würde, auch dies mit EMDR zu machen. Nicht ausschließlich, aber da kann man nochmal implizit einen sehr guten Zugang dazu schaffen“ (S. 6).

Experte 4 bemerkt auf die Frage, ob etwas Wesentliches fehlt oder ob er noch Vorschläge zur Weiterentwicklung hat: „Ich finde dies schon sehr kompakt. Ich finde, wenn man annähernd das hinkriegt, das ist schon sehr viel. Nochmal eins drauf, da würde ich jetzt gar nicht auf die Idee kommen, ehrlich gesagt. Also ich würde es eher strecken, so wie ich es schon einmal sagte, also vielleicht sagen, weniger ist mehr. Vielleicht 'ne Gruppe weniger, aber die gleiche öfter. Rituale einführen, also alles, was Menschen sicherer macht. Nicht so viel, nicht so eine enge Taktung“ (S. 7).

4) Wird der Auftrag des Maßregelvollzugs (Besserung und Sicherung) ausreichend berücksichtigt?

Da dieser Punkt in den Interviews nicht explizit angesprochen wurde, die Bearbeitung der Straftat aber Bestandteil des Konzepts ist, äußerten sich die Interviewten unterschiedlich ausführlich zu diesem Thema.

Vor allem Experte 1 äußert sich an verschiedenen Stellen des Interviews zu diesem

Thema mit den Aspekten Wiedergutmachung, Bearbeitung der Straftat und Prävention weiterer Straftaten:

„Oh, ehrenamtlich kann man eine ganze Menge machen. Das ist auch das, wo wir tatsächlich mit unseren recht viel dran arbeiten. Und trotzdem würde ich daran arbeiten, weil, bei vielen geht es ja dann auch ums Thema Wiedergutmachung beim Täteranteil“ (S. 13).

„Davon ausgehen, ja, das Urteil ist erstmal so. Dann sich damit auseinanderzusetzen. Wer das nicht mehr weiß, okay. Beide Alternativen durchdeklinieren: Was macht das mit ihnen jeweils? Und es ist klar, dass man das eine lieber von sich denken möchte. Das ist nachvollziehbar. Was würde das andere mit ihnen machen?“ (S. 16)

„Naja gut, und es ist halt schon so, dass die Sucht natürlich schon eher die Krankheit dessen ist, der innere Konflikte eher vermeiden möchte. Nicht der, der es offen austrägt. Der es offen austrägt, kann alles Mögliche haben, Sucht eher weniger. Und das macht es halt noch zunehmend schwerer und deswegen ist auch Bearbeitung der Straftat schon wichtig, dass da nicht komplett in die Vermeidung gegangen wird“ (S. 16).

„Und schon wie gesagt, das mit der Sucht gut mit einrechnen. Dass dieses sich Wegbeamern natürlich riesige Probleme macht. Weil, Dissoziation ist ja nichts Positives für den Kopf. Vermeidung verhindert halt so wie nichts, wie kein anderer Mechanismus, den Fortschritt in Richtung einer Lösung. Und daran würde ich mit dem Patienten schon auch bei der Bearbeitung der Straftat gut arbeiten, was Vermeidung mit einem macht“ (S. 17).

„Wie gesagt, also im Bereich am Anfang Stressregulation, Affektregulation würde ich aufgrund der Klientel einfach großen Wert legen, dass das wirklich klappt und dass das auch durchgehend gemacht wird. Gerade wenn der Stress im Rahmen der Traumabearbeitung hochgeht, dass man dann nochmal mit Patienten übt und sagt, okay, Sie haben ja damals das und das und das für sich erarbeitet, bitte jetzt auch anwenden“ (S. 23).

Experte 5 benennt den Zusammenhang zwischen Traumatisierung – Suchtentwicklung – Straftat und sieht daher in der Trauma- oder Trauma-Sucht-Behandlung eine wichtige präventive Maßnahme: „Ich finde auch, also zumindest bei den Patienten, wo ich dann mal die Möglichkeit hatte, Gutachten zu schreiben, war das total deutlich. Die Leute wurden nie behandelt und wussten auch überhaupt nicht, was die haben. Und häufig sind Straftaten auf diesem Boden entstanden, ohne dass den Leuten der Zusammenhang klar wurde“ (S. 3/4).

Experte 2 beschreibt die Notwendigkeit einer Trauma-Sucht-Behandlung über die Parallele zu Konzepten aus Justizvollzugseinrichtungen: „Es gibt ja zu verschiedenen, auch integrativen Ansätzen bei Traumatisierungen und Sucht, z.B. aus Hafteinrichtungen schon viel und ich sehe da keinen wesentlichen Unterschied zum Maßregelvollzug“ (S. 2/3).

Experte 4 gibt an: „Ich geh mal davon aus, dass Patienten nicht nochmal straffällig werden wollen. D.h. man muss schon auch über das Delikt sprechen, aber, wenn man das zu früh macht, ist es auch retraumatisierend für den Täter und das ist so schwierig. Also, nicht zu früh in diese Deliktbearbeitung gehen, aber das Trauma bearbeiten und die Sucht“ (S. 2).

5) Erscheint den Interviewpartnern das Konzept umsetzbar?

Grundsätzlich halten alle fünf Interviewpartner das Konzept im Maßregelvollzug für umsetzbar und erfolgversprechend, setzen jedoch alle unterschiedliche Schwerpunkte.

Experte 1 gibt an: „Ich denke für den Rahmen, für den es vorgesehen ist, finde ich es ein sehr gutes Konzept“ (S. 22/23) und betont mehrfach im Interview die positiven Aspekte der zur Verfügung stehenden Zeit im Maßregelvollzug.

Experte 2 gibt der stationsübergreifenden Variante des Konzeptes den Vorzug: „Vermutlich ist es stationsübergreifend sinnvoller, einfach, weil Sie nicht so große Gruppen von Leuten haben werden, vermutlich, die zu jenem Zeitpunkt dann auch in der traumazentrierten Behandlung sind. ... Zugleich haben Sie möglicherweise nicht zu jedem Zeitpunkt so viele, nicht 20 Leute oder 15 Leute, die sie in der traumazentrierten Arbeit haben. So dass ich so ein Konzept vielleicht eher ein bisschen übergreifender denken würde, dann aber möglicherweise schon mit Schwerpunktsetzungen, das kann man sich schon überlegen“ (S. 3/4).

Experte 3 sieht mehr Vorteile im Stationskonzept: „Also, es gibt immer noch mehr, aber deshalb finde ich das schon sehr umfassend und eben gut zusammengestellt, weil es aus einem Guss ist und anders als das Stationsübergreifende, wo die unterschiedlich Behandelnden oft nicht voneinander wissen und nicht unbedingt konzeptionell zusammenwirken“ (S. 4).

Experte 4 beschreibt das Konzept als „sehr kompakt und auch gut“ (S. 3), jedoch mit der Einschränkung, dass die Zeit der stationären Unterbringung etwas überfrachtet ist und den Patienten nicht genügend Zeit für das innere Wachstum lässt.

Experte 5 beschreibt die Umsetzbarkeit folgendermaßen: „Ich kann mir vorstellen, so, wie Du das beschrieben hast, auf wie vielen Säulen das auch fußen würde und könnte, schon als erfolgversprechend. Also ich kann mir schon vorstellen, dass man da gute Erfolge mit erzielen kann. Auf jeden Fall. Ich denke auch, alleine der Traumafokus kann es schon bringen. ... Alleine schon das. Und wenn das dann noch weitergeht nach der Diagnostik, kann es doch erfolgversprechend sein“ (S. 4).

6) Schwerpunkte der einzelnen Interviewpartner

Über die in Kap. 9.6 hinausgehenden Fragestellungen berichteten alle fünf Interviewpartner mehr oder weniger viel über ihre eigene Tätigkeit und wo sie persönlich Schwerpunkte in ihrer Arbeit setzen oder worauf sie besonderen Wert legen. Gerade diese Passagen der Interviews können die Weiterentwicklung fördern und bei der Umsetzung des Konzepts in die Praxis hilfreich sein – das Rad muss ja nicht immer wieder neu erfunden werden.

An mehreren Stellen des Interviews betont Experte 1 die Wichtigkeit des Übens von bspw. Skills: „Und deswegen üben, üben, üben und von vornherein klarmachen: Ja, es ist sowas wie ein Training. Und Fußball lernt man nicht von draußen am Rand stehen und klug schnacken. Man muss ja auch Fehler machen, um daraus zu lernen. Das ist ja nicht schlimm. Das wird manchmal klappen, manchmal wird es nicht klappen. Es ist so“ (S. 11).

Darüber hinaus betont Experte 1, wie wichtig es ist, das gesamte Team „mit im Boot zu haben“, was umfassendes Wissen über Trauma beinhaltet, aber auch Schulung in DBT, Entspannungstraining usw. In den gemeinsamen Schulungen/Übungen können eigene Anteile der Mitarbeiter an Störungsbildern erkannt und evtl. bearbeitet werden.

Auch Experte 2 betont mehrfach eine gute Schulung des gesamten Teams als Voraussetzung für ein traumatherapeutisches Klima auf der Station. Des Weiteren legt er noch einen Schwerpunkt auf die Behandlung der Komplexen PTBS (S. 6).

Experte 3 wünscht sich für seine Arbeit im MRVZN Moringen bei den Mitarbeitern ein größeres Wissen bzgl. Trauma: „Entstehung von Trauma, Traumafolgestörungen, Traumafolgestörungen als Krankheitsbild in allen möglichen Auswirkungen, möglichst auch mit viel Material, das ihnen Anschauung gibt, auch unterschiedliche Schweregrade bis hin zu einer dissoziativen Identitätsstörung“ (S. 2).

Einen Schwerpunkt in seiner persönlichen Arbeit beschreibt er in der Arbeit mit Ego States.

Darüber hinaus versucht er, für sich ein gutes Behandlungskonzept für sehr früh traumatisierte Patienten zu entwickeln, wo kognitive Verfahren kaum einsetzbar sind (S. 6).

Auch Experte 4 betont eine umfassende Schulung aller, die mit den traumatisierten Patienten arbeiten (S. 2).

Seinen eigenen Arbeitsschwerpunkt sieht er in der Körperarbeit, weil Körper oft mehr sagen als Worte (S. 6).

Experte 5 legt in seiner Arbeit großen Wert auf eine umfassende Testung der Patienten – die Diagnostikphase dauert auf der Trauma-Sucht-Station in der Asklepios-Klinik Göttingen zwei Wochen. Obwohl er verschiedenste Behandlungsmethoden, auch körpertherapeutische, gelernt hat, hat er in der Einzeltherapie in der Arbeit mit EMDR die größten Erfolge.

9.8 Interpretation der Untersuchungsergebnisse anhand der Forschungsfrage

Basierend auf der Analyse der Interviews soll die Forschungsfrage im Folgenden beantwortet werden.

1) Ermöglicht das erarbeitete Konzept eine sinnvolle Trauma-Sucht-Behandlung?

Alle fünf Interviewpartner sind grundsätzlich der Ansicht, dass bei suchtmittelabhängigen Patienten mit Traumafolgestörungen sowohl die Sucht als auch die Folgen der Traumatisierungen behandelt werden müssen. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass Konsum häufig als eine Form der Selbstmedikation hinsichtlich verschiedener Traumasymptome gesehen werden kann.

Das Konzept wird als Gesamtpaket positiv bewertet, mit all seinen verschiedenen Facetten.

Besonders die stabilisierenden und emotionsregulierenden Gruppen wie „Sicherheit finden“, Entspannungstraining, Imagination und „Sucht-Therapie mit dialektisch-behavioralem Ansatz“ werden von den Experten als gut und wichtig erachtet.

Experte 1 weist mehrfach darauf hin, dass ein sicherer Rahmen für alle Patienten gegeben sein muss, dass also jegliche Form von Aggression nicht geduldet werden darf: „...je impulsiver die Leute sind, sofort korrigieren, korrigieren, bevor Sie sanktionieren müssen. Das ist nervig, das ist wie bei einem jungen Welpen ...“ (S. 26). Diese Bemerkung beinhaltet zweierlei: Zum einen ist äußere Sicherheit eine zwingende Voraussetzung für eine gelingende Traumatherapie. Zum anderen gehört das Lernen, mit der eigenen Impulsivität umzugehen, zur Therapie notwendigerweise dazu – dies mit Blick auf die eigene Delinquenz und vor dem Hintergrund, dass Impulsivität eine häufige Traumafolgestörung ist.

Hinsichtlich der fehlenden Strukturen vieler Patienten wird die Gewichtung auf Tagesstruktur positiv gewertet. Aber auch das Ermöglichen alternativer Erlebnisse, „also dass sie gemeinsam Kochen, dass alles lustbetonter ist, dass sie mal Wanderungen machen, dass man mit denen alternative Freizeitangebote macht“, wird von Experte 4 (S. 4) hervorgehoben.

Experte 2 sieht in dem stationsübergreifenden Konzept eine größere Realisierbarkeit, weil es nach seiner Ansicht schwierig sein kann, zu jedem Zeitpunkt für eine entsprechende Station ausreichend Patienten zu haben. Darüber hinaus bemerkt er, „dass diese Basisgruppen, wenn man es mal so nennen will - auch „Sicherheit finden“ würde ich dazu zählen - sicher für den ganz überwiegenden Teil der Leute sinnvoll ist und nicht nur für eine Station“ (S. 3).

Experte 3 und 4, beide als Therapeuten im Maßregelvollzugszentrum tätig, würden einer gesonderten Station den Vorzug geben, da sie in diesem Rahmen Absprachen zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten und dem pflegerischen Team für realistischer halten und es einfacher ist, auf nur einer Station ein Klima zu installieren, das für traumatisierte Patienten förderlich ist.

2) Wird das Konzept den therapeutischen Anforderungen einer Trauma-Sucht-Behandlung gerecht?

Wie oben beschrieben, werden die therapeutischen Angebote für die Patienten grundsätzlich positiv bewertet.

Experte 4 bemerkt explizit die Relevanz einer stabilen therapeutischen Beziehung: „Also was Menschen mit diesen defizitären Störungen hilft ist ja auch, dass sie auch Vertrauen fassen, dass es Leute gibt, an denen sie sich reiben können. Also, ein ständiger Beziehungswechsel ist eigentlich gar nicht so gut, den hatten sie ja meistens früher. Also, es ist schon gut, wenn sie länger, vielleicht von Anfang an, auf einer Station behandelt werden. Wie Du schon sagst, wenn man eine Trauma-Sucht-Station hat, dass man sagt, die sind von Anfang an da“ (S. 3).

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Arbeit schlagen Experte 2 und 5 eine umfassendere Diagnostik vor, die über das Erfassen einer PTBS oder partiellen PTBS hinausgeht und z. B. Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Essstörungen sowie die Komplexe PTBS mit einschließen.

Im Hinblick auf die einzeltherapeutische Arbeit geben Experte 3, 4 und 5 an, womit sie besonders gute Erfahrungen gemacht haben: Arbeit mit Ego States, EMDR, aber auch Schwerpunkte in der körpertherapeutischen Arbeit. Gerade der letzte Punkt kommt ihrer Ansicht nach in dem Konzept zu kurz.

3) Trägt das Gesamtkonzept, bezogen auf alle Mitwirkenden, zum Gelingen einer Trauma-Sucht-Behandlung bei?

Vor allem von Experte 3 wird positiv bemerkt, dass alle Berufsgruppen in der Behandlung traumatisierter Suchtmittelabhängiger mit einbezogen sind. Jedoch liegen in diesem Punkt auch das größte Manko und der größte Nachbesserungsbedarf des Konzeptes. Von allen fünf Experten wird explizit als Voraussetzung für eine gelingende Trauma-Sucht-Behandlung eine umfassende Schulung aller Mitarbeiter benannt, die mit den traumatisierten Patienten arbeiten, also neben den Einzel- und Gruppentherapeuten die Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ergo- und Sporttherapeuten sowie die Lehrkräfte. Dieser wichtige Punkt ist im Konzept gar nicht erwähnt. Ebenso die Notwendigkeit einer traumaorientierten Supervision für das/die Stationsteam(s).

4) Wird das Konzept den Anforderungen des § 64 StGB (Besserung und Sicherung) gerecht, der die zukünftige Vermeidung „erheblicher rechtswidriger Taten“ fordert?

Betrachtet man Traumatherapie als Präventionsarbeit hinsichtlich weiterer Straftaten, wie Experte 5 es benennt, so wird das Konzept den Anforderungen des § 64 StGB auf jeden Fall gerecht. „Weil ich auch denke, dass ein großer Anteil der Präventionsarbeit für Forensiker in der Erarbeitung der eigenen Traumatisierung liegt. In dem Verstehen der eigenen Lebensgeschichte“ (S. 3).

Auch der Bearbeitung der eigenen Straftat, wie im Konzept beschrieben, wird ein großer Stellenwert beigemessen, wird als selbstverständlich angesehen.

Experte 1 beschreibt, dass die Bearbeitung der Tat immer vor der Arbeit an den Traumatisierungen erfolgen sollte. Der Patient muss begreifen, dass er beides ist: Jemand, der Opfer wurde und jemand, der selber Täter wurde, evtl. andere traumatisiert hat. Für beide Anteile muss er Verantwortung übernehmen. „Wie kann ich mit den Gefühlen umgehen, wenn es in mir Gefühle ausgelöst hat? Wie gehe ich damit um? Wie gehe ich mit Scham und Schuld um? Wie konkret im Alltag? Wie mache ich das wieder gut, dass Ruhe im Kopf einkehrt? Und dann mit dieser zunehmenden Ruhe an die anderen Sachen rangehen“ (S. 14). Auch betont Experte 1 den Aspekt der Wiedergutmachung, die bspw. über Spenden an den „Weißen Ring“ oder ehrenamtliche Tätigkeit erfolgen sollte.

Auch Experte 4 sieht eine Notwendigkeit in der Deliktbearbeitung, aber in umgekehrter Reihenfolge: „Ich geh mal davon aus, dass Patienten nicht nochmal straffällig werden wollen. D.h. man muss schon auch über das Delikt sprechen, aber, wenn man das zu früh macht, ist es auch retraumatisierend für den Täter und das ist so schwierig. Also, nicht zu früh in diese Deliktbearbeitung gehen, aber das Trauma bearbeiten und die Sucht“ (S. 2).

Unabhängig von der Reihenfolge, ob zunächst die Straftat thematisiert wird oder das Trauma, gehört die Bearbeitung des Deliktes und evtl. auch die vorangegangener Delikte zwingend zur Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzug dazu.

10. Fazit und Ausblick

Die positiven Rückmeldungen über den Weg, den ich mit dieser Arbeit gegangen bin

sowie der Notwendigkeit eines Konzepts sind erfreulich und machen Mut, eine Veränderung in Moringen in diese Richtung immer wieder anzusprechen und voranzutreiben, sie in den maßgeblichen Gremien präsent zu halten.

Ich war erstaunt, wie viele Gesichtspunkte bei den Interviews angesprochen wurden – und auch dankbar dafür. Darüber hinaus sind besonders die Aspekte hilfreich, die in den Überlegungen zu einem Konzept noch zu ergänzen wären, vor allem der Hinweis auf die Schulung des Personals sowie der Fokus auf die Komplexe PTBS. Aber auch die Erfahrungen der Interviewten aus ihrer eigenen Arbeit sind hilfreich, wie z. B. die Bemerkung von Experte 1, dass traumatisierte Patienten Probleme haben, in Gruppen in einem Stuhlkreis zu sitzen, weil sie Schwierigkeiten mit der Abgrenzung zu anderen haben und dass dieses Problem ganz einfach durch Tische gelöst werden kann. Auch die Bemerkung von Experte 4, dass das Konzept überfrachtet und weniger oft mehr sei, weil Veränderung Zeit braucht, nehme ich als Impuls mit.

Diese Arbeit kann nur und soll Anstoß sein, eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzugszentrum Moringen mit in das bestehende Behandlungskonzept aufzunehmen. Der Bedarf besteht in jedem Fall. Das, was eigentlich ein fertiges Konzept werden sollte, ist durch Theorieanteile erweitert und nicht bis ins Detail operationalisiert. Die Darlegungen stellen jedoch eine Vorüberlegung zu einem noch differenzierteren Konzept mit z. B. einem konkreten Zeitplan dar. An einer tatsächlichen Realisierung würden sicher hinreichend engagierte Menschen unterschiedlicher Profession mitarbeiten, die ihren Blickwinkel einbringen, so dass am Ende ein erfolgversprechendes Projekt entsteht. Neben den Vorüberlegungen zu einem Konzept werden sicherlich auch die praxiserprobten Vorschläge der Interviewten mit einfließen.

Grundsätzlich hat Experte 5 natürlich recht, dass eine Diagnostik bzgl. Traumafolgestörungen und eine entsprechende Behandlung für alle Patienten des Maßregelvollzugs wichtig ist. Gerade für den Maßregelvollzug ist der Präventionsaspekt und -effekt nicht zu unterschätzen, auch für die Patienten, die nach § 63 StGB untergebracht sind. Ich hoffe, dass das Interesse an einer veränderten und erweiterten Behandlung auch in diesem Bereich bei den Therapeuten geweckt werden kann.

Beim Schreiben des Theorieteils dieser Masterthesis wurde deutlich, dass noch weitere Zusammenhänge bestehen, außer dem zwischen Trauma und Sucht. So entwickelten z.

B. viele Patienten des Suchttherapiebereichs, die traumatisiert sind, eine dissoziale Persönlichkeitsstörung. Auch lohnt es sich, den Zusammenhang zwischen Einweisungsdelikt und Traumatisierung genauer in den Fokus zu nehmen.

Es wird deutlich, dass noch vieles offen ist und noch viel geforscht werden kann, vielleicht nicht nur in Masterarbeiten.

11. Literaturverzeichnis

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.

Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.). (2001). *Handbuch für Gesundheitsberater*. Bern: Hans Huber.

Brisch, K. H. (Hrsg.). (2013). *Bindung und Sucht*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (2013). Die bindungsbasierte Behandlung von Suchterkrankungen auf verschiedenen Altersstufen. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 277-297). Stuttgart: Klett-Cotta.

Deegener, G. (2005). Formen und Häufigkeiten der Kindesmisshandlung. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch* (S. 37-58). Göttingen: Hogrefe.

Deegener, G. & Körner, W. (Hrsg.). (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014). *Jahrbuch Sucht 14*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V./Gaßmann, R. (Hrsg.). (2002). *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV (2003). Göttingen: Hogrefe.

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-V (2015). Göttingen: Hogrefe.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). *Drogen- und Suchtbericht, Stand: Mai 2015*. Zugriff am 10.07.2016 unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html?tx_rsmsemanticsea

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)* (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.

Driessen, M., Schulte, S., Wulff, H. & Sutmann, F. (2006). Diagnostische Aspekte bei Trauma und Substanzabhängigkeit. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 108-126). Stuttgart: Klett-Cotta.

Driessen, M., Schulte, S., Lüdecke, C., Schäfer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C. & Havemann-Reinecke, U. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or double dependence: A multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, (S. 481-488).

Dtv-Lexikon: Ein Konversationslexikon in 20 Bänden. (1974). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Dudeck, M. (2001). *Traumata und Posttraumatische Belastungsstörung bei forensisch-psychiatrischen Patienten*. Dissertation. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität.

Dudeck, M. (2013). Delinquenz und frühe Stresserfahrungen. In C. Spitzer & H. J. Grab (Hrsg.), *Kindesmisshandlung: Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter* (S. 394-399). Stuttgart: Kohlhammer.

Dudeck, M. (2015). Traumafolgestörungen bei Patienten und Patientinnen in Forensischen Kliniken. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 838-843). Stuttgart: Klett-Cotta.

Ebert, W. & Könnecke-Ebert, B. (2007). Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. In H. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie* (2., überarbeitete Auflage) (S. 159-200). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.

Fischer, G., Klein, A. & Orth, A. (2012). *Vom Opfer zum Täter*. Heidelberg: Asanger.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, 202-210.

Freyberger, H. & Freyberger, H. J. (2015). Ulrich Venzlaff – Nestor und Wegbereiter der Psychotraumatologie. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 11-12). Stuttgart: Klett-Cotta.

Glaeske, G. & Hoffmann, F. (2014). Medikamente 2012 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. *Jahrbuch Sucht* 14 (S. 90-111). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Haar, M. von der (2002). Therapie im Maßregelvollzug – Konzepte und Erfahrungen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V./ R. Gaßmann (Hrsg.), *Suchtprobleme hinter Mauern: Drogen, Sucht und Therapie in Straf- und Maßregelvollzug* (S. 145-166). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Haar, M. von der (2015). *Reader Stichtag. Stichtagserhebung im MRV nach § 64 StGB von 1994 bis 2015*. Zugriff am 10.08.2016 unter: www.mrvzn-badrehburg.niedersachsen.de/veroeffentlichungen/veroeffentlichungen-106184htm.

Hantke, L. & Görge, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz – Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.

Hase, M. & Hofmann, A. (2006). Behandlung traumatisierter Abhängiger mit der EMDR-Methode. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 221-235). Stuttgart: Klett-Cotta.

Heyden, S. (2013). Behandlung von Tätern mit komplexen Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen* (S. 380-393). Stuttgart: Schattauer.

Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.

Huber, M. (2003). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2*. Paderborn: Junfermann.

Huber, M. (2005). *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Paderborn: Junfermann.

Hüther, G. (2001). Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen aus neurobiologischer Sicht. In H. G. Petzold, H.-U. Wolf, B. Landgrebe & Z. Josic (Hrsg.), *Das Trauma überwinden: Integrative Modelle der Traumatherapie. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie* (S. 413-424). Paderborn: Junfermann.

Hüther, G. (2007). *Biologie der Angst – Wie aus Stress Gefühle werden*. (8. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Klein, M. (2001). Suchtstörungen. In R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.), *Handbuch für Gesundheitsberater* (S. 227-237). Bern: Hans Huber.

Klein, M. (2006). Gewalt und Traumatisierung durch Suchtkranke. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 56-75). Stuttgart: Klett-Cotta.

König, J., Resick, P. A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. (4., vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.

Langeland, W. & van den Brink, W. (2006). Psychiatrische Komorbidität bei traumatisierten Suchtpatienten. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 108-126). Stuttgart: Klett-Cotta.

Lehner, B. & Kepp, J. (2014). Daten, Zahlen, Fakten. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. *Jahrbuch Sucht 14*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Lieb, R. & Isensee, B. (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen* (2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage) (S. 27-58). Bern: Hans Huber.

Lüdecke, C. (2010a). Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 11-26). Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C. (2010b). Neurobiologische Grundlagen von Trauma und Sucht. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 27-83). Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C. (2010c). Die integrative Behandlung. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 125-140). Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C., Sachsse, U & Faure, H. (2010). *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C., Scarpinato-Hirt, F., Lottermoser, S. & Mandrek-Ewers, D. (2010). Stabilisierungstechniken – Sucht. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-*

Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext (S. 211- 265). Stuttgart: Schattauer.

Maercker, A. (Hrsg.). (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage). Berlin: Springer.

Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Auflage) (S. 13-34). Berlin: Springer.

Mandrek-Ewers, D. & Scarpinato-Hirt, F. (2010). Standardisierte psychologische Diagnostik. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 184-192). Stuttgart: Schattauer.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Auflage). Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.

Moggi, F. (2005). Folgen von Kindesmisshandlung: Ein Überblick. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch* (S. 94-103). Göttingen: Hogrefe.

Moggi, F. (Hrsg.). (2007). *Doppeldiagnosen* (2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Hans Huber.

Müller-Isberner, R. (1998). Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie. In R. Müller-Isberner & S. G. Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit – Kriminaltherapie – Kriminalprognose* (S. 51-63). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Müller-Isberner, R. & Cabeza, S. G. (Hrsg.). (1998). *Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit – Kriminaltherapie – Kriminalprognose*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Najavits, L. M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch*. Göttingen: Hogrefe.

Osten, P. (2007). Integrative Diagnostik der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. In H. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie* (2., überarbeitete Auflage) (S. 201-268). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Özkan, I., Sachsse, U. & Streeck-Fischer, A. (Hrsg.). (2012). *Zeit heilt nicht alle Wunden – Kompendium zur Psychotraumatologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Petzold, H. G. (2002). Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen. In H. G. Petzold, H.-U. Wolf, B. Landgrebe & Z. Josic (Hrsg.), *Das Trauma überwinden: Integrative Modelle der Traumatherapie. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie* (S. 509-528). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 3: Klinische Praxeologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. & Orth, I. (Hrsg.). (1991). *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Band 1*. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H., Schay, P. & Scheiblich, W. (Hrsg.). (2006). *Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H., Schay, P. & Ebert, W. (Hrsg.). (2007). *Integrative Suchttherapie* (2., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H. G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B. & Josic, Z. (Hrsg.). (2002). *Das Trauma überwinden: Integrative Modelle der Traumatherapie. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann.

Pfingsten, U. & Hinsch, R. (1991). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Pielmaier, L. & Maercker, A. (2015). Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 74-83). Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L., Liebermann, P., Söllner, W. & Lampe, A. (2015). Stabilisierung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 639-654). Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. & Teunißen, S. (2006). Ressourcenorientierung in der Behandlung traumatisierter suchtkranker Patientinnen und Patienten. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 197-218). Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachsse, U. (2010). Trauma-Syntheseverfahren. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 307-344). Stuttgart: Schattauer.

Sachsse, U. (2012). Neurobiologische Grundlagen und Veränderungen nach traumatischen Lebenserfahrungen. In I. Özkan, U. Sachsse & A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Zeit heilt nicht alle Wunden – Kompendium zur Psychotraumatologie* (S. 65-84). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Sachsse, U. & Sack, M. (2015). Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 196-206). Stuttgart: Klett-Cotta.

Sack, M. & Ebbinghaus, R. (2013). Grundlagen der Diagnostik. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen* (S. 33-41). Stuttgart: Schattauer.

Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (Hrsg.). (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.

Schay, P. (2013). Lauftherapie – ein übungs- und erlebniszentrierter Behandlungsansatz im Kontext. In P. Schay, I. Lojewski & F. Siegele (Hrsg.), *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorien – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S. 178-190). Stuttgart: Thieme.

Schay, P., Görgen, W. & Bläsing, N. (2007). Integrative Arbeit an der Schnittstelle von Drogenhilfe und Justiz. In H. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie* (2., überarbeitete Auflage) (S. 149-155). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schay, P. & Liefke, I. (2009). *Sucht und Trauma*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schay, P., Lojewski, I. & Siegele, F. (Hrsg.). (2013). *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorien – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme.

Schäfer, I. (2006). Versorgungsmodelle und Anforderungen an das Hilfesystem. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 256-270). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schäfer, I. (2015). Traumatisierung und Sucht. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 263-272). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schäfer, I. & Krausz, M. (Hrsg.). (2006). *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Scheiblich, W. & Petzold, H. (2006). Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem. In H. Petzold, P. Schay & W. Scheiblich (Hrsg.), *Integrative Suchtarbeit* (S. 477-532). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schellong, J. (2013). Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen* (S. 42-58). Stuttgart: Schattauer.

Schmidt-Querneim, F. (2008). Behandlung im Maßregelvollzug. In F. Schmidt-Querneim & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 93-198). Bern: Huber.

Schmidt-Querneim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Huber.

Seidler, G. H., Freyberger, H. J. & Maercker, A. (Hrsg.). (2015). *Handbuch der Psycho-traumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Spitzer, C. & Grab, H. J. (Hrsg.). (2013). *Kindesmisshandlung: Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Strafgesetzbuch StGB. (2015). (53. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Strauß, B. (2013). Kindesmisshandlung und Bindung. In C. Spitzer & H. J. Grabe (Hrsg.), *Kindesmisshandlung: Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter* (S. 86-102). Stuttgart: Kohlhammer.

Streeck-Fischer, A. (2014). *Trauma und Entwicklung* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Tagay, S. & Senf, W. (2014). *Essener-Trauma-Inventar - Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Volckart, B. (1997). *Maßregelvollzug* (4. Auflage). Neuwied: Luchterhand.

Wagner, F. (2015). Die Posttraumatische Belastungsstörung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 182-195). Stuttgart: Klett-Cotta.

Zimmermann, P. L. (2015). Traumatisierungen nach militärischen Einsätzen. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 378-387). Stuttgart: Klett-Cotta.

Anhang I

Fachlich-inhaltliche Überlegungen zur
Entwicklung eines Konzepts für eine
Trauma-Sucht-Behandlung im
Maßregelvollzugszentrum Moringen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	1
1. Einleitung	3
2. Der Behandlungsrahmen – der Suchttherapiebereich des MRVZN Moringen	5
3. Anamnese, Diagnostik und Auswahl der Patienten	6
4. Substitution	8
5. Das multiprofessionelle Team	8
6. Stationsübergreifende Angebote für alle Patienten	8
6.1 Ergotherapie	9
6.2 Patientenschule	9
6.3 Sporttherapie	9
6.4 Kunsttherapie	9
7. Das Lockerungskonzept des Suchtbereichs	10
8. Umgang mit Rückfällen	11
9. Medizinische Versorgung	11
10. Konzept einer Trauma-Sucht-Station	12
10.1 Milieuthherapie / Stationsklima	12
10.2 Sicherheit	13
10.3 Gruppenangebote	14
10.3.1 Hausversammlung	14
10.3.2 „Sicherheit finden“-Gruppe	14
10.3.3 Imaginationsgruppe	15
10.3.4 Entspannungstraining	15
10.3.5 „Sucht-Therapie mit dialektisch-behavioralem Ansatz“	16
10.3.6 Soziales Kompetenztraining	16
10.4 Einzeltherapie	17
10.4.1 Ergänzende Anamnese	17
10.4.2 Traumabearbeitung	18

10.4.3	Bearbeitung der Straftat	21
10.4.4	Arbeit mit kreativen Medien	22
10.5	Tagesstruktur	23
10.6	Täglicher Ausdauersport	24
10.7	Freizeitangebote	25
11.	Konzept einer stationsübergreifenden Trauma-Sucht-Behandlung	26
10.1	Gruppen	26
10.2	Therapeutische Einzelgespräche	27
12.	Schlussbemerkung	28
	Literaturverzeichnis	30

1. Einleitung

Schon im 19. Jahrhundert wurden körperliche Symptome, wie Zittern am ganzen Körper oder einzelnen Gliedmaßen, bei Soldaten beschrieben, die zunächst nicht erklärbar waren. Erst die nicht zu übersehenden psychischen und physischen Folgen des Vietnamkrieges auf die amerikanischen Soldaten lösten eine psychiatrische Auseinandersetzung mit der menschlichen Reaktion auf extrem belastende Ereignisse aus. Zeitgleich stattfindende Untersuchungen an Vergewaltigungsopfern zeigten die gleichen psychischen und physischen Symptome, so dass 1980 die erste Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen III (DSM-III) aufgenommen wurde (Wagner, 2015).

Nach kontinuierlicher wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit Traumatisierungen werden aktuell neben der PTBS als Traumafolgestörung eine Reihe von Symptomen genannt; hier stehen Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Substanzmissbrauch an erster Stelle (Flatten et al., 2011; Langeland & van den Brink, 2006; Sack & Ebbinghaus, 2013).

Der Zusammenhang von (vor allem frühen) Traumatisierungen und einer Suchterkrankung konnte in zahlreichen amerikanischen Studien gezeigt werden (vergl. Langeland & van den Brink, 2006, S. 97ff; Lüdecke, 2010a, S. 17f; Schäfer, 2015, S. 263ff), ebenso in der größten deutschen Studie von Driessen et al. aus dem Jahr 2008. In dieser Studie wurden 459 Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen u. a. auf Traumatisierungen untersucht. Im Ergebnis zeigten 15% der Alkoholabhängigen, 30% der Drogenabhängigen und 34% der Mehrfachabhängigen eine akute oder chronische PTBS.

Eine aktuell für diese Arbeit durchgeführte Testung mit dem Essener Trauma-Inventar (ETI, Tagay & Senf, 2014) von 72 Patientinnen und Patienten des Suchttherapiebereichs im Maßregelvollzugszentrums Niedersachsen (MRVZN) in Moringen überschritt dieses Ergebnis: Bei zusammengenommen 40% konnte eine chronische PTBS (18%) oder partielle PTBS (22%) festgestellt werden.

Die Unterbringung im Suchttherapiebereich des Maßregelvollzugs erfolgt aufgrund einer Verurteilung nach dem § 64 StGB. Das bedeutet, dass die Straftat ursächlich im Zusam-

menhang mit einer Suchterkrankung steht und die Behandlung in einer Entziehungsanstalt konkrete Aussicht auf Erfolg hinsichtlich der Suchterkrankung und damit der Vermeidung weiterer Straftaten verspricht.

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass die Behandlung im Maßregelvollzug eine Unterbringung anstatt Haft aufgrund einer Verurteilung ist. Vor allem Patienten mit einer hohen parallelen Freiheitsstrafe willigen häufig in die Entziehungsbehandlung ein, weil sie sich einen verkürzten Freiheitsentzug durch eine Aussetzung der Reststrafe zur Bewährung nach erfolgreicher Therapie erhoffen. Sie beginnen die Behandlung häufig nicht wegen eines hohen Leidensdrucks und entsprechend wenig lassen sie sich, zumindest zu Beginn, auf eine Behandlung ein.

Zwar gründet sich die Verurteilung i. d. R. auf eine Begutachtung, die Fragestellung des Gutachtens beinhaltet jedoch ausschließlich die Frage der Schuldfähigkeit, ob eine Suchterkrankung vorliegt und ob eine Behandlung in einer Entziehungsanstalt Erfolg verspricht. Die Frage nach der Ätiologie der Suchterkrankung wird nur in wenigen Gutachten thematisiert. Darüber hinaus ist jedes Gutachten immer eine „Momentaufnahme“ in einer sehr speziellen Situation. Um den Patientinnen und Patienten eine optimale Behandlung anbieten zu können, muss daher zu Behandlungsbeginn eine umfassende Diagnostik erfolgen.

Im folgenden Konzept für eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzug werden zwei mögliche Behandlungsvarianten dargestellt: Zum einen eine gesonderte Station für traumatisierte Suchtmittelabhängige, zum anderen eine stationsübergreifende Behandlung.

Die Behandlung auf einer Station nur für Patientinnen und Patienten mit einer PTBS und einer Suchterkrankung kann Schutz und Sicherheit für sie bedeuten – sie fühlen sich, eventuell erstmals in ihrem Leben, gesehen und verstanden in ihrer Problematik, die sie häufig nicht mit ihren Traumatisierungen in Verbindung bringen. „Gerade im Suchtbereich ist das Behandlungsklima zumeist durch starre, allgemein verbindliche Regeln und eine eher rigide, konfrontative Grundhaltung geprägt. Die Integration traumaspezifischer Interventionen macht jedoch eine flexiblere Haltung notwendig, die individuelle Vereinbarungen zulässt und es besser ermöglicht, auf die aktuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen“ (Schäfer, 2006, S. 260).

Eine Einbeziehung der Pflegekräfte in die therapeutische Behandlung ist sinnvoll und notwendig, sind sie doch rund um die Uhr Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten. Dies setzt allerdings Interesse an dem neuen Arbeitsbereich und Bereitschaft zu Fortbildungen, wie z. B. in DBT und Entspannungstraining, voraus.

Viele Patienten des Suchttherapiebereichs bringen jahrelange Haft Erfahrung mit. Dieses „gelernte Regelwerk“ versuchen sie auch im Maßregelvollzug weiter zu leben, was sich in sogenannten „Knaststrukturen“ zeigt. Auf einer gesonderten Trauma-Sucht-Station besteht die Möglichkeit, ein Stationsklima zu schaffen, das nicht von sogenannten „Knaststrukturen“ geprägt ist, sondern auch Empathie zulässt. Das Wissen, dass Mitpatienten/-innen auch Trauma-/Opfererfahrungen gemacht haben, kann einerseits gegen die jeweilige Person verwendet werden, aber eben auch zu mehr Verständnis bzgl. Ihres Verhaltens führen. Das Erlernen von Rücksichtnahme und Verständnis für andere Menschen werden so gefördert.

Der große Vorteil einer stationsübergreifenden Behandlung liegt in der einfacheren Umsetzbarkeit. Es können, wie später beschrieben wird, Gruppen nach dem Therapieprogramm „Sicherheit finden“ von Najavits (2009) angeboten werden sowie Einzeltherapien bei speziell ausgebildeten Traumatherapeuten.

Da die traumatisierten Patientinnen und Patienten nicht nur Opfer sind, sondern in jedem Fall auch Täter, gilt für beide Behandlungsvarianten, dass eine Bearbeitung der Straftat zwingend zur Behandlung dazugehört.

Aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit verzichte ich im Weiteren auf die Differenzierung zwischen männlicher und weiblicher Form. Auch wenn der überwiegende Anteil der im Suchtbereich des Maßregelvollzugs lebenden Menschen Männer sind, sind immer beide Geschlechter gemeint, wenn von Patienten, Interviewpartnern und Mitarbeitern etc. die Rede ist, es sei denn, die weibliche Form wird ausdrücklich verwendet oder findet sich in Zitaten.

2. Der Behandlungsrahmen – der Suchttherapiebereich des MRVZN Moringen

Der Suchttherapiebereich des MRVZN in Moringen umfasst derzeit insgesamt fünf Stationen: Seit 2011 gibt es eine Aufnahme- und Kriseninterventionsstation und drei weiterführende Stationen. Im März 2016 wurde der Bereich um eine Station im 25 km entfernten Göttingen erweitert, im neu gebauten MRVZN, welches besonders hohen Sicherheitsanforderungen entspricht. Insgesamt hält der Suchttherapiebereich 95 stationäre Plätze vor.

Von Vorteil gegenüber sonstigen stationären Entwöhnungsbehandlungen ist die vergleichbar lange Behandlungszeit: Sie beträgt zwei Jahre plus maximal zwei Drittel der parallelen Freiheitsstrafe (§§ 67 d, Abs. 1; 67, Abs. 4 StGB). Diese Zeit beinhaltet den stationären Aufenthalt im Maßregelvollzug mit gestaffelten Lockerungserprobungen sowie die Erprobung in einer Adaptionseinrichtung oder eigenen Wohnung, dem sogenannten Probewohnen. Erst nach positiv verlaufenen Erprobungen erfolgt eine Entlassung aus der Maßregel auf Bewährung.

Für Patienten, die sich der Behandlung entziehen, indem sie bspw. die therapeutischen Angebote nicht wahrnehmen, oder die für sich die Entscheidung treffen, keine Therapie machen zu wollen, besteht während der gesamten Unterbringungszeit die Möglichkeit der Erledigung der Maßregel, d. h. die Beendigung der Maßnahme. Bei Vorliegen einer parallelen Freiheitsstrafe tritt diese i. d. R. in Kraft.

Nach der Aufnahme bleiben die Patienten i. d. R. ein bis drei Monate auf der Aufnahmestation. Die Zeit ist abhängig davon, wie sich die Patienten auf das Therapieangebot einlassen und von der Verfügbarkeit freier Plätze. Haben sie sich für eine Therapie entschieden, erfolgt eine Verlegung auf eine der weiterführenden Stationen. Von dort aus wird nach erfolgreicher Therapie das Probewohnen vorbereitet und umgesetzt.

3. Anamnese, Diagnostik und Auswahl der Patienten

Auf der Aufnahmestation erfolgen noch am Aufnahmetag durch den Stationsarzt die somatische Anamnese sowie die Erhebung des psychopathologischen Befundes. Ebenso

erfolgt eine erste Suchtmittelkontrolle. Ist ein Patient stark intoxikiert, wird er in das Kriseninterventionszimmer verlegt und regelmäßig durch das Pflegepersonal, ggf. unter Hinzuziehung eines Arztes, überwacht.

Innerhalb der ersten Tage nach der Aufnahme findet ein erstes Oberarztgespräch statt, welches allgemein dem Kennenlernen dient, aber auch Themen wie die Indikation einer Substitution, dringende Facharztvorstellungen etc. haben dort ihren Platz. Ebenso in den ersten Tagen erfolgt eine erste Anamnese durch den therapeutischen Stationsleiter. Diese beinhaltet die Biographie des Patienten, ebenso die Suchtanamnese. Parallel dazu gibt es erste Kontakte zum zuständigen Sozialarbeiter. Zu Behandlungsbeginn umfassen die Aufgaben des Sozialdienstes häufig Schuldenregulierung, Wohnungsauflösung sowie Kontakte zu Ämtern, wie bspw. Ausländerbehörde oder Jugendamt. Im weiteren Verlauf der Therapie unterstützt der Sozialarbeiter die Patienten bei der selbstständigen Arbeitssuche, dem Erstellen von Bewerbungsunterlagen und notwendiger Passverlängerung sowie der Suche nach einer geeigneten Adaptionseinrichtung.

Aktuell erfolgt eine Testdiagnostik auf den weiterführenden Stationen. Um traumatisierte Patienten so früh wie möglich optimal behandeln zu können und Anhaltspunkte für die Auswahl der weiterführenden Station zu erhalten, wäre es erforderlich, die Diagnostik auf der Aufnahmestation durchzuführen. So wäre es sinnvoll, wenn innerhalb der ersten Wochen eine standardisierte psychologische Diagnostik stattfindet, da diese, wie oben bereits beschrieben, nicht ausreichend durch die Gutachter erfolgt. Mandrek-Ewers und Scarpinato-Hirt (2010) beschreiben ihre Erfahrung, dass sich Patienten durch eine Testdiagnostik besonders ernst genommen fühlen, sie den Eindruck haben, dass sich jemand intensiv mit ihrer Problematik auseinandersetzt und dass sich diese Einschätzung positiv auf die therapeutische Beziehung auswirkt.

Zur Erfassung der psychischen Störungen schlagen Mandrek-Ewers und Scarpinato-Hirt „Das diagnostische Interview Psychischer Störungen (Kurzform Mini-DIPS)“ und zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen „Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse II, (SKID-II)“ vor, beides halbstrukturierte Interviews. Bei entsprechender Vermutung sollten Testungen zu Depressionen und ADHS erfolgen. Zur Erfassung von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen hat sich das Essener Trauma-Inventar im MRVZN Moringen bewährt.

Liegen anhand der biographischen Anamnese und der Testdiagnostik Traumafolgestörungen vor, sollte diskutiert werden, welche Behandlung zum gegenwärtigen Zeitpunkt sinnvoll ist. Ggf. kann eine Trauma-Sucht-Behandlung beginnen – entweder durch Verlegung auf die Trauma-Sucht-Station oder, beim stationsübergreifenden Behandlungsmodell, die Teilnahme an entsprechenden Gruppen und der einzeltherapeutischen Behandlung durch einen Traumatherapeuten.

4. Substitution

Bis vor wenigen Monaten hatten Opiatabhängige in niedersächsischen Maßregelvollzugseinrichtungen seit ca. sechs Jahren ausschließlich in Moringen die Möglichkeit der Substitution; im Durchschnitt sind dies ein Drittel aller Suchtpatienten. Einzig die forensische Klinik in Lüneburg hat sich aktuell für eine Substitutionsbehandlung entschieden.

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass eine Substitution einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung nicht widerspricht. Gerade unter dem Aspekt der Selbstmedikationshypothese wurde von traumatisierten Suchterkrankten angegeben, dass „sedierende Medikamente, Alkohol und Opiate einen positiven Einfluss auf die Arousal-Symptomatik und die intrusive Symptomatik“ (Lüdecke, 2010a, S. 21) hatten. Nach einer Entgiftung setzen i. d. R. die Traumasymptome mit gleicher Heftigkeit wieder ein und ein Rückfall ist vorprogrammiert. „Erst durch die Substitutionsbehandlung wurde es überhaupt möglich, bei diesen Patienten den therapeutischen Blick auf komorbide Störungen zu lenken“ (Lüdecke, 2010b, S. 33).

Eine Substitution während der Trauma-Sucht-Behandlung ist nicht zwingend, kann aber sowohl für die Patienten als auch den gesamten Therapieverlauf unterstützend sein.

5. Das multiprofessionelle Team

Die Teams der Suchtstationen im MRVZN Moringen bestehen aus:

- Einem Oberarzt
- Zwei therapeutischen Stationsleitern, Psychologen oder Suchttherapeuten – durchschnittlich ist einer für zehn Patienten zuständig
- Pflegekräften, die im 3-Schicht-Dienst, Früh- Spät-, Nachtschicht, arbeiten
- Einem Arzt, der nach dem „Hausarzt-Modell“ seine Praxisräume auf dem Klinikgelände hat
- Einem Sozialarbeiter

- Einem Mitarbeiter des hauswirtschaftlichen Bereichs.

6. Stationsunabhängige Angebote für alle Patienten

Angebote für alle Patienten des MRVZN Moringen, also stationsungebunden, sind:

- Ergotherapie
- Hausinterne Patientenschule
- Sporttherapie
- Kunsttherapie.

6.1 Ergotherapie

Die Ergotherapie gliedert sich auf in den Eingangsbereich, den zu diagnostischen Zwecken alle Patienten anfangs durchlaufen müssen. Als Folgeabteilungen, abhängig von den Ressourcen und Defiziten der Einzelnen, gibt es einen Förder-, einen Kreativ-, einen Trainings- und einen industriellen Bereich. Für Patienten mit Einzelausgangsgenehmigung stehen Arbeitsplätze in der Küche, der Cafeteria, der Malerwerkstatt und der Gärtnerei zur Verfügung. Diese Arbeitsbereiche entsprechen weitgehend realen Arbeitsbedingungen.

6.2 Patientenschule

In der Patientenschule können Patienten den Haupt- und Realschulabschluss erwerben. Es wird außerdem ein Orientierungskurs angeboten, der sehr niedrighschwellig angelegt ist und als Vorbereitung für den Hauptschulkurs genutzt werden kann. Darüber hinaus können Patienten mit Migrationshintergrund Einzel-Förderunterricht in Deutsch als Fremdsprache erhalten, der ausschließlich am Können des Einzelnen orientiert ist. Auch für Analphabeten wird Einzel-Förderunterricht angeboten. Das Spektrum der Schule wird komplettiert durch logopädischen Einzelunterricht.

6.3 Sporttherapie

Die Sporttherapeuten halten verschiedene Angebote für die Patienten bereit: Rückenschule, Ausdauersport, Schwimmen im hauseigenen Schwimmbad, Krafttraining, Fußball und Basketball. Für jede Aktivität gibt es feste Termine, zu denen die Patienten ohne Anmeldung gehen können.

6.4 Kunsttherapie

Ein Kunsttherapeut hält mehrmals wöchentlich ein Angebot in Bildhauerei und Malerei bereit. Zu diesem Angebot, das vor allem am Wochenende stattfindet, müssen sich die Patienten anmelden.

7. Das Lockerungskonzept des Suchttherapiebereichs

Da der Maßregelvollzug eine geschlossene Einrichtung ist, unterliegen Lockerungen rechtlichen Bestimmungen und damit einem bestimmten Procedere.

Mindestens die ersten 14 Tagen nach der Aufnahme dürfen die Patienten keinen Besuch erhalten, nur zu vorgegebenen Zeiten telefonieren, um erst einmal mit den Gegebenheiten vertraut zu werden. Danach können Besuchsanträge gestellt werden. Diese durchlaufen, wie alle Anträge, drei Gremien: 1. das Team, 2. den Funktionsbereich, der sich aus den Oberärzten des Suchtbereichs, den pflegerischen und therapeutischen Stationsleitern des Suchtbereichs und den Sicherheitsbeauftragten zusammensetzt und 3. der Gesamtkonferenz, der der ärztliche Direktor vorsteht.

Hat ein Patient 14 Tage nachweislich nicht konsumiert, erreicht er auf Antrag die erste Lockerungsphase, was die Genehmigung von Besuchen sowie die Teilnahme an der Ergotherapie und am Sport ermöglicht.

Frühestens nach drei Monaten kann ein Patient den Gemeinschaftsausgang beantragen, der klinikintern nach Durchlaufen der drei Gremien entschieden wird. Gemeinschaftsausgang bedeutet, dass ein Mitarbeiter des Hauses, meist eine Pflegekraft, mit maximal zwei Patienten in den Ort Moringen, z. B. zum Einkaufen, gehen kann. Auch die Teilnahme an Stationsaktivitäten außerhalb des Hauses ist ab diesem Zeitpunkt möglich. Für diesen Entscheidungsprozess ist vor allem die vorangegangene Zustimmung der Pflegekräfte von großer Bedeutung, da sie, wie oben beschrieben, die Patienten bei dieser ersten extramuralen Erprobung begleiten. In dieser Phase erfolgt die erste Einschätzung des Patienten bzgl. seines Verhaltens, seiner Absprachefähigkeit und Zuverlässigkeit, die später entscheidend für die Beantragung des Einzelausganges ist.

Nach wiederum frühestens drei Monaten können die Patienten nach Rücksprache mit dem Einzeltherapeuten Einzelausgang beantragen. Dieser Antrag wird zunächst hausintern, im Anschluss von der zuständigen Staatsanwaltschaft entschieden.

Patienten, die wegen schwerwiegender Delikte wie eines Tötungs- oder Sexualdeliktes verurteilt wurden, werden nach der hausinternen Genehmigung einer Prognosekommission vorgestellt, die den Patienten begutachtet und eine Empfehlung ausspricht. Erst dann, bei einer positiven Einschätzung des Prognoseteams, geht der Antrag an die zuständige Staatsanwaltschaft.

Der genehmigte Einzelausgang steigert sich frühestens alle vier Wochen in fünf Schritten bis hin zu Tagesausgängen und Urlauben, die mit einer Übernachtung beginnen.

Erst wenn diese einzelnen Phasen erfolgreich durchlaufen sind, kann das sogenannte Probewohnen beginnen, dem im Vorfeld auch wiederum die zuständige Staatsanwaltschaft zustimmen muss.

8. Umgang mit Rückfällen

Alle drei weiterführenden Stationen haben ein einheitliches Rückfallkonzept. Grundsätzlich werden Rückfälle als zur Suchterkrankung zugehörig gesehen. Sie bieten Patienten eine Chance, sich mit ihrer eigenen Suchtdynamik auseinander zu setzen. Die Rückfallbearbeitung erfolgt zunächst in den einzeltherapeutischen Sitzungen und wird schriftlich vom Patienten vorbereitet, wobei er sich an Leitfragen orientieren kann. Im Anschluss berichtet der Patient in der therapeutischen Gruppe über seinen Rückfall. Ziel ist, ein besseres Verständnis für die Ursachen von Konsum und Rückfall zu erlangen.

9. Medizinische Versorgung

Patienten mit einer langen Suchtgeschichte haben sich in den Jahren, in denen sie regelmäßig konsumiert haben, i. d. R. wenig um den Erhalt ihrer physischen Gesundheit gekümmert. Häufige Folgen des Konsums sind Infektionskrankheiten wie eine Hepatitis oder HIV, extrem schlechter Zustand der Zähne sowie durch Konsum geschädigte Nasenscheidewände, Magenschleimhautentzündungen und häufige Kopfschmerzen. Regelmäßige Besuche beim Stationsarzt sowie Facharztvorstellungen nehmen zu Behandlungsbeginn viel Raum ein. Da für eine Gesundung immer der Mensch als Ganzes gesehen werden muss, wird den somatischen Erkrankungen ein ebenso großer Stellenwert beigemessen wie den psychischen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und therapeutischen Personal ermöglicht eine umfassende Behandlung psychosomatischer Beschwerden.

Die Abschnitte über ergotherapeutische Angebote, die Patientenschule, Sport- und Kunsttherapie sowie das Lockerungskonzept, die Rückfallbearbeitung und die medizinische Versorgung sind entweder klinikintern vorgegeben oder gesetzlich geregelt, sie behalten sowohl für eine Trauma-Sucht-Station als auch ein stationsübergreifendes Behandlungskonzept Gültigkeit und wurden daher den beiden im Folgenden beschriebenen Behandlungsmöglichkeiten traumatisierter Suchterkrankter vorangestellt.

10. Konzept einer Trauma-Sucht-Station

Im folgenden Kapitel wird die Behandlung traumatisierter Suchtpatienten auf einer gesonderten Station im Suchttherapiebereich des MRVZN Moringen dargestellt.

10.1 Milieuthherapie / Stationsklima

Eine Station mit kleinen Wohngruppen für vier bis maximal sechs Patienten, ausgestattet mit Einzelzimmern, einer Küche und einem Gemeinschaftsraum bietet gute Bedingungen für eine Trauma-Sucht-Behandlung. Auf der einen Seite hat jeder Patient die Möglichkeit, sich in sein Zimmer zurückzuziehen, auf der anderen Seite können mit den Mitpatienten soziale Beziehungen ge- und erlebt werden. Das Gemeinschaftsleben in kleinen Wohngruppen bietet die Chance, Beziehungen einzugehen und zu erproben. Gerade für Menschen, die interpersonellen Traumatisierungen ausgesetzt waren, ist es besonders wichtig, das Leben in einer Gemeinschaft neu und vor allem anders als bisher zu erlernen. Zur Gemeinschaft zählt auch das Behandlungsteam. Durch die vergleichsweise lange Unterbringungsdauer wird das Team zum Sozialpartner der Patienten. Auch ohne spezielle Angebote bietet die Station mit ihren Wohngruppen damit Milieuthherapie. „Das Aufgreifen und Bearbeiten der interpersonellen Konflikte stehen dabei im Zentrum der Behandlung. Im Mikrokosmos kleiner Wohneinheiten bietet sich ein vielfältiges Übungsfeld zur Übernahme von Verantwortung“ (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 106).

Gerade bei der Milieuthherapie kommt den Pflegekräften besondere Bedeutung zu. Sie sind 24 Stunden pro Tag vor Ort, haben allein schon über alltägliche Arbeitsabläufe wie Medikamentenausgabe, Verteilen der Post, Tür aufschließen, Fensterkontrolle etc. regelmäßigen Kontakt mit sowohl jedem einzelnen Patienten als auch den einzelnen Wohngruppen. Darüber bekommen sie Stimmungen einzelner Patienten sowie mögliche Unstimmigkeiten in Wohngruppen mit. Sie können gleich Patienten auf ihre Stimmung ansprechen oder durch schnelles Eingreifen deeskalierend auf Auseinandersetzungen

einwirken. Kurzfristig können Wohngruppensitzungen einberufen werden, wenn es erforderlich ist.

Verantwortungsübernahme zu lernen ist in vielen Bereichen möglich, wie z. B. über Sauberkeit, Rücksichtnahme üben, Einigung über das gemeinsame Fernsehprogramm erzielen oder über das Gericht, was gekocht werden soll. Auch eine selbstständige Versorgung der Wohngruppe, unabhängig von der Versorgung durch die Hauptküche des Hauses, übt Selbstständigkeit, Verantwortungsbewusstsein und schult in der Lösung von Konflikten. Mit Unterstützung der Hauswirtschaft können die Patienten, sozusagen nebenbei, kochen lernen, etwas über gesunde Ernährung erfahren und ggf. bewusst für eine Gewichtsreduktion oder -zunahme sorgen.

Übermäßiges, besonders kalorienreiches Essen als Ersatz für das bisherige Suchtmittel ist häufig bei Suchtpatienten zu beobachten. Zu lernen, wie man über bewusste Ernährung dem lange vernachlässigten Körper etwas Gutes tun kann, ist eine wichtige Erfahrung.

Um den Bedürfnissen der Patientinnen der Station gerecht zu werden, kann es sinnvoll sein, getrennt-geschlechtliche Wohngruppen einzurichten. Gerade für Patientinnen, die sexuellen Traumatisierungen ausgesetzt waren, kann eine Geschlechtertrennung zunächst hilfreich und stabilisierend sein. Dieser Punkt muss immer wieder neu überdacht werden.

Müller-Isberner (1998) fasst die Ziele des Behandlungsangebots im Maßregelvollzug zusammen: Erlangen von Selbstkontrolle bzgl. Denken und Handeln, Verbesserung der sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten, d. h. Erlernen sozialer Kompetenz, lernen, wie der Einzelne auf Andere wirkt und wie dadurch das Verhalten der Anderen beeinflusst wird, die Fähigkeit erwerben, die Bedürfnisse Anderer wahrzunehmen und Empathie für das/die Opfer zu entwickeln. Zusammengefasst muss eine sozial-kognitive Nachreifung erfolgen. Um diese erreichen zu können, stehen, wie unten beschrieben, verschiedene einzel- und gruppentherapeutische Angebote zur Verfügung.

10.2 Sicherheit

Eine Trauma-Sucht-Behandlung hat immer die Schwerpunkte Sicherheit, Stabilität und Wiedererlangen von Kontrolle (Reddemann, 2001; Schay & Liefke, 2009). Eine Trauma-Sucht-Behandlung ist nur dann erfolgreich, wenn sich alle Patienten sicher fühlen. Sind

diese Faktoren durch einen Patienten der Station gefährdet, muss er unverzüglich auf eine andere Station verlegt werden. Mögliche Verlegungsgründe sind Drogenverkauf und unter Druck setzen anderer, vor allem unter Androhung von Gewalt. Eine Wiederaufnahme auf der Trauma-Sucht-Station ist ggf. möglich, jedoch erst nach ausführlicher Bearbeitung der der Verlegung vorangegangenen Situation und dem Beweis einer Verhaltensänderung auf der anderen Station. Die Entscheidung muss im Einzelfall getroffen werden.

10.3 Gruppenangebote

Einige Gruppenangebote der Trauma-Sucht-Station sind verpflichtend für alle Patienten der Station, andere sind als Indikationsgruppen zu betrachten. Letztere können bei Bedarf noch ergänzt werden, z. B. um eine Gruppe für depressive Patienten oder für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Es ist sinnvoll, die Pflegekräfte und den Sozialarbeiter in die Leitung der Imaginationsgruppe, des Entspannungstrainings, der Suchttherapiegruppe und des Sozialen Kompetenztrainings mit einzubeziehen bzw. sie diesem Mitarbeiterkreis zu überlassen. So erhalten die Mitarbeiter des Pflege- und Sozialdienstes die Möglichkeit, die Patienten auch im therapeutischen Setting zu erleben und nicht nur im Stationsalltag. Die Entscheidung darüber ist abhängig von der Ausbildung der einzelnen Mitarbeiter. Da die Pflegekräfte im Drei-Schicht-Dienst arbeiten und nicht immer zu einem bestimmten Termin im Dienst sind, ist eine Fortbildung zumindest fast aller Mitarbeiter für die entsprechenden Gruppen Voraussetzung dafür, dass diese auch an dem festgesetzten Termin stattfinden können.

10.3.1 Hausversammlung

Die Hausversammlung ist die organisatorische Gruppe der Station, an der alle Patienten teilnehmen sowie zwei Pflegekräfte und die therapeutischen Stationsleitungen. Die Leitung der Gruppe übernimmt eine Pflegekraft. Diese Gruppe bietet Raum für alle Dinge, die die Organisation betreffen. Aber auch die Klärung von Konflikten, in die alle Patienten involviert sind und nicht im kleineren Rahmen geklärt werden können, findet hier statt.

10.3.2 „Sicherheit finden“ – Gruppe

Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“ von Najavits (2009) für Patienten mit einer PTBS und einer Abhängigkeitserkrankung ist verpflichtend für alle Patienten, die auf die Station kommen. Sie wird vom therapeutischen Personal geleitet. Das Programm setzt sich aus 25 Sitzungen zusammen, von denen einzelne thematisch so umfangreich sind, dass sie auf mehr als eine Gruppenstunde verteilt werden müssen. Es beinhaltet die Bereiche Kognition, Verhalten, interpersonelle Aspekte und Case Management. Die einzelnen Sitzungen unterliegen keiner festgelegten Reihenfolge, so dass auf aktuelle Themen der Gruppe eingegangen werden kann. Nach Najavits (2009) ist es ohne Probleme möglich, das Programm durch einzelne Themenbereiche zu ergänzen oder einzelne wegzulassen. Um möglichst stabile Gruppen zu erhalten, die über einen längeren Zeitraum zusammenarbeiten, sollte die Gruppengröße sechs bis maximal acht Patienten nicht überschreiten. So bietet sich auch eine größere Chance für die Entwicklung einer Vertrauensbasis.

10.3.3 Imaginationsgruppe

Mit Hilfe von verschiedenen Imaginationen können sich Patienten u. a. sichere Zufluchtsorte schaffen und dadurch Kontrolle über Traumasymptome erhalten; beides sind wichtige Ziele. Auch eine Aktivierung von Ressourcen ist auf diesem Weg möglich. Die Imaginationen werden zunächst in der Gruppe oder im Einzelgespräch angeleitet, im weiteren Verlauf üben die Patienten allein. Sie erhalten so ein Handwerkszeug (skill), mit dem sie Hochstresssituationen, ausgelöst durch Suchtdruck oder Traumasymptome, begegnen können. Zahlreiche Vorschläge für Imagination finden sich u. a. bei Reddemann (2001), Huber (2005) sowie Hantke und Görges (2012). Die Teilnahme an der Gruppe ist verpflichtend für alle Patienten.

10.3.4 Entspannungstraining

Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson verhilft über bewusstes An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen zu einer Entspannung des ganzen Körpers; zusätzlich zur Entspannung wird die Körperwahrnehmung verbessert. Das Verfahren wird in einer sechsmal stattfindenden Gruppe eingeübt, die Patienten sind dann in der Lage, es selbstständig anzuwenden. Progressive Muskelentspannung ist z. B. bei Schlafstörungen hilfreich, bei Gedankenkreisen oder zum herunterregulieren in Stresssituationen.

10.3.5 „Sucht-Therapie mit dialektisch-behavioralem Ansatz“

Das suchtttherapeutische Gruppenprogramm mit dialektisch-behavioralem Ansatz von Lüdecke, Scarpinato-Hirt, Lottermoser und Mandrek-Ewers (2010) ist in Module aufgeteilt, die aufeinander aufbauen. Die fünf Module beinhalten zwei Basismodule „zur Verbesserung emotionaler und rationaler Akzeptanz der Suchterkrankung sowie Skills zum Umgang mit der Sucht unter Berücksichtigung neurobiologischer Erkenntnisse“ (Lüdecke et al., 2010, S. 259). Das dritte Modul „Aufmerksamkeit/Achtsamkeit hilft in der Rückfallvermeidung zur Stressregulation im Sinne einer meditativen Lebenseinstellung und als Skill, Hinweisreize und Suchtverlangen eher wahrzunehmen“ (S. 260). Das vierte Modul „Gefühle-Sucht“ hat eine differenzierte Wahrnehmung von Gefühlen zum Thema. Das fünfte Modul „Stresstoleranz-Sucht“ beinhaltet den Zusammenhang von Stress und Rückfällen, darüber hinaus bietet es Skills für Hoch- und Niedrigstresssituationen.

Lüdecke et al. (2010) geben an, diese Gruppe viermal pro Woche für 45 Minuten als freiwillige und offene Gruppe für maximal acht Patienten anzubieten. Zusätzlich zur Gruppe hat jeder Patient einen Bezugspfleger, der mit ihm täglich die „Verhaltens- und Gefühlsprotokolle aufarbeitet und die Anwendung und Überprüfung der individuellen Skills anregt“ (Lüdecke et al., 2010, S. 262).

Da für alle Patienten der Trauma-Sucht-Station die Abhängigkeitserkrankung einen hohen Stellenwert einnimmt, soll die Teilnahme an dieser Gruppe auf der hier beschriebenen Station verpflichtend sein.

10.3.6 Soziales Kompetenztraining

Auseinandersetzungen unter Patienten, die dysfunktional geführt werden, sind im Maßregelvollzug keine Seltenheit. Eine Gruppe „Soziales Kompetenztraining“ nach dem Manual von Pfingsten und Hinsch (1991) für Patienten, die häufiger in entsprechende Auseinandersetzungen geraten, bietet sich für diese Patientengruppe an. Sie können im Rollenspiel Verhaltensmöglichkeiten in verschiedensten Konfliktsituationen üben und darüber mehr Selbstbewusstsein erlangen. Die Rollenspiele werden dabei mit einer Videokamera aufgenommen und anschließend zusammen mit den Patienten ausgewertet. Dieses Gruppenangebot richtet sich an Patienten, die schon länger auf der Station sind, da zu Beginn der Behandlung die Sucht- sowie Traumasymptome im Vordergrund stehen.

10.4 Einzeltherapie

Liegt der Schwerpunkt der gruppentherapeutischen Angebote in der Suchtbehandlung, so erfolgt die Traumatherapie vornehmlich in den einzeltherapeutischen Sitzungen. Lüdecke et al. (2010) weisen darauf hin, dass die Auseinandersetzung mit der persönlichen Lebensgeschichte, vor allem den Traumatisierungen, nicht in Gruppen gehört, um die anderen Gruppenmitglieder, die ähnlich traumatische Erfahrungen gemacht haben, nicht zu triggern. Ein weiterer Aspekt ist, dass sich Patienten, die in der Gruppe von ihren Traumatisierungen berichten und dadurch ohnehin schon sehr verletzbar sind in dieser Zeit, in ihrer therapiefreien Zeit durch antisoziales Verhalten der Mitpatienten bloßgestellt und verletzt werden können.

Zu den Inhalten der Einzeltherapie, die von einem ausgebildeten Traumatherapeuten durchgeführt werden sollte, gehören eine umfassende Anamnese, Traumabearbeitung, Bearbeitung der Straftat und ggf. Rückfallbearbeitung. Die konkrete Art und Weise der Umsetzung hängt von der Person des Therapeuten ab, von seiner Ausbildung und den Schwerpunkten in seiner Arbeit.

10.4.1 Ergänzende Anamnese

Die Anamnese, die bereits auf der Aufnahmestation erstellt wurde, wird um die Biographie des Patienten mit Blick auf prekäre Lebenslagen, Traumatisierungen, Suchtbeginn und Veränderungen im Suchtverlauf, aber auch um erworbene Ressourcen ergänzt. Diese positiv wie negativ wirkenden markanten Punkte im Leben eines jeden Patienten lassen sich sehr einfach und anschaulich in einem Lebenspanorama darstellen (Petzold, 2003). Mit Hilfe drei parallel verlaufender Lebenslinien, unterteilt in Fünfjahresabschnitte, wird als erstes ein Suchtverlauf dargestellt. Die zweite Lebenslinie stellt den Lebensverlauf mit Mangelereignissen, Traumatisierungen, Menschen, die dem Patienten eher schaden usw. dar. Die dritte Lebenslinie stellt gute Zeiten, Menschen, die wohlwollend waren, positive Ereignisse wie Schulabschlüsse usw. dar. Es ist auch möglich, mit zwei Lebenslinien zu arbeiten, wobei eine den Suchtverlauf darstellt und die zweite oberhalb der Linie die positiven und unterhalb die negativen Lebensereignisse darstellt. Der Phantasie über die Gestaltung sind keine Grenzen gesetzt.

Auch Lüdecke (2010c) arbeitet mit einer bildlichen Darstellung, einer zweidimensionalen Trauma-Sucht-Landkarte. Die x-Achse ist ebenfalls in Fünfjahresabschnitte aufgeteilt, die y-Achse in Risikokonsum – Missbrauch – Abhängigkeit.

Beide Formen stellen auf sehr anschauliche Art die Zusammenhänge zwischen der Lebenssituation inklusive Traumata und der Suchtentwicklung im Lebensverlauf dar. Mit Hilfe des Lebenspanoramas /der Trauma-Sucht-Landkarte lässt sich intensiv an der Biographie des Patienten arbeiten.

10.4.2 Traumabearbeitung

Traumatherapie gliedert sich in drei Phasen (Reddemann, 2001; Schay & Liefke, 2009). Die erste Phase hat die Schwerpunkte Sicherheit auf verschiedenen Ebenen erlangen, Stabilität und Wiedererlangen von Kontrolle. Die äußere Sicherheit wurde schon im Kapitel 10.2 thematisiert. Über die therapeutische Beziehung kann und sollte interpersonelle Sicherheit erlebt werden. Erst die Erfahrung einer sicheren Beziehung ermöglicht dem Patienten, sich auf weitere Beziehungen einzulassen und sichere und verlässliche Beziehungserfahrungen zu machen. Reddemann, Liebermann, Söllner und Lampe (2015) betonen, dass gerade bei Patienten mit interpersonellen Traumatisierungen der therapeutischen Beziehung eine besondere Bedeutung durch eine korrigierende Erfahrung zukommt.

Stabilität, innere Sicherheit und damit Wiedererlangen von Kontrolle beziehen sich auf verschiedene Bereiche: Affektregulation, interpersonelle Regulation, Stressbewältigung, Selbstberuhigung sowie Regulierung von Nähe und Distanz in Beziehungen (Hantke & Görges, 2012; Reddemann et al., 2015). Ziel der Stabilisierung ist es, „schmerzhafte Emotionen, Affekte und Körpererinnerungen so zu ertragen, dass eine Dissoziation und andere traumakompensatorische, eher selbstschädigende Manöver nicht erforderlich werden; dazu gehören neben der bereits genannten Dissoziation psychotische oder somatische Dekompensation, Suizidalität, Substanzmissbrauch“ (Reddemann et al., 2015, S. 640). Traumatisierende Situationen sind immer von Kontrollverlust geprägt. Daher ist es für Traumapatienten wichtig, Kontrolle wiederzuerlangen, sich sicher zu sein, dass sie die Kontrolle über ihr Leben, einzelne Situationen und Beziehungen haben (Reddemann & Teunißen, 2006). Ein wichtiger Baustein der Traumatherapie ist daher die Psychoedukation. Der Patient begreift, warum er in bestimmten Situationen so reagiert, wie er reagiert. Und er fühlt sich ernst genommen, nicht dem Therapeuten ausgeliefert, sondern er kann gleichberechtigt die einzelnen therapeutischen Schritte mitentscheiden.

Ist eine Stabilisierung ausreichend erfolgt, kann in der zweiten Phase mit einer Integration der traumatischen Erinnerungen, vornehmlich mittels Traumakonfrontation, begonnen werden.

Die dritte und letzte Phase der Traumatherapie beinhaltet die Integration der eigenen Geschichte. Reddemann (2001) schreibt, „dass wir das, was uns Schmerz bereitet hat, betrauern müssen, damit wir es akzeptieren können“ (S. 166). Erst dieser Schritt ermöglicht dem Patienten, wieder aktiv am Leben teilzunehmen und befriedigende soziale Beziehungen zu leben.

Die Gestaltung der traumazentrierten Behandlung ist von der Ausbildung des Traumatherapeuten abhängig. Jede Therapierichtung bevorzugt eine Vorgehensweise, die in ihr Gesamtkonzept eingebettet ist. An dieser Stelle sollen nur einige genannt werden: Reddemann, Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, 2011; Huber, Wege der Traumabehandlung, 2003; Fischer, Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie, 2000; König, Resick, Karl und Rosner, Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy, 2012.

Auch für die Trauma-Exposition stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, von denen hier drei skizziert werden sollen.

Die Beobachter-Technik wurde von Reddemann (2011) entwickelt. Vor der Trauma-Exposition wird vom Patienten in der dritten Person ein Kurzbericht der traumatischen Szene im Stil einer Zeitungsnotiz gegeben. Anschließend werden „alle inneren Kind-States, aber auch alle erlebenden Seiten der erwachsenen Person an den sicheren inneren Ort geschickt“ (Sachsse, 2010, S. 311). Dann geht der Patient mit Hilfe eines inneren Beobachters, z. B. in Form eines Reporters, auf eine Zeitreise und berichtet von der traumatischen Szene. Sie kann so vom Patienten als Teil seiner Biographie wahrgenommen und zeitlich eingeordnet werden. „Die zentrale Botschaft bei der Beobachter-Technik an den Patienten lautet: ‚Erleben Sie bei der Begegnung mit dem Trauma so wenig wie möglich! Am besten: Empfinden, erleben Sie gar nichts!‘ Mit diesem Vorgehen kann Trauma-Synthese auch bei Patienten wirksam werden, die durch alle anderen mir bekannten Vorgehensweisen überfordert wären“ (Sachsse, 2010, S. 311).

Bei der Bildschirm-Technik erhält der Patient eine imaginäre Fernbedienung, mit der er den Ton regulieren kann, das Bild größer und kleiner und in Schwarz/Weiß oder Farbe

stellen kann. In der dritten Person berichtet der Patient von der traumatischen Szene, die wie in einem Film abläuft, als ob es die Geschichte eines anderen wäre.

Eine weitere Methode der Trauma-Exposition ist das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), das 1994 von Shapiro entwickelt wurde. „In einem acht Phasen umfassenden Behandlungsablauf wird ein konkretes Thema, z. B. eine Traumaerinnerung, aufgesucht, vorbereitet, verarbeitet (reprozessiert) und in der Katamnese überprüft. In der Vorbereitung wird die Traumainformation gezielt und schonend angesprochen. Diese so vorbereitete Traumainformation wird dann in der Phase der Verarbeitung reprozessiert. Danach kann ein zu Beginn formulierter positiver Glaubenssatz verankert werden. Zum Abschluss wird das Behandlungsergebnis überprüft“ (Hase & Hofmann, 2006, S. 224f). Das Besondere des EMDR ist die Stimulation durch geleitete Augenbewegungen, die die Verarbeitung der fragmentierten Traumaerinnerung beschleunigt. Die Erinnerung verliert das hohe Ausmaß an Emotionen, sie wird zu einem Teil der eigenen Biographie.

Die acht Phasen gliedern sich auf in:

1. Vorgeschichte und Behandlungsplanung – Anamnese, Überprüfung der Ich-Stärke, seelischen Stabilität und Motivation des Patienten
2. Vorbereitung des Patienten – Aufklärung des Patienten über die Behandlungsmethode sowie Stabilisierung
3. Bewertung des Traumas – über die Erarbeitung einer positiven Kognition wird das Ziel der Arbeit skizziert
4. Durcharbeitung – über das repräsentative Erinnerungsbild und geleitete Augenbewegungen wird „eine bilaterale Stimulation angeboten und damit die duale Aufmerksamkeitsfokussierung hergestellt“ (Hase & Hofmann, 2006, S.230)
5. Verankerung – die zuvor erarbeitete positive Kognition wird durch bilaterale Stimulation verstärkt
6. Körper-Test – noch bestehende Körpererinnerungen werden ggf. durch bilaterale Stimulation verarbeitet
7. Abschluss – Nachbesprechung des Prozesses und Hinweis auf mögliche Nachwirkungen
8. Nachbefragung – zu Beginn der nächsten Stunde werden ggf. weitere Erinnerungen, die durch die Behandlung angeregt wurden, bearbeitet.

10.4.3 Bearbeitung der Straftat

Alle Patienten des Maßregelvollzugs sind auch Straftäter. Der Auftrag einer forensischen Klinik ist Besserung und Sicherung, d. h. einerseits soll eine erfolgreiche Entzugsbehandlung die Patienten vor der Begehung weiterer Straftaten bewahren, andererseits soll die Allgemeinbevölkerung vor weiteren Straftaten durch die Patienten geschützt werden.

Auch wenn die Entwöhnungsbehandlung erfolgreich ist, so können und dürfen das Einweisungsdelikt und vorangegangene Delikte nicht unbearbeitet bleiben. Immerhin stehen nach der bundesweiten Stichtagserhebung aus dem Jahr 2015 (von der Haar, 2015) bei Alkoholabhängigen im Maßregelvollzug Körperverletzungen als Einweisungsdelikt mit 47% an erster Stelle und 12,5% wurden wegen eines Tötungsdelikts nach § 64 StGB untergebracht. Bei den Abhängigen illegaler Substanzen sind zwar Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz mit 40% der häufigste Verurteilungsgrund, aber 21% wurden wegen Körperverletzung verurteilt und knapp 3% wegen eines Tötungsdelikts.

Sicherlich enthemmen Alkohol und illegale Drogen und bieten somit eine Erklärung für Aggressivität, doch ist diese Tatsache nicht die einzig mögliche Erklärung.

Von vielen Wissenschaftlern werden Straftaten von traumatisierten Menschen als Reinszenierung der eigenen Opfererfahrungen gesehen und diese wiederum kann man, nach Heyden (2013), als Bewältigungsversuche verstehen. „Sie haben zudem eine entlastende Funktion und dienen der Entledigung eigener Opferanteile“ (S. 381).

Dudeck (2013) gibt an, dass vor allem körperlicher Missbrauch zu einer dissozialen Persönlichkeit und in der Folge zu einem delinquenten Lebensstil führen kann. Besonders die Mischung aus Untersozialisation, wie Vernachlässigung oder auch starke Verwöhnung und psychische Traumatisierung in der Kindheit sind nach Fischer, Klein und Orth (2012) Ursache für eine kriminelle Karriere.

Aus lerntheoretischer Sicht haben früh traumatisierte Täter alternative Verhaltensweisen nicht gelernt, sie imitieren das als Kind beobachtete und erlebte Verhalten (Dudeck, 2015; Heyden, 2013).

Psychodynamische Erklärungsmodelle, wie sie bspw. von Fischer et al. (2012) vertreten werden, gehen von Täterintrojekten / Introjekten von Gewalt aus. „Das Erleben von Gewalt im Kindesalter, insbesondere wenn diese von den Eltern ausgeübt wird, führt zur Introjektion der Gewalt. Sie ist als Akt der Unterwerfung aufzufassen, die letztlich dem Ziel dient, den Täter weiterhin als „gut“ wahrnehmen zu können und somit auch den kindlichen Glauben an eine verlässliche Welt aufrechterhalten zu können“ (S. 41). Durch die Abspaltung der negativ erlebten Elternanteile und deren Introjektion wirken diese als Fremdkörper in der Seele des Kindes / Opfers weiter. Gleichzeitig übernimmt das Kind / Opfer die Schuldgefühle des Täters. Dieses nicht assimilierte Täterintrojekt kann auf verschiedene Arten wirken: Zum einen kann es in Form von Gewalt gegen die eigene Person gewendet werden, zum anderen in Form von Gewalt gegen andere, i. d. R. schwächere. Hierbei wird „das neue Opfer ... als ‚schlecht‘ definiert, während der neue Täter sich durch Identifikation mit dem ursprünglichen Aggressor als ‚gut‘ wahrnimmt“ (Fischer et al., 2012, S. 43).

Schmidt-Quernheim (2008) hebt hervor, dass die Auseinandersetzung mit der Tat das Ziel haben muss, dass der Patient begreift, was für ein Mensch er zum Tatzeitpunkt war und was sich ändern muss, damit er in Zukunft straffrei leben kann. Hierzu werden die letzten Stunden vor der Tat hinsichtlich Aktivitäten, Gefühlen und Gedanken genau betrachtet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf Widersprüche, Bagatellisierungen, Entschuldigungen und Lücken sowie kognitive Verzerrungen gelegt mit dem Ziel, dass der Patient seine Täterschaft als zu ihm gehörig anerkennt.

10.4.4 Arbeit mit kreativen Medien

Als Ergänzung zur Einzeltherapie ist, gerade in der Traumatherapie, die Arbeit mit kreativen Medien, wie sie von Petzold und Orth (1991) im Rahmen der Integrativen Therapie gelehrt werden, hilfreich. Erlebnisse, die so schrecklich waren, dass es dafür keine Worte gibt / uns die Worte fehlen, können über andere Medien als die Sprache ausgedrückt und dargestellt werden und machen so eine weitere Bearbeitung möglich. „Die Arbeit mit „kreativen Methoden und Medien“, mit Farben, mit Tonerde, Musik, Poesie, mit Puppen, Masken, mit Pantomime, Theater, mit Tanz usw. ist dadurch gekennzeichnet, dass sie neben dem zentralen Medium herkömmlicher Psychotherapie, der *Sprache*, weitere Medien einführt, die über die verbale Ebene hinaus die Welt der *Nonverbalität*, der Symbole, der Bilder ansprechen, die Ebenen des *Präverbale*n und *Transverbale*n, all dessen, was

nicht mehr oder nur schwer noch in Worte zu fassen ist. Durch diese methodischen Ansätze und Medien wird nicht nur der Bereich des Affektiven, die Welt der Gefühle in besonderer Weise berührt und einbezogen, sondern auch der Bereich der Wahrnehmung und des leiblichen Ausdrucksvermögens“ (Petzold & Orth, 1991, S. 18f). Patienten erhalten die Chance, ihr eigenes Ausdrucksmittel zu finden und im weiteren Verlauf ihres Lebens immer wieder nutzen zu können. So können besonders schwierige Lebensabschnitte, aber auch sehr beglückende Momente, ihren Ausdruck in einem Bild, einem Gedicht oder einer Melodie etc. finden. Arbeit mit kreativen Medien weckt längst vergessene Ressourcen und kann nicht zuletzt ein neues Hobby anregen.

10.5 Tagesstruktur

Der frühe Beginn des Suchtmittelkonsums und der Abhängigkeitserkrankung hatte für viele Patienten zur Folge, dass sie keinen Schulabschluss erworben, keine Berufsausbildung abgeschlossen und nur wenig in ihrem Leben gearbeitet haben. Das Leben wurde bestimmt von Geldbeschaffung, der Beschaffung illegaler Drogen, dem Konsum und dem Erholen vom Konsum. Eine geregelte Tagesstruktur wurde häufig nicht gelernt. Dinge, die zum beruflichen Alltag dazugehören, wie frühes Aufstehen, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Verrichten auch unangenehmer Tätigkeiten, Auseinandersetzungen mit dem Chef, Aushalten von Kritik und sich ggf. um einen neuen Arbeitsplatz zu bemühen bereiten den Patienten oft große Probleme. Auch Fähigkeiten wie selbstständiges Lernen, das von den Schülern der Patientenschule erwartet wird, müssen erst erworben werden. Die Ergotherapie und die Patientenschule bieten daher ein großes Spektrum zu erlernender Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Rehabilitation der Patienten beitragen. Die Teilnahme an einem der beiden Bereiche ist für alle Patienten verpflichtend.

Die Zeiten der Ergotherapie sind Montag bis Freitag von 07:30 Uhr bis 11:45 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag Nachmittag von 13:15 Uhr bis 15:15 Uhr. Die Schule beginnt montags bis freitags um 07:30 Uhr und endet spätestens um 12:00 Uhr.

Da das Erlernen von Tagesstruktur ein wichtiger Teil der Behandlung im Maßregelvollzug ist, ist es sinnvoll, die Gruppentherapietermine und, wenn möglich, auch den größten Teil der Einzelgespräche, auf den Nachmittag zu legen.

10.6 Täglicher Ausdauersport

Menschen mit langjährigem Suchtmittelkonsum haben meist ihren Körper vernachlässigt. Sie haben wenig bis keinen Wert auf gesunde Ernährung und körperliches Leistungsvermögen gelegt. Allenfalls Krafttraining wurde absolviert, um über den muskulösen Körper Selbstbewusstsein zu erlangen.

Ein täglich halbstündiges Bewegungsprogramm in Ausdauersport ist daher verpflichtend für alle Patienten. Abhängig vom körperlichen Leistungsvermögen des einzelnen kann er sich für Walken und Schwimmen oder Laufen und Schwimmen entscheiden. Die Angebote laufen parallel, entweder morgens oder abends, so, dass sie nicht mit der Ergotherapie oder den Gruppensitzungen kollidieren.

Schay (2013) bemerkt, dass über Ausdauersport vor allem die Willenskräfte gestärkt werden, die gerade bei Suchtpatienten oft sehr beeinträchtigt sind. Darüber hinaus benennt er weitere Fähigkeiten und Fertigkeiten, die über Ausdauersport gefördert werden:

„Teilbereiche der Förderung der personalen Kompetenz und Performanz:

- Entwicklung und Sensibilisierung von Körperbewusstsein
- Verbesserung der Selbstkontrolle
- Steigerung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls
- Verbesserung der psychophysischen Regulationsfähigkeit
- Herstellung eines optimalen Aktivierungsniveaus
- Verbesserung der Leistungsmotivation durch Vermittlung individueller Erfolgsergebnisse
- Herausbildung von Problem- und Konfliktlösungsverhalten
- Fördern der Willenskräfte (Entscheidungs- und Durchhaltevermögen)

Teilbereiche der Förderung sozialer Kompetenz und Performanz:

- Wieder-/Erlangen der Fähigkeit, soziale Gegebenheiten adäquat zu erfassen, zu bewerten und entsprechend zu handeln
- Abbau von Isolationstendenzen
- Förderung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit
- Wahrnehmung, Mitteilung und Vertretung eigener Bedürfnisse in sozialen Kontexten

Teilbereiche der Förderung sportspezifischer Kompetenz und Performanz:

- Verbesserung bzw. Wiederherstellung der physischen Belastungs- und Leistungsfähigkeit
- Vermittlung motorischer Fähigkeiten zur besseren Alltagsbewältigung
- Entwicklung von aktivem Freizeitverhalten als Integrationshilfe“ (Schay, 2013, S. 179).

10.7 Freizeitangebote

Viele Patienten verbrachten vor der Inhaftierung einen Großteil ihrer Zeit mit dem Konsum und der Beschaffung des Suchtmittels. Die fortgeschrittene Abhängigkeitserkrankung ließ eine Vollzeitbeschäftigung und ein intaktes Familienleben kaum zu. Somit gab es auch kaum Freizeitaktivitäten und wenn doch, standen sie im Zusammenhang mit Konsum. Die Patienten müssen folglich wieder lernen, Freude an Freizeitaktivitäten ohne Konsum zu entwickeln. Im Hinblick auf die geringen Geldmittel, die ihnen in der Unterbringung und voraussichtlich auch im Probewohnen und nach der Entlassung aus der Maßregel zur Verfügung stehen, ist es wichtig, Aktivitäten planen zu lernen, die finanziell nicht aufwendig sind.

Nach bspw. einer mehrstündigen Wanderung berichten Patienten oft begeistert, dass sie das an ihre Kindheit erinnert, in der sie mit der Familie, dem Großvater etc. Wanderungen unternommen und sehr genossen haben. Auch das Bearbeiten eines Stationsgartens weckt bei vielen positive Erinnerungen und aktiviert Ressourcen. Etwas kostspieligere Unternehmungen wie Kinobesuch, Essen gehen oder Besuch eines Freizeitparks sind etwas Besonderes und setzen voraus, dass die Patienten Geld angespart haben, sind also auch eine Belohnung für den „eisernen Willen“. Nebenbei wird immer wieder der Umgang mit Geld thematisiert und erlernt.

Sind die Patienten mit ihren Lockerungen noch nicht so weit, dass sie das Haus, begleitet oder unbegleitet, verlassen dürfen, gibt es auch auf der Station Möglichkeiten, die Freizeit anders als mit Fernsehschauen zu gestalten. Spieleabende, ein Kicker- oder Billardtturnier, gemeinsames Volleyball-, Fußball- oder Basketballspiel oder ein gemeinsamer DVD-Abend mit einem Film, der sonst nur im Kino gesehen werden kann, sind nur einige Möglichkeiten, die Freizeit genussvoll zu gestalten und gemeinsam Spaß zu haben.

In den Freizeitaktivitäten lernen sich Patienten und Personal in einem anderen Rahmen kennen, da die Atmosphäre außerhalb der Institution sehr viel entspannter und freier ist. Auch die Patienten untereinander lernen, sich ohne die beengenden „Mauern“ der Institution in einem dem späteren Alltag entsprechenden Umfeld – wie z. B. bei einem Familienausflug – zu bewegen. Intensive Gespräche kommen zustande, bei Schwierigkeiten, wie anstrengenden Wanderungen, unterstützen sich die Patienten ggf., aber auch die gemeinsame Freude wird erlebt.

11. Konzept einer stationsübergreifenden Trauma-Sucht-Behandlung

Eine stationsübergreifende Trauma-Sucht-Behandlung ist sicher nicht so wirksam wie eine auf diesen Themenbereich spezialisierte Station. Auch wenn die Suchtpatienten mit einer PTBS oder partiellen PTBS an den entsprechenden Gruppen- und Einzeltherapien bei Traumatherapeuten teilnehmen, so fehlt doch die besondere Stationsatmosphäre, in der Sicherheit oberstes Gebot ist und unter den Patienten Verständnis füreinander ermöglicht und fördert. Einzelne werden häufiger sogenannten „Knaststrukturen“ ausgesetzt sein, d. h. der Macht des Stärkeren, auch wenn ein solches Verhalten grundsätzlich auf allen Stationen nicht erwünscht ist. Die stationsübergreifende Behandlung kann jedoch ein Zwischenschritt bis zur Errichtung einer Trauma-Sucht-Station sein, die - verglichen mit dem Aufbau einer neuen Station - relativ einfach und schnell umsetzbar ist. Auch kann auf schwankende Patientenzahlen unkomplizierter reagiert werden.

Im Folgenden werden die Inhalte der einzelnen Gruppen und Einzeltherapie nicht erneut beschrieben, es erfolgen lediglich Verweise auf die entsprechenden Kapitel des Stationskonzepts.

11.1 Gruppen

Die Hausversammlung (Kap. 8.9.3.1) als organisatorisches Element der Station verbleibt auf jeder Station. Da alle Patienten auf den Suchtstationen eine Abhängigkeitserkrankung haben, verbleibt auch die Sucht-Gruppe auf den einzelnen Stationen. Ob sie als „Sucht-Therapie mit dialektisch-behavioralem Ansatz“ (Kap. 8.9.3.5) durchgeführt wird oder nach einer anderen Methode, ist von den therapeutischen Stationsleitungen abhängig.

Ob die Gruppen „Soziales Kompetenztraining“ (Kap. 8.9.3.6) und „Entspannungstraining“ (Kap. 8.9.3.4) auf den einzelnen Stationen oder stationsübergreifend angeboten werden, ist von der Anzahl der Patienten abhängig, für die die entsprechende Gruppe indiziert ist.

Stationsübergreifend werden die Gruppen „Sicherheit finden“ (Kap. 8.9.3.2) und „Imagination“ (Kap. 8.9.3.3) angeboten, da wesentliche Themenbereiche der beiden Gruppen die Traumafolgestörungen sind.

Die Installation des täglichen Ausdauersports (Kap. 8.9.6) ist sicher auch für Patienten, die keine PTBS haben, sinnvoll und hilfreich und sollte auf allen Suchtstationen eingeführt werden.

11.2 Therapeutische Einzelgespräche

Die therapeutischen Einzelgespräche werden von einem oder zwei stationsübergreifend arbeitenden Traumatherapeuten durchgeführt. Sie beinhalten, wie in Kapitel 8.9.4 beschrieben, die Themenbereiche Anamnese, Traumabearbeitung, Bearbeitung der Straftat sowie die Arbeit mit kreativen Medien. Damit sich die Traumapatienten trotz der stationsübergreifenden Einzeltherapie auf der Station eingebunden fühlen, werden sie einem der beiden therapeutischen Stationsleitungen zugeordnet, mit dem sie ggf. stattfindende Rückfälle bearbeiten und auch Stationsinterna wie Anträge, Konflikte mit Mitpatienten etc. besprechen. Ein gut funktionierender Austausch zwischen den beiden Einzeltherapeuten ist eine zwingende Voraussetzung für eine hilfreiche Begleitung der Patienten. Gerade bei der Gefährlichkeitseinschätzung von Patienten, die regelmäßig erfolgt, ist ein fachlicher Austausch zwingend.

Die administrativen Tätigkeiten wie das Schreiben von Stellungnahmen und Therapieplänen obliegt dem therapeutischen Stationsleiter.

Üblicherweise ist ein Stationswechsel eines Patienten, bspw. wegen zu häufigen Konsums oder Auseinandersetzungen mit Mitpatienten, auch immer mit einem Therapeutenwechsel verbunden. Da die Traumapatienten mit einem stationsungebundenen Therapeuten arbeiten, sind sie in einem solchen Fall von einem Therapeutenwechsel nicht betroffen. Da Menschen mit interpersonellen Traumatisierungen i. d. R. große

Probleme haben, sich auf Beziehungen einzulassen, ist das Beibehalten des Einzeltherapeuten, auch nach einer Verlegung auf eine andere Station, von großer Bedeutung, zeigt es dem Patienten doch, dass Fehlverhalten nicht zwangsläufig mit einem Beziehungsabbruch verbunden ist.

Auch für das stationsübergreifende Konzept gilt die Bedeutung der Tagesstruktur, so dass alle Patienten des Suchtbereichs einer Tätigkeit in der Ergotherapie oder der Schule nachkommen müssen.

Aus organisatorischen Gründen wird es nützlich sein, wenn die stationsinternen Gruppen auf allen drei weiterführenden Stationen parallel stattfinden. So ist gewährleistet, dass die Patienten an den stationsübergreifenden Gruppen teilnehmen können.

12. Schlussbemerkung

Mit dem Stations- und stationsübergreifenden Konzept einer Trauma-Sucht-Behandlung im MRVZN Moringen wurde versucht, den Erkrankungen Abhängigkeit und PTBS der nach § 64 StGB untergebrachten Patienten Rechnung zu tragen. Grundlagen des Konzepts sind die gesetzlichen Grundlagen, die Gegebenheiten des MRVZN Moringen sowie der aktuelle Stand der Trauma- und Suchtforschung.

Auf der Grundlage der aktuellen Gegebenheiten im Suchttherapiebereich des MRVZN Moringen bietet eine gesonderte Trauma-Sucht-Station für Menschen mit einer PTBS und einer Abhängigkeitserkrankung m. E. größere Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung. Erfahrungsgemäß kommt in der Therapie dem Stationsmilieu eine große Bedeutung zu, das allein kann schon viel im Verhalten und daraus resultierend dann Denken und Empfinden Einzelner verändern. Patienten lernen nicht nur in therapeutischen Gruppen und Einzelgesprächen, sondern auch am Modell. Diese Modelle sind häufig Mitpatienten, die schon weiter in der Therapie fortgeschritten sind, die sich klar für eine Behandlung entschieden haben und mit denen sie einen großen Teil ihrer Zeit verbringen.

Zwar wird auf allen Stationen des Suchttherapiebereichs darauf geachtet, dass die sogenannten „Knaststrukturen“ nicht mehr gelebt werden, aber es ist erfahrungsgemäß für das Personal schwierig, diese Strukturen aufzubrechen. Wie in der Einleitung beschrie-

ben, haben einige Patienten der Therapie zugestimmt, um lange Haftstrafen zu vermeiden und damit die Zeit des Eingesperrt-seins zu verkürzen. 40% der Patienten ist wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetztes verurteilt; sie haben häufig wenig Leidensdruck, der sie zu einer aktiven Teilnahme an der Therapie bewegt. Gerade diese unmotivierten Patienten bestimmen oftmals das Stationsklima im Suchttherapiebereich.

Da das Ausleben sogenannter „Knaststrukturen“ ein Grund ist, Patienten von der Trauma-Sucht-Station zu verlegen, könnte hier ein sicherer Rahmen geschaffen werden, den traumatisierte Suchterkrankte benötigen, um sich auf eine Therapie einzulassen.

Die stationsübergreifende Behandlungsvariante ist zweifellos viel unkomplizierter umsetzbar. M. E. kann sie jedoch nur als Zwischenschritt betrachtet werden, da sie, wie oben beschrieben, keine umfassend guten Bedingungen für eine Trauma-Sucht-Behandlung bietet. Ein weiterer negativer Aspekt der stationsübergreifenden Behandlung ist, dass sie mehr Personal bindet, da jeder Patient zwei Einzeltherapeuten hat, einen Traumatherapeuten und einen Einzeltherapeuten auf der Station.

Unabhängig von dem Weg, der tatsächlich bzgl. einer Trauma-Sucht-Behandlung beschritten wird, ist es jedoch dringend erforderlich, die Behandlung von Traumafolgestörungen in das Therapiekonzept des Suchttherapiebereichs des MRVZN Moringen zu integrieren.

Literaturverzeichnis

Driessen, M., Schulte, S., Lüdecke, C., Schäfer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C. & Havemann-Reincke, U. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or double dependence: A multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, (S. 481-488).

Dudeck, M. (2013). Delinquenz und frühe Stresserfahrungen. In C. Spitzer & H. J. Grab (Hrsg.), *Kindesmisshandlung: Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter* (S. 394-399). Stuttgart: Kohlhammer.

Dudeck, M. (2015). Traumafolgestörungen bei Patienten und Patientinnen in Forensischen Kliniken. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 838-843). Stuttgart: Klett-Cotta.

Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.

Fischer, G., Klein, A. & Orth, A. (2012). *Vom Opfer zum Täter*. Heidelberg: Asanger.

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, 202-210.

Haar, M. von der (2015). *Reader Stichtag. Stichtagserhebung im MRV nach § 64 StGB von 1994 bis 2015*. Zugriff am 10.08.2016 unter: www.mrvzn-badrehburg.niedersachsen.de/veroeffentlichungen/veroeffentlichungen-106184htm.

Hantke, L. & Görge, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz – Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.

Hase, M. & Hofmann, A. (2006). Behandlung traumatisierter Abhängiger mit der EMDR-Methode. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 221-235). Stuttgart: Klett-Cotta.

Heyden, S. (2013). Behandlung von Tätern mit komplexen Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen* (S. 380-393). Stuttgart: Schattauer.

Huber, M. (2003). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2*. Paderborn: Junfermann.

Huber, M. (2005). *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Paderborn: Junfermann.

König, J., Resick, P. A., Karl, R. & Rosner, R. (2012). *Posttraumatische Belastungsstörung: Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy*. Göttingen: Hogrefe.

Langeland, W. & van den Brink, W. (2006). Psychiatrische Komorbidität bei traumatisierten Suchtpatienten. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 108-126). Stuttgart: Klett-Cotta.

Lüdecke, C. (2010a). Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 11-26). Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C. (2010b). Neurobiologische Grundlagen von Trauma und Sucht. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 27-83). Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C. (2010c). Die integrative Behandlung. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 125-140). Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C., Sachsse, U & Faure, H. (2010). *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer.

Lüdecke, C., Scarpinato-Hirt, F., Lottermoser, S. & Mandrek-Ewers, D. (2010). Stabilisierungstechniken – Sucht. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 211- 265). Stuttgart: Schattauer.

Mandrek-Ewers, D. & Scarpinato-Hirt, F. (2010). Standardisierte psychologische Diagnostik. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 184-192). Stuttgart: Schattauer.

Müller-Isberner, R. (1998). Prinzipien der psychiatrischen Kriminaltherapie. In R. Müller-Isberner & S. G. Cabeza (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit – Kriminaltherapie – Kriminalprognose* (S. 51-63). Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Müller-Isberner, R. & Cabeza, S. G. (Hrsg.). (1998). *Forensische Psychiatrie: Schuldfähigkeit – Kriminaltherapie – Kriminalprognose*. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg.

Najavits, L. M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch*. Göttingen: Hogrefe.

Petzold, H. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 3: Klinische Praxeologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. & Orth, I. (Hrsg.). (1991). *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Band 1*. Paderborn: Junfermann.

Pfingsten, U. & Hinsch, R. (1991). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L., Liebermann, P., Söllner, W. & Lampe, A. (2015). Stabilisierung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 639-654). Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. & Teunißen, S. (2006). Ressourcenorientierung in der Behandlung traumatisierter suchtkranker Patientinnen und Patienten. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 197-218). Stuttgart: Klett-Cotta.

Sachsse, U. (2010). Trauma-Syntheseverfahren. In C. Lüdecke, U. Sachsse & H. Faure, *Sucht-Bindung-Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext* (S. 307-344). Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. & Ebbinghaus, R. (2013). Grundlagen der Diagnostik. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen* (S. 33-41). Stuttgart: Schattauer.

Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (Hrsg.). (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.

Schay, P. (2013). Lauftherapie – ein übungs- und erlebniszentrierter Behandlungsansatz im Kontext. In P. Schay, I. Lojewski & F. Siegele (Hrsg.), *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorien – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S. 178-190). Stuttgart: Thieme.

Schay, P. & Liefke, I. (2009). *Sucht und Trauma*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schay, P., Lojewski, I. & Siegele, F. (Hrsg.). (2013). *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorien – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation*. Stuttgart: Thieme.

Schäfer, I. (2006). Versorgungsmodelle und Anforderungen an das Hilfesystem. In I. Schäfer & M. Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht* (S. 256-270). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schäfer, I. (2015). Traumatisierung und Sucht. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 263-272). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schäfer, I. & Krausz, M. (Hrsg.). (2006). *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schmidt-Querneim, F. (2008). Behandlung im Maßregelvollzug. In F. Schmidt-Querneim & T. Hax-Schoppenhorst, *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 93-198). Bern: Huber.

Schmidt-Querneim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Huber.

Seidler, G. H., Freyberger, H. J. & Maercker, A. (Hrsg.). (2015). *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Spitzer, C. & Grab, H. J. (Hrsg.). (2013). *Kindesmisshandlung: Psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Strafgesetzbuch StGB. (2015). (53. Auflage). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Tagay, S. & Senf, W. (2014). *Essener-Trauma-Inventar - Eine Verfahrensfamilie zur Identifikation von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Wagner, F. (2015). Die Posttraumatische Belastungsstörung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 182-195). Stuttgart: Klett-Cotta.

Anhang II

Interview 1

Fettdruck = Interviewer

Normaldruck = Interviewte

Ja, Frau Dr. E., erst einmal herzlichen Dank, dass Sie sich zur Verfügung stellen. Es wäre schön, wenn Sie sich kurz vorstellen könnten, wo Sie hier arbeiten, vielleicht seit wann Sie Ihre Position hier innehaben.

Ja gut, mein Name ist klar, mein Name ist I. E.. Ich arbeite als leitende Ärztin hier in der Fachklinik St. Marienstift seit knapp 5 Jahren, war vorher Chefärztin am Landeskrankenhaus in Wehnen gewesen für den Bereich Psychotherapie und Sucht und leitende Ärztin in Rinteln. Das waren jeweils Akutkrankenhäuser, das ist jetzt meine erste Reha-Klinik.

Aber Sucht begleitet Sie ja schon länger?

Ja.

Okay. Jetzt würde mich interessieren, wie Sie dazu gekommen sind, eine Trauma-Sucht-Station zu installieren, dafür auch ein Konzept zu schreiben, also darüber habe ich Sie ja in Hamburg kennengelernt.

Ich hab immer eigentlich Sucht und Psychotherapie gleichzeitig gemacht, als gleichberechtigte Stationen. In Wehnen hatte ich auch drei Stationen Sucht und drei Stationen Psychotherapie, ohne Sucht dabei. Und im Bereich der Psychotherapie immer schon die Therapie der frühen Persönlichkeitsstörungen, also vor allem emotional-instabile Störungen, sowohl impulsiv, als auch vom Boderline-Typ, als auch eben Traumafolgestörungen jeglicher Art. Und da hatten wir in Wehnen schon den DBT-Bereich aufgebaut und eben auch im Traumabereich aufgebaut, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. In Rinteln habe ich dann auch kurzfristig die Traumaambulanz installiert. Und dann bin ich halt hierhergeholt worden, im Endeffekt auch für den Bereich Trauma. Dann wieder Aufbau von einem bestimmten Traumabereich. Wir haben jetzt hier, eben vor 5 Jahren beginnend, jetzt vier Traumastationen, sozusagen mit unterschiedlichem Schwerpunkt, aber auch eine gewisse Ambulanztätigkeit, wobei wir hier nur eine Ermächtigungsambulanz haben mit eingeschränktem Rahmen. Aber haben auch Ambulanztätigkeit zum Thema Trauma und haben auch für das Niedersächsische Landesamt die ULG-Ambulanzhilfe im Einzugsbereich.

Vier Traumastationen, eine speziell für Männer und auch gemischte oder ...?

Wir sind ja eine GmbH, die zwei Standorte hat. Der eine ist Visbek für die Frauen und Neuenkirchen ist für die Jungs. 120 Betten nur Jungs, und von den Jungs sind halt viele auch in der Traumatisierung, weil wir da schon Schwerpunktstationen haben oder eben mehr emotional-instabile. Vor allen Dingen impulsive Störungen kommen doch deutschlandweit, vorwiegend auch aus dem Bereich der neuen Bundesländer und aus Schleswig-Holstein, aus Forensiken auch zum Teil. Die Behandlung der emotional-instabilen impulsiven Störungen geht gerade, wenn die eine Traumatisierung in der Vorgeschichte haben und die Beschlüsse im Endeffekt zwar erledigt sind, aber weiterhin Behandlungsbedarf besteht. Wo man sich noch unterhält drüber, ob das nochmal Sinn macht, dann spezifische Therapie zu beginnen oder eben nicht. Muss man sich gut unterhalten im Vorfeld, manchmal macht es Sinn.

Sind die Traumatisierungen immer offensichtlich oder passiert es auch häufiger, dass Patienten mit einer Suchtproblematik hierherkommen und die Traumatisierung im Lauf der Behandlung erst offensichtlich wird?

Also eigentlich sollten die Traumatisierungen offensichtlich sein, weil es ein Teil der Anamnese ist, einfach nach belastenden Ereignissen in der Vorgeschichte zu fragen. Sonst ist es in der Sucht einfach nicht komplett, die Anamnese. Genauso wie man nach einer psychiatrischen Erkrankung fragt, was für Behandlungen stattgefunden haben, ob es depressive Episoden gegeben hat, so sollte eigentlich auch die Frage zumindest vorkommen, um zu klären: Ist das was, was ich berücksichtigen muss oder nicht? Es wird häufig nicht gefragt, dann macht es ein Problem, klar. Wobei sich manchmal schon aus den Lebensläufen ablesen lässt, dass es wahrscheinlich nicht ganz so einfach war. Dann machen wir hier im Vorfeld ein Vorgespräch, zumindest telefonisch, um abzuklären, was da so in etwa Thema wird.

Wobei das ja nach meiner Erfahrung dem Patienten oft auch nicht wirklich bewusst ist, dass das für sie eine Traumatisierung war, dieses Erlebnis, es wird gut weggepackt oder halt mit der Sucht übertüncht.

Sagen wir es mal so, solange es gut weggepackt ist, ist es ja das Beste, was passieren kann. Schwer krank macht es ja dann, wenn das Wegpacken nicht funktioniert. Bei einigen, beim Großteil der Menschheit statistisch, funktioniert das, das ordentlich zu verpacken. Wir kriegen ja eher die in allen stationären Bereichen, wo das nicht funktio-

niert. Und die meisten Patienten haben schon irgendwie Zugang dazu, dass das nicht ganz so eine harmlose Geschichte war, zumindest das, wo sie im Leben nicht so super glücklich drüber waren, und haben da durchaus einen Begriff dafür, dass das so nicht okay war. Und ansonsten, wenn man Leute mit einem Lebenslauf hat, der sehr auffällig ist, lohnt es sich, stumpf abzufragen, was für Formen, also ob die Erziehung eher gewalttätig auch gestaltet wurde, ob es Abwertungen gab, ob es Vernachlässigungen gab, ob es früh ein Wechsel der Bezugspersonen gab durch Adoption oder Tod der Eltern oder frühe Trennung der Eltern, wo das Kind dann wechselnd zu Verwandten verbracht wurde oder was auch immer, bis hin zu den schwereren Formen von schwerster körperlicher Misshandlung oder eben auch sexueller Misshandlung. Und da wirklich abfragen, dass die Patienten auch wissen, okay, der Reihe nach wird gefragt. Gut, das kann man haben, einen Teil werden sie haben, einen Teil werden sie nicht haben. Passiert aber natürlich in der Sucht in den Sozialberichten häufig nicht. Da ist ja sehr viel zur aktuellen Geschichte aufgenommen, wobei das häufig zwar auch interessant ist, aber für die Therapie soweit so uninteressant zum Teil, weil die Problematiken schon über 20/30 Jahre laufen, wenn die Leute hierherkommen. Und das ist ja nur das Ende einer desolaten Entwicklung, das kennen wir alle, wo das endet. Und das ist eigentlich dann individuell nicht mehr wesentlich unterschiedlich. Dass der Arbeitsplatz verloren wird, dass keine Beziehung gehalten werden kann, dass, wenn ich keinen Arbeitsplatz und keine Beziehung habe, ich mit der Wohnung Probleme kriege und der Krankenversicherung, das ist eigentlich auch klar. Also eine gemeinsame Endstrecke hat das Ganze, aber das Individuelle war ja vorher.

Ich habe oft das Gefühl, dass das auch Scheu ist davor, konkret nachzufragen.

Ja gut, aber das ist halt was, worüber man sich im Klaren sein muss, wenn man in dem Bereich Sucht arbeitet. Nicht andere Fragen stellen muss, auch Mengen Konsummuster, was für Delinquenz es gegeben hatte in der Zeit, ob es unter Alkoholisierung eher zu Gewalttätigkeiten kommt oder eben zum Rückzug kommt, gehört das eben auch dazu.

Richtig, ja, kann ich nur unterstützen. Deshalb würde ich gerne mal so Richtung Konzept gucken. Halten Sie ein spezielles Trauma-Sucht-Konzept oder Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzug für notwendig oder erforderlich?

Sowohl für notwendig als auch für sinnvoll, weil im Endeffekt der Maßregelvollzug die einzige Maßnahme ist, die einen ausreichenden Zeitrahmen bietet, um tatsächlich eine

komplette Therapie hinbekommen zu können. Das kriegen sie mit keinem anderen Kostenträger als mit der Justiz hin am Stück. Ist so. Wo wollen Sie sonst eine Behandlungsdauer – und sei es auch nur von einem Jahr – bekommen? Das haben Sie im Maßregelvollzug häufiger relativ locker beisammen von der Zeit her.

Eher darüber, eher mehr.

Und das ist der Punkt, das ist ja alles andere als von Nachteil. Dass die Fortschritte eben in der angemessenen Zeit gemacht werden können.

Ein Jahr ist ja eigentlich noch viel zu kurz für eine Traumatherapie?

Ja, also ich meine, wir rechnen ja in einem ganz anderen Zeitrahmen, also gehen tut viel, aber es belastet den Patienten natürlich deutlich stärker. Sie haben natürlich im Maßregelvollzug tendenziell eher schwächere Patienten insofern, dass es offensichtlich da Schwierigkeiten gibt mit bestimmten Stressfaktoren, diese gut kompensieren zu können, weil es eben zu entsprechenden Handlungen gekommen ist, die solche Probleme im Leben gemacht haben, das der Maßregelvollzug eingesetzt hat. Also kurz: Leute, die dann nicht gut stressstabil mit bestimmten Dingen umgehen können. Und ja, das verlangsamt das Ganze natürlich.

Also ich denke oft, ein Jahr ist schon wirklich sehr knapp gerechnet, weil, da kommt ja ein Riesenpaket zusammen: Sucht, Trauma, Impulsivitätsstörungen, ja, viele Geschichten. Inwiefern beschreibt das Konzept, was ich da jetzt geschrieben habe, eine erfolgversprechende Behandlung im Maßregelvollzug?

Ich denke schon, dass das Konzept durchaus so Sinn macht. „Sicherheit finden“ finde ich als Grundkonzept immer wichtig, weil das dem Patienten den Einstieg erleichtert. Ob es im Endeffekt als alleinige Maßnahme therapeutisch wirklich gut wirksam wäre, da sind die Statistiken ja auseinandergehend, Komma, aber die Patienten finden dadurch guten Einstieg und es ist nicht zu fordernd, weil man sich damit gut einfinden kann. Moment, jetzt schaue ich mal der Reihe nach nochmal durch, dass ich es Ihnen auch einzeln sagen kann. Mit der Imaginationsgruppe ... da wollen Sie wahrscheinlich nach Huber arbeiten oder eher Reddemann oder?

Also, ich hab bislang gar keine Traumausbildung, d.h. das hängt jetzt nicht nur von mir ab. Ich arbeite teilweise schon in Einzelgesprächen nach Imaginationsübungen von Reddemann.

Bei den Gruppen, bei den Imaginationsgruppen ... muss man sich vorher gut anschauen, was man macht. Diese Basisübung wie „Innerer sicherer Ort“, „Der innere Garten“, das geht. Andere Übungen sind manchmal selbsterklärend, warum es nicht ganz so günstig ist, z.B. die „Glücksübung“ in der Forensik zu machen am Anfang ist natürlich was.

Die kenne ich jetzt gar nicht.

Da geht es drum, sich bestimmte glückliche Momente vorzustellen, das ... tun schon hier nicht die Patienten immer, weil sie sagen, das geht zum Teil vollkommen an ihnen vorbei, am emotionalen Erleben. Und wenn ich wo sein muss, wo ich nicht sein will, davon gehe ich in der Forensik schon häufig aus, wie auch in der JVA ... das ist von den Patienten sehr viel verlangt.

Das ist klar, also ich denke, da muss man einfach auch gut gucken.

Ja, da muss man eine gute Auswahl treffen. Dann macht es durchaus auch Sinn, weil es Zeit spart, das in der Gruppe zu machen. Und ich würde diese Sachen machen, weil selbst die Imagination denen, die ... die darauf gepolt sind, hilft es sowieso. Bei denen, wo es nicht hilft, ist es eine gute Vorbereitung für die Bildschirmstechniken, überhaupt schon mal mit Imagination umgegangen zu sein.

Ahja, okay.

Selbst wenn es konkret nicht helfen würde, ist es, denke ich, ein ganz vernünftiger Schritt, weil, Sie haben ja ein Gesamtkonzept, Sie können es sich ja leisten von der Zeit her ein Gesamtkonzept zu machen. Ich würde sagen, es wird in Richtung Traumabearbeitung gehen, weil, wenn Sie sie in der Unterbringung nicht hinkriegen, wann denn dann? Ja ... soll es dann der Akutbereich in 10 Wochen richten? Das wird nicht sein später. Das ist ein Quatsch. Insofern ist es gut, weil das übt.

Entspannungstraining Jacobsen ja, alle anderen Entspannungstrainings würde ich dringend davon abraten. Bei allen anderen, wie autogenem Training, die eher so mit Entspannung, Gedanken schweifen lassen, Kontrollverlust einhergehen, war meistens eine Zunahme der Akutsymptomatik.

Jacobsen kann funktionieren, muss nicht funktionieren. Wenn einer zu hoch angespannt ist und zu akut in der Symptomatik, wird es ihm nichts helfen. Das kann man versuchen, das kann aber auch sein, dass es nicht klappt. Das ist ja dann nicht schlimm. Muss man mit dem Patienten auch einfach klar besprechen. „Das kann sein,

dass es Ihnen hilft, zu 50 Prozent wird es helfen, man weiß nicht, ob sie zu den 50 % Prozent gehören, trotzdem ausprobieren, machen; es ist zumindest eine Technik, die sie später am Ende der Traumabearbeitung gut einsetzen können bei Stresssituationen.“

Würden Sie das sogar mit allen Patienten machen, also erstmal verpflichtend?

Es ist einfach so, das ist was, wo man sich was Gutes tun kann, Umgang mit Stress. Das macht einfach Sinn. Also das kann man gießkannenprinzipmäßig ausbringen, die schaden nicht wesentlich. Ja gut, darum geht es ja bei Ihnen. Die haben die Gedanken sowieso im Kopf. Dann kommen die vermehrt auf, Sie haben Unruhe auf der Station, wenn es Unruhe auf der Station gibt, gibt es über kurz oder lang Schwierigkeiten mit Lockerungen, dann sind die Leute unglücklicher, weil sie halt wieder in Stresssituationen irgendeinen Quatsch gemacht haben, dann gibt es wieder Restriktionen, dann ist die Stimmung wieder zu schlecht und das wollen Sie ja nicht. Im Endeffekt wollen Sie die ja dahin trimmen, dass die das gut finden, was da in der Therapie läuft.

Ja klar, sonst arbeiten sie nicht mit.

Und das kann natürlich selbst im Maßregelvollzug klappen. Die müssen innerlich etwas davon haben. Und sie müssen sich ernstgenommen fühlen. Und ernster genommen ist, wenn man ihnen sagt: „Okay wir wissen nicht, ob es was bringt, aber versuchen Sie es für sich. Irgendwann, wenn sie davon was durchprobieren, einmal sind Sie in den 50 %, die davon was haben – rein statistisch.“

Deswegen Machen und Tun und Probieren. Nicht sagen dann „nee“. Als erstes, was alle sagen ist ja: „Och nö, es ist aufwendig und da könnte ich ja stattdessen auf dem Bett liegen und Musik hören und dann wäre alles viel schöner.“

Suchttherapie mit DBT-Ansatz ist gut, also finde ich, halte ich für gut im Zusammenhang gerade mit traumatisierten Patienten, weil, je delinquenter und je impulsiver die Patienten sind, umso mehr Struktur brauchen sie erstmal im grundsätzlichen Setting, sonst funktioniert der ganze Rest nicht. Wenn sie nicht grundsätzlich die Fähigkeit vermitteln und strikt darauf achten, dass sie auch angewendet wird in Zusammenhang mit, gerade Umgang mit Stress und Umgang mit Affekten, dass die nicht über fremd-aggressive Verhaltensweisen oder autoaggressive Verhaltensweisen ausgetragen werden. Dann kommen wir in der Therapie nicht voran. Weil, da haben sie ständig Verhaltensrückfälle, es kippt ständig zurück, sie haben nur das als Thema, weil die Leute geraten natürlich unter Stress. Auch im „Seeking Safety“ geraten die unter Stress, weil

sie sich innerlich mit ihrem Material beschäftigen. Vorher jedoch ist es schön, wenn sie Strategien gelernt haben, damit umzugehen. Beim Süchtigen kommt noch der Suchtdruck dazu, was beim anderen ein Selbstverletzungsdruck sein mag oder beim anderen das: „Dem haue ich eine rein“, ist halt beim Süchtigen häufig eher der Suchtdruck, jetzt würde ich gerne was trinken. Oder eben Kiffen, oder Heroin oder was auch immer da eine Rolle gespielt hat. Insofern, sehr sinnvoll, gerade Stresstoleranz, aber auch Umgang mit Emotionen halte ich immer für ein sehr, sehr sinnvolles Modul, weil gerade Umgang mit Wut und Umgang mit Aggressionen und Umgang mit Angst als Primäraffekt zum Sekundäraffekt Sucht häufig in der Forensik eine große Rolle spielt.

Scham auch, kommt auch mit dazu.

Ja.

Ja, dann im Nachhinein. Wobei vor den Taten häufiger ja dieses: Entweder ich habe Angst und reagiere dann überwütend, das gibt es durchaus auch, die kurz zuvor den Angsteffekt haben und dann extrem nach vorne gehen und die primär sowieso auf alles losgehen, was sich bewegt, wenn sie Stress haben.

Und angetrunken sind oder intoxikiert sind in irgendeiner Form.

Dann gleich dreimal mehr. Wenn da natürlich die rationale Kontrolle nicht mehr so supergut funktioniert unter Trockensein: will ich das überhaupt. Und für den Punkt rationale Kontrolle gibt es ja dadurch auch gerade ganz gute Punkte in der DBT, was man da mit denen üben kann, was die Patienten aber zumindest bei uns schon sehr fordert. Und ich denke, die Forensik hat ja meistens auch das Problem, dass in Bezug auf der IQ-Verteilung die meisten doch ein bisschen nach links verschoben sind, also kurz nicht die Mitte um die 100 liegt, sondern meistens so 80/90, was sich als Klientel vorstellt oder nicht.

Also ich glaube im 64er-Bereich nicht unbedingt, also im 63er-Bereich würde ich das auch denken, bei den 64ern nicht unbedingt. Die Händler sind schon ganz pfiffig.

Okay. Also gut, wer es als Händler geschafft hat, einen 64er zu kriegen, der hat eh gewonnen.

Genau. Das sind ja 40 %, die wegen BTM-Delikten bei uns sind und das meiste ist dann Handel, also es ist jetzt weniger der Eigenkonsum, sondern dass denen

Handel nachgewiesen wurde.

Okay, wir haben eher so, dass wir in den spezifischen Gruppen schon zum Teil, die mit einer hohen Delinquenz, schon Kapitaldelikte waren. Gerade im Umgang mit Wut und Aggression, dass da ein großes Problem ist. Dass die ihre Haftstrafen ja schon längst abgesessen haben, aber das halt weiterhin die Impulsivität besteht oder ihre forensischen Strafen sind durch, aber weiterhin halt eine gewisse Grundanspannung, gewisse Impulsivität vorhanden ist, wo die Patienten selber sich halt dann denken oder die Betreuer sich denken oder die forensische Ambulanz oder Ambulanz sich denkt, es mag manchmal Sinn machen, da nochmal hinzugucken so auf Dauer. Da haben wir, denke ich, einfach in der Gruppe, wo wir uns mit Delinquenz beschäftigen, schon eher, das ist rund um Mord und Totschlag relativ viel ... also die Klientel ist, die dann wirklich in der Impulsivität so hochgegangen ist.

In der Vorstrafe haben fast alle Patienten Körperverletzungsdelikte. Und auch in der Regel mehr als eins.

Ja gut, und dann macht es ja auch im Rahmen der Sekundärprävention durchaus Sinn, mit Impulskontrolle umzugehen. Wir sehen uns ja auch im psychotherapeutischen Bereich ganz klar eher in der sekundären Prävention, weil die hatten ja alle ihre Haftstrafe schon längst abgemacht. Die wenigsten kommen hierher, bevor was passiert, sondern gerade wenn die von weiter weg geschickt werden, ist es eigentlich immer dann, wenn halt da nach Jahren noch irgendwas übrig ist, wo Therapeuten sagen, da sollten man nochmal näher hingucken. Und gerade da machen diese DBT-Ansätze durchaus Sinn, weil Stressreduktion da schon eine große Rolle spielt. Der Stress wird im Rahmen der Traumatherapie hochgehen. Das muss dem Patienten auch ziemlich klar sein, dass es so sein wird. Und dann hilft nur Training, Training, Training. Gerade, wenn sie ihr Leben lang nicht die Stärksten gewesen sind in dem Bereich und deswegen halt schon überhaupt in den Justizkontakt gekommen sind. Umso mehr trainieren. Das kann man hinkriegen, das kann nicht jeder hinkriegen. Das muss man auch sagen. Die müssen es nur üben.

Also die wenigen, die es nicht hinkriegen, die würde man auch da nicht mit in die Gruppe nehmen, Leute mit einem schweren frontalen Schädelhirntrauma, wo man halt nachgewiesen entsprechende Defizite hat, die halt ihre Blutung vorne hatten, frontodorsal oder Schussverletzungen frontodorsal, klar, dann haben die keine Impulskontrolle mehr, weil da habe ich kein Organ, was das mehr lernen kann.

Das ist dann aber auch die Behandlung sinnlos.

Ja. Da ist es sinnlos. Die sind dann auch eher im 63er-Bereich. Man sagt okay, weitere Straftaten sind klar zu erwarten, aber halt die Therapiefähigkeit wird eingeschränkt sein. Ein Hirn können wir nicht transplantieren, wo kein Frontalhirn mehr ist, kann auch keins mehr hin. Das merkt man hier ja manchmal auch, dass dort auch nach vielleicht nicht ganz so ausdehnten Blutungen, aber die genau in dem Bereich gesessen hat, natürlich erheblich Schwierigkeiten haben. Die kriegen zwar kognitiv mit, worum es geht und üben auch mit, aber da ist halt keine Zielstruktur mehr vorhanden. D.h. das bleibt weiterhin schwierig. Das ist dann so.

Dann können wir manchmal, medikamentös hilft man hier noch so ein bisschen, aber so wirklich hilft natürlich eigentlich nichts.

Insofern halte ich für einen ganz wichtigen Bestandteil, um überhaupt so ein Programm ins Laufen zu kriegen, dass die nicht die Wände hochgehen, bevor sie dafür Kontrolltechniken gelernt haben, sich selber regulieren zu können. Was uns manchmal auf Station häufig nicht so ganz gelingt, weil da ein aufgescheuchter Haufen ist. Von vornherein ist jedoch ganz klar, die Schraube sollte zuerst rein, wenn man beginnt, ist klar, erstmal lernen runterfahren. Als zweites zu lernen, identifizieren, was für Emotionen habe ich gerade überhaupt, um mich später überhaupt auseinandersetzen zu können mit meinem Therapeuten. Und dann kann ich wunderbar mit dem ganzen Kram umgehen. Wenn ich da so ein bisschen Erfahrung gesammelt habe, dann läuft das andere doch relativ gut.

Soziales Kompetenztraining? Jaa, ganz wichtig. Gerade im Bereich der Konflikte ist es ja das, wo das Lösen meistens nicht ganz so einfach geklappt hat, häufig eben auch aufgrund der Affektregulationsstörung, klar, aber auch der mangelnden Kompetenz, Konflikte sinnvoll anzugehen und sinnvoll zu lösen. Also soziales Kompetenztraining ganz wichtig.

Einzeltherapie? Klar, muss auch sein und ich denke ganz wichtig ist, wie auch immer, dass man das auf Station schafft, dass man die Einzel- und die Gruppentherapie sehr, sehr gut vernetzt. Die müssen wissen, was in der Gruppe gelaufen ist. Und viele Patienten haben in der Gruppe so einen Stress oder haben so eine schlechte Schullernerfahrung, dass die Nacharbeit im Einzelnen – zumindest bei uns – dringendst benötigen. Man merkt, die haben einen Teil mitgekriegt, einen Teil haben die nicht gerafft.

Die stehen so unter Stress in der Gruppe, dass sie nichts mehr mitkriegen?

Nicht ausreichend. Gut für das Gruppensetting selber, ist klar im Traumabereich, sie brauchen einen großen Raum. Sie brauchen im Endeffekt einen Raum, wo die an sich, wenn es gut ist, auf so einem Abstand sitzen können. Weil sonst hat man vornherein Indifferenzen, dass die nicht mehr vernünftig lernen können. Das geht sonst nicht. Ich würde auch einen Raum mit Tischen nehmen, dass die sich nicht so im Stühlchenkreis gegenüber sitzen.

Das klingt ja spannend.

Wir können dann nochmal kurz ins Haus gehen, dann kann ich Ihnen mal zeigen, wie man das räumlich so lösen kann, je nachdem wie die Leute beisammen sind. Wir hatten es auch hier mal, dass die Nachbarklinik versucht hat, ein Setting nachzubauen, das hat überhaupt nicht geklappt, alleine mangels der Tische, dass keine Barriere da war und dass dadurch einfach die Beeinträchtigung deutlicher ist. Für Menschen, die keine gute Erfahrung gemacht haben, anderen Menschen ausgeliefert zu sein, ist so in der Gruppe im Stühlchenkreis zu sitzen, häufig schwierig.

Das ist ja nun auch ein wichtiger Hinweis. Also, wir haben einen riesengroßen Gruppenraum, sogenannten „Sockenraum“ mit Teppichboden und so, wunderschön, aber da sind keine Tische drin.

Ja. Das müssen keine teuren Exemplare sein, das muss auch nicht richtig schön sein, es muss nur sein a) in der DBT, die werden was schreiben müssen. Da ist es nett, wenn die nicht auf so einem Frühstücksbrettchen da am Stuhl schreiben, weil das sind ja meistens große Kerle und dann fliegt da ständig irgendwas runter, weil motorisch nicht so super geschickt und so, die Peinlichkeit kann man allen ersparen. Und die Tische, dass die ihr Material auch mitbringen können, weil die sollen ja andersrum auch ihren Notfallkoffer im Laufe der Zeit dabei haben, die sollen ihre Skills dabei haben, die brauchen den Platz, das hinzustellen. Sollten sie ihre Skills nicht dabei haben, werden Sie die Skills hinstellen, so, wie hier bei mir auf dem Tisch steht auch ein bisschen Kram rum, was man so alles nehmen kann, dass die das, während des Einzel auch, wenn sie dasitzen, nehmen können. Dafür steht der Kram rum, der steht ja nicht für mich rum. Dass die jeweils da reingreifen können, das muss man denen auch am Anfang einfach zugänglich machen. Sonst funktioniert das nicht.

Wie groß sind bei Ihnen die Gruppen?

Bis zu, also wir haben im Traumabereich bis zu 15-16 manchmal gemacht in einer

Gruppe. Dann wird es anstrengend, dann sollten schon zwei Therapeuten mit rein, bis 12/13 kann man alleine rein; meinetwegen auch bis 14, wenn es ein erfahrener Therapeut ist. Das geht. Unter 8 ist es schwierig, weil die Meinungen, also die Gruppe profitiert ja schon davon, dass verschiedene Lösungsansätze da gemacht werden und unter 8 ist es häufig so, dass sie sich als eine Gruppe zusammenschließen und quasi nur noch eine Meinung vertreten. Dass Konflikte vermieden werden, während in größeren Gruppen einfach häufiger die divergente Meinung eingebracht wird. Das ist dann für die Patienten sicher günstiger, um Fortschritte machen zu können.

Solche Minigruppen machen wir ungern. Da würden wir sonst eher Gruppen zusammenlegen, glaube ich. Haben wir auch häufig schon gemacht, das macht sonst keinen Sinn mehr.

Und wie gesagt im Einzel sehr, sehr vernetzend mit der Gruppentherapie nacharbeiten, dass die erstmal fit werden, sie haben ja die Zeit. Sie haben in der Forensik die Zeit, es drängt sie keiner. Nicht in dem Ausmaß.

Das stimmt. Das ist auch der größte Vorteil, den wir haben. Das sehe ich auch so.

Es steht keiner dahinter und sagt: Jetzt macht voran. Sondern, da kann man doch im Einzel erstmal nacharbeiten, bis der wirklich, wirklich Stresstoleranzen lernt und dass der Umgang mit Gefühlen lernt. Und wenn er dann soweit ist, im „Seeking Safety“ wird er sicher, wenn er dann mitmacht, ordentlich Fragen haben, wie das mit Übungen ist und wie das genau gemeint ist mit den Materialien und was er da machen muss. Und Sie müssen im Einzel kontrollieren, ob der seine Übungen macht. Es hilft ja nichts, das ist wie mit dem Sport: Sie können nicht über Fußball reden und erwarten, nachher spielen zu können. Das muss trainiert werden. Das ist ein Riesenunterschied. Und das ist halt in der Therapie nicht anders. Natürlich können sie super drüber reden, was alles Probleme macht und wie sie die lösen können, klar, aber sie müssen es halt auch machen und sie müssen es üben, weil sie haben es ja nicht gekonnt, deswegen sind die ja da.

Und deswegen üben, üben, üben und von vornherein klarmachen: Ja, es ist sowas wie ein Training. Und Fußball lernt man nicht von draußen am Rand stehen und klug schnacken. Man muss ja auch Fehler machen, um daraus zu lernen. Das ist ja nicht schlimm. Das wird manchmal klappen, manchmal wird es nicht klappen. Es ist so.

Wie bei jedem anderen lernen auch.

Ja. Nur den Patienten klarmachen, weil die meisten ja schon sowohl bei uns als auch, denke ich, bei Ihnen extrem negative Erfahrungen in der Schule gemacht haben, wenn die früh traumatisiert sind. Weil sie sich nicht konzentrieren konnten, weil sie schon früh hoch verhaltensauffällig waren und dann halt maximal negative Erfahrungen gemacht haben.

Ein Großteil hat keinen Schulabschluss. Ist irgendwie nach der 7./8. Klasse abgegangen.

Ja, das stimmt. Und dann muss man anfangen, so ein bisschen üben, bis das so läuft, mit diesen Aufgaben, die wir machen. Aber das sind halt Aufgaben und Training für sich. Und den Leuten auch sagen, wie realistisch, dass sie einen Fortschritt machen, ist, wenn ich pro Tag zusätzlich zu dem, was gemacht wird, tatsächlich meine 1 ½ Stunden übe. Das kann man sich leisten im Laufe der langen Zeit. Sonst müssten die theoretisch bei uns eigentlich noch viel mehr üben, was sie auch nicht machen. Aber um den maximalen Fortschritt rauszuholen, ja natürlich klar. Wenn ich Skills übe und das dokumentiere, wenn wir Entspannungskurse machen, da ist locker eine Stunde pro Tag weg. Dann muss man ein Monatsprotokoll schreiben, wie es gelaufen ist. Was für Fortschritte ich gemacht habe, was ich aus welcher Gruppe rausgezogen habe für mich, also im Laufe der Zeit den Überblick behalte, wie hat es sich entwickelt, hat es sich voran- bzw. zurückentwickelt. Wenn es so ist, warum? Was für Gründe. Das dauert doch. ... Und da ist es, ja, aber bei Ihnen und so hört es sich an, ja die Leute haben aber auch die Zeit.

Ja, das ist auch wirklich gut.

Ja und viele beschwerten sich ja, dass die Zeit sonst nicht rumgeht.

Genau, die klagen ja immer über Langeweile und dass sie dann Suchtdruck kriegen, weil das ganz furchtbar ist.

Ja und da kann man vieles machen.

Und auch, wenn man unter Langeweile Suchtdruck kriegt, es ist schon auch häufig eine Sache. Aber das ist mittelfristig für die, nach zwei/drei Jahren zu lernen, mit sich alleine irgendwo umzugehen. Dass das zufrieden funktionieren kann. Zufrieden auf dem Sofa sitzen können, ohne was machen zu müssen, ohne dass irgendwas in den Kopf kommt, ohne dass Druck aufkommt. Das ist ja eigentlich Ziel. Auch mit Freizeit, klar, in Ruhe umgehen zu müssen, ohne den ständigen Zwang zu haben, gestalten zu

müssen.

Häufig sind sie ja auch arbeitslos. Mit dem Bundeszentralregister, was sie haben, sind viele Jobs nicht mehr möglich, sie haben nie was gelernt, sind 50 Jahre alt, da wird nicht mehr viel kommen, also sie müssen damit klarkommen, Zeit zu haben.

Oh, ehrenamtlich kann man eine ganze Menge machen. Das ist auch das, wo wir tatsächlich mit unseren recht viel dran arbeiten. Nein, es stimmt nicht, dass man sich dann nicht beschäftigen kann, das stimmt überhaupt nicht. Es ist nur so, dass der Lohn nicht mehr Geld sein wird. Punkt. Das gibt es nicht, dass jemand für sich keine Tagesstruktur findet, das gibt es heutzutage auf keinen Fall, nicht bei den Aufgaben, die wir momentan haben. Helfen und Tun kann ich so viel und sinnvoll. Würde ich sagen, okay, es geht drum, sinnvoll meinen Tag zu verbringen. Wunderbar. Brauchen sie sich nur freiwillig melden.

Das ist richtig, aber das gehört erstmal so nicht zum Spektrum unseres Klientels dazu.

Und trotzdem würde ich daran arbeiten, weil, bei vielen geht es ja dann auch ums Thema Wiedergutmachung beim Täteranteil.

Ja. ... gut, Bearbeitung der Straftat, klar.

... *(blättert im Konzept)*

Da erinnere ich mich, dass Sie mir in Hamburg sagten, da haben wir irgendwie kurz geschnackt, dass auf jeden Fall erstmal die Bearbeitung der Tat stattfinden muss, bevor die Traumatisierungen Thema werden können.

Würde ich dringend machen. Leider ist die Kollegin, die damit sehr viel in der Gruppe zu tun hat, heute gerade auf Gruppenfahrt, sonst hätten Sie sich mit der auch nochmal gut unterhalten können, aber einfach aus dem Alltag raus, ja sicher, da gibt es a) gute Untersuchungen drüber und b) auch im Alltag: es läuft sonst nicht. Weil, ich komme mit meinen Gefühlen nicht gut klar als Mensch, wenn ich nicht Verantwortung für das, was ich echt verbockt habe, übernommen habe. Sonst muss ich mir die ganze Zeit in die Tasche lügen. Weil das einerseits „Ach, ich Armer“ funktioniert nur, weil der ja aber auch ehrlich gesagt hat „Okay, das eine ist, dass ich ein Armer gewesen bin, ja. Aber ich habe auch Mist gebaut und beides bin ich.“ Und ich halte es nicht für sinnvoll und nicht nur ich halte es nicht für sinnvoll, sondern auch Frau K. und andere halten es

überhaupt nicht für sinnvoll, dass wir denen im Endeffekt durch die Therapie helfen, mit negativen Gefühlen umzugehen, und dass ich quasi die Rolle aus meiner Tat entferne. Das macht keinen Sinn. Das macht keinen Sinn.

Das verstehe ich, das leuchtet mir völlig ein. Die Reihenfolge hat mich irritiert, weil Sie so sagten: erst Tatbearbeitung, dann Trauma.

Ja, weil dann der Kopf frei ist. Vorher ist der Kopf nicht frei. Erstmal muss das raus, erstmal muss das raus und geklärt sein, zumindest da: Wie kann ich mit den Gefühlen umgehen, wenn es in mir Gefühle ausgelöst hat? Wie gehe ich damit um? Wie gehe ich mit Scham und Schuld um? Wie konkret im Alltag? Wie mache ich das wieder gut, dass Ruhe im Kopf einkehrt? Und dann mit dieser zunehmenden Ruhe an die anderen Sachen rangehen. Die, die keinerlei Emotionen dazu haben, da müsste man in der Traumabearbeitung sehr vorsichtig sein, weil, so richtig gar keine Emotionen dazu zu empfinden zu einer Tat, kann natürlich a) extrem antisozial sein, wobei die selten wirklich dann selber so gerne in Traumatherapie gehen oder so ausgeprägt dieses Erleben einer Traumafolgestörung haben oder sie haben dann die dissoziative Störung. Wenn ich eine Sperre durch eine dissoziative Störung habe, dass tatsächlich ein anderer Anteil innerlich vorwiegend an der Täterschaft beteiligt war, dann muss ich aber vorher das innere System klarkriegen, bevor ich mit jemanden arbeite an dem Trauma. Das fliegt mir sonst um die Ohren. Und deswegen erstmal gucken: Was ist da los? Was ist da los, wenn der so aggressiv wird? Ich meine gut, Handel mit BTM ist eine andere Geschichte. Aber da kommt man ja auch häufiger innerlich überein, dass man sagt, okay im Endeffekt, ja, mich hat keiner gezwungen, damit zu handeln, das habe ich gemacht, um Geld zu verdienen für meine eigene Sucht. Punkt.

... Soweit so klar, da ist es ja einfach. Schwierig wird es immer, wenn sie selber Täter sexuellen Missbrauchs waren, da muss auf jeden Fall eine Verantwortungsübernahme her. Und dann auch wirklich gut mit der Tat auseinandersetzen. Und die haben so meinem Nachzählen nach – wobei das hier keine repräsentative Stichprobe ist – schon häufig bestimmte dissoziative Anteile, die halt auch nicht erwachsen sind. Und diese sexuelle Ausprägung dann haben, auf quasi innerlich erlebte Gleichaltrige. Da gut dran arbeiten, weil sonst ist die Wahrscheinlichkeit, dass weiter was passiert, relativ hoch ist, wenn sich da nichts ändert. Da auch erstmal Ruhe rein, weil die sonst natürlich Druck haben, weiterhin Delikte zu verüben zum Teil. Das macht ja keinen Sinn, da äußerlich den Druck zu erhöhen durch eine Traumabearbeitung, gleichzeitig wissen sie

aber nicht, wohin. Nein, das ist sonst in der Konstellation nicht so günstig. Und auch wenn es Anteile gibt, die die Meinung anderer überhaupt nicht respektieren können oder sehr dadurch angekratzt sind, wenn jemand nicht ihrer Meinung ist, was es sehr häufig gibt, dann kurz Vorschläge rein, da wird man auch vorher mit umgehen müssen, wenn jemand dann Stress bekommt, wie damit umgegangen wird.

Ja, der provoziert ja gut. Aber da gehören zwei dazu. Und deswegen da schon Bearbeitung der Straftat vorher. Würde ich machen. Ich meine, außer, wie gesagt, es sind Sachen, wie Betrug oder BTM-Delikt, das hat man ja rasch abgehandelt. Es wird kaum einer sagen, okay, jemand anders hat den Scheck ausgefüllt. Natürlich war er es selber. Und da wird auch eher selten runddiskutiert.

Das ist richtig. Das sagen die auch ganz klar: Ich habe gehandelt, weil ich meinen eigenen Konsum finanzieren musste und mit realer Arbeit, legaler Arbeit war das nicht möglich.

Ja. Und das ist ja dann einfacher. Das wird aber ein Großteil sein, bei einem anderen müssen Sie halt wirklich sowieso genau drauf hingucken, was war das, dass das gefördert hat, dass es so eine gravierende Tat gegeben hat. Wir haben zumindest relativ viel mit einer doch zumindest beginnenden leichten dissoziativen Störung dabei. Manche auch mit sehr schweren dissoziativen Störungen. Das muss man ja auf jeden Fall vorher klar haben, auch bevor man sie in die Gruppe reinsetzt.

Für mich ist auch die Frage, ob nicht Konsum selbst schon eine Art, eine Form von Dissoziation ist? Also diese chemische Dissoziation, wird es ja in der Literatur genannt, das fand ich sehr spannend, weil die beamen sich weg. Viele wissen über ihren Totschlag nichts, können sich nicht erinnern, weil sie knapp 4 Promille hatten oder so. Das ist ja dann auch eine Form von Dissoziation.

Wobei es denen dann häufig relativ leicht fällt, trotzdem Verantwortung zu übernehmen und zu sagen: Scheiße, aber ich weiß, wie ich wach geworden bin und was dann war. Und das finde ich nicht gut, dass ich jemanden umgehauen habe. Da können ja viele relativ klar auch Stellung dazu beziehen.

Oder sie sagen: Vielleicht bin ich es auch gar nicht gewesen. Und die Leute, die mich angeblich gesehen haben, lügen oder so. Also das habe ich auch schon häufig gehabt und dann findet eben eine Verantwortungsübernahme gar nicht statt. Dann wird es schwierig finde ich.

Jaaa, ... dann wird es tatsächlich schwierig und dann würde ich auch gut gucken, wie ich therapeutisch weitermache, bei so jemanden, der für seine Handlungen nicht einsteht. Weil wir in unserem Justizsystem davon ausgehen, wenn jemand dafür verurteilt ist, erstmal ja, das ist so. Punkt. Und nicht dies therapeutische schon: Der Patient allein wird recht haben. Nein, das ist in diesem System dann durchaus was Anderes. Davon ausgehen, ja, das Urteil ist erstmal so. Dann sich damit auseinandersetzen. Wer das nicht mehr weiß, okay. Beide Alternativen durchdeklinieren: Was macht das mit ihnen jeweils? Und es ist klar, dass man das eine lieber von sich denken möchte. Das ist nachvollziehbar. Was würde das andere mit ihnen machen?

Ja. In der Regel gehe ich auch die Zeit vorher minutiös durch. Was war denn da? Mit wem gab es Stress? Wie ging es ihnen? usw. Warum waren sie überhaupt so zu bis oben hin?

Naja gut, und es ist halt schon so, dass die Sucht natürlich schon eher die Krankheit dessen ist, der innere Konflikte eher vermeiden möchte. Nicht der, der es offen austrägt. Der es offen austrägt, kann alles Mögliche haben, Sucht eher weniger. Und das macht es halt noch zunehmend schwerer und deswegen ist auch Bearbeitung der Straftat schon wichtig, dass da nicht komplett in die Vermeidung gegangen wird.

Richtig, das ist auch nochmal ein guter Gesichtspunkt.

Weil es im Endeffekt, das wichtige ist ja schon auch weiterhin die Kriminalprognose im Endeffekt. Da kommt man nicht Drumherum, mit der Straftat umgegangen zu sein. Und klar, Leute, die es komplett leugnen, haben keine gute Prognose.

Denke ich auch.

Die tatsächlich so auch für sich dissoziieren können, dass es nicht gelingt, dahin zu schauen: Okay, was in mir könnte Probleme bereiten? Wie kommt es, dass ich überhaupt in so einer Situation bin? Es gerät ja nicht jeder rein. Weil, selbst wenn man unschuldig angeschuldigt worden wäre, ich meine, das schafft auch nicht jeder, dass ein Haufen Freunde ihm so eine Sache anhängen. Kurz: das ist ja auch alles andere als sozial unauffällig vorher gewesen. Und ist ja von der Prognose genauso. Wenn er es so schlecht schafft, mit Menschen umzugehen, wie will er dann da vorsorgen, dass das nicht nochmal passiert. Auch das müsste ja hochgradiges Interesse des Betroffenen sein. Ich weiß nicht, er kommt raus und die gehen die nächste Sache an.

Richtig.

Und schon wie gesagt, das mit der Sucht gut mit einrechnen. Dass dieses sich Weg-beamen natürlich riesige Probleme macht. Weil, Dissoziation ist ja nichts Positives für den Kopf. Vermeidung verhindert halt so wie nichts, wie kein anderer Mechanismus, den Fortschritt in Richtung einer Lösung. Und daran würde ich mit dem Patienten schon auch bei der Bearbeitung der Straftat gut arbeiten, was Vermeidung mit einem macht. Das kann man manchmal auch über die Gruppe ganz gut einbringen, mit Vermeidungsverhalten, was passiert, wenn ich Vermeidungsverhalten zeige? Kann ich damit Fortschritte machen? Ja oder Nein?

Stimmt, das ist ein spannendes Thema.

Und gerade für Suchtpatienten ist Vermeidung ein Riesenthema.

Das ist richtig.

Weil Vermeidung ist ja eigentlich, dass ich die befürchteten negativen Folgen auf jeden Fall realisiere. Der einzige Vorteil, den ich daraus habe, ist, dass ich weiß, dass es so ist. Einfaches Beispiel: Ich vermeide es, mich mit anderen Menschen zu treffen, weil ich Angst habe, abgelehnt zu werden. Dann habe ich Angst, dass sie wieder weggehen, dann habe ich Angst, dass ich alleine bin. Stattdessen bleibe ich alleine Zuhause.

Der Effekt ist derselbe.

Der Effekt ist: Ich bin alleine Zuhause. Also, ich habe dafür gesorgt, dass das maximal Befürchtete eintrifft, und es ist sicher eingetreten. Deswegen macht es mich ruhiger.

Und daran mit dem Patienten an mehreren Beispielen wirklich arbeiten: Okay, das ist die Möglichkeit, im Leben ein Negativerlebnis nach dem anderen einzufahren. Und die Patienten kennen das, das sind ja die, die da sagen: ich weiß es nicht, bei mir häufen sich ja solche Negativerlebnisse. Weil: man selber denkt sich: Jo, das wundert einen nicht weiter. Den Patienten dagegen stark. Vollkommen unerklärlich. Und gerade in der Bearbeitung der Straftat ist ja schon immer interessant, rauszufinden, wo kam es denn her? Kam es eher aus der Vermeidungssituation, kam es aus einer Dissoziation? Ist es jemand extrem impulsives, wo dann die Resthemmung durch den Alkohol weg war? Was war es? Woran ist zu arbeiten? Was ist momentan das Hauptsymptom dieser komplexen Traumafolgestörung? Und solange dauerhaft Scham und Schuld wegen der Tat eine Rolle spielen, wird man mit den anderen Emotionen nicht gut zurechtkommen.

Weil, sie müssen ja mit Scham und Schuld im anderen Bereich häufig arbeiten. Das klappt nicht gut, wenn etwas Aktuelleres überlagert.

D.h. erst die aktuellen Sachen abarbeiten?

Es geht gerade um diese gravierenden Sachen, weil sie ja häufig schon gravierende Sachen, wenn es eine Rolle spielt, da wirklich darüber Klarheit verschaffen. Und Sie haben doch die Zeit. Und je eher Sie das halbwegs klar haben, umso ruhiger können Sie das andere angehen. ... Und der Patient weiß, dass er nichts Unangenehmes mehr weiter vor sich herschieben muss die ganze Zeit.

Stimmt. Ja.

Also die Kröte als Erstes zu Schlucken geben. *(Beide lachen)* Ja, es hilft ja nicht. Der weiß ja, dass die Kröte runter muss. Das wissen die doch. Da kommt man nicht weiter von weg.

... Arbeit mit kreativen Mitteln ist sicher auch was, wenn die es machen, was funktionieren kann.

Tagesstruktur ist natürlich essentiell. Es gibt ihnen Halt, gerade Struktur im Tag in dem Therapieablauf ist extrem wichtig. Wirklich traumatisierte Leute haben ja ein Problem mit Unsicherheiten, d.h. es muss extreme Sicherheit auch der Strukturen her. Auch da haben Sie ein Setting, wo es so einfach ist, wie eigentlich sonst selten.

Das funktioniert hervorragend, auch die Angebote sind gut. Ja, wir legen viel Wert auf Tagesstruktur.

Täglicher Ausdauersport ja klar, wenn sie die Leute einsperren, dann müssen Sie die rennen lassen, gerade im Maßregelvollzug.

Es ging bloß leider bislang nicht. Also es gibt Angebote, aber keine Verpflichtung. Wäre jetzt auch mein Traum, deshalb habe ich es da mit reingebracht.

Ja, gehört dazu. Gehört dazu, auch den eigenen Körper zu spüren.

Genau und nicht nur vor dem Fernseher, auf dem Bett mit einer Schüssel Popcorn vor sich, sondern in anderen Varianten. Danke ich auch.

Ja. Ausdauersport ist gut, die dürfen auch ruhig sich, wenn die jünger sind, ich weiß nicht, wie die Möglichkeiten sind in der Forensik im Einzelnen, also bisschen kraftsport-technisch belasten, dass die merken bei hoher Anspannung, bringt es einfach manch-

mal was, sich komplett auszulassen. Die Jüngeren kriegen sie ja manchmal mit Ausdauersport nicht ganz ausgelastet.

Das ist aber bei uns Verpflichtung, erst Ausdauersport ein paar Mal, bevor sie Kraftsport machen dürfen.

Klar. Aber das ist ja kein Problem. Aber für die Jüngeren macht es einfach Sinn, ausreichend das andere anzubieten, dass die auch eine Möglichkeit haben, sich abzureagieren und zwar sinnvoll.

Gut, Freizeitangebot macht bei ihnen natürlich 100 %ig Sinn.

Das ist auch immer eine sehr spannende Geschichte und auch sehr angenehm. Mache ich auch gerne mit, solche Ausflüge oder Wanderungen.

... *(blättert im Konzept)* Okay das ist quasi dann auf den Stationen speziell installiert oder übergreifend?

Also es sind ja zwei Varianten, einmal eine komplette Station für Trauma-Sucht-Behandlung. Und weil ich einfach befürchte, dass das so schnell nicht umgesetzt wird, habe ich mir auch noch Gedanken gemacht über eine stationsübergreifende Variante, die vermutlich als Erstes eingesetzt wird.

Okay, ist eine Möglichkeit, wichtig ist nur bei allem: Wenn die Patienten sonst an der Oberfläche vermieden haben und den Kontakt relativ gering gehalten haben, was ja sein kann, kann es sein, dass natürlich Konfliktpotential mit der Therapie insofern höher geht, als man der emotional-instabileren Seiten des Patienten deutlich mehr gewahr wird als bisher.

Auf einer Station. Auf einer kompletten Station.

Nee, sowohl als auch. Weil im Endeffekt motivieren sie ihn oder drängen sie ihn aus einer Vermeidungshaltung raus. Das kann die Unruhe des Patienten und damit der Station erstmal zunehmen lassen. Da muss nur klar sein, wie man als Team darauf reagiert und was man macht, dass alle gleich reagieren. Dass es dann nicht, der eine meint so, der andere meint so, der fünfte meint so. Dann gibt es deutlich mehr Chaos als jemals zuvor. Das ist fast schwieriger, als mit den Patienten zu arbeiten. Die Patienten selber, wenn die nicht traumatisiert sind, die wissen, dass sie ein Problem haben und wollen normalerweise relativ gerne was dagegen tun. Das ist selten so das Problem. Das Problem ist eher, das Personal konsequent auf einer Linie zu halten, dass

nicht aus dieser Haltung „Och die Armen“ dann wieder Haltungen gefördert werden, die eher in Richtung Vermeidung und sich Auffangenlassen und Ähnliches gehen soll, wirklich dann in Richtung Lösungen im Erwachsenenalter. Ein Erwachsener hat halt mehr Persönlichkeit und er kommt mit vielem klar.

Die haben es halt geschafft bis zu diesem jetzigen Zeitpunkt.

Das Schlimmste haben die schon überlebt, die schwer Traumatisierten. Punkt. Und da muss man schon relativ viel mit den Teams, die das noch nicht gemacht haben, dran arbeiten, was für Haltungen da sinnvoll sind, was nicht sinnvoll ist. Was macht Schwierigkeiten, was macht keine Schwierigkeiten im täglichen Umgang? Das ist eher die Hauptarbeit und das dauert schon eine Weile, bis das wirklich klappt. Auch in Besprechungsstrukturen wirklich sich zu einigen, wirklich von außen betrachten, Metaebenen, analysierend, nicht meinen, meinen ist dann ganz schlecht in dem Zusammenhang. Weil, dann kommt das eigene Bauchgefühl rein, je nach eigenem Anteil der emotionalen Instabilität, der schon einfach auch im therapeutischen Bereich normalerweise höher ausgeprägt ist als in der Normalbevölkerung, ist natürlich anfällig mitzuschwingen. Und deswegen analysieren, bitte nicht am Gemüt fühlen und daraus mitmeinen. Das macht keinen Sinn. Das ist auch das, was die Teams dann gegeneinander hetzt im Endeffekt. Weil vernünftige Planungen, kann man sich ja drüber unterhalten, da gibt es nicht so viele verschiedene Wege. Dann muss man so ein Bauchgefühl erzeugen, wie es gut wäre, jemand zu behandeln, das ist dann nicht mehr so schön. Weil das natürlich Seiten in uns anspricht, dieses Verhalten, wo wir relativ irrational reagieren können, das Personal. Das muss man einfach wissen und im Blick behalten und auch regelmäßig in die Besprechung einfließen lassen. Es ist dann manchmal fast wichtiger, als über Patienten direkt zu sprechen. Weil die Vorgehensweisen sind ja dann relativ standardisiert und wird halt mal mehr, mal weniger rappeln. Je emotional-instabiler er ist, umso mehr wird es rappeln. Es ist so. Man muss nur wissen, wie man damit umgeht. Und das muss klappen.

Ich habe ein paar Tage in Göttingen in Asklepios auf der Trauma-Sucht-Station hospitiert und der eine Pfleger sagte mir, sie hätten komplett einmal das ganze Personal ausgewechselt, bis sie Leute hatten, die wirklich in dem Bereich arbeiten wollen und die die Schulungen mitmachen wollten usw. Das wäre ein Riesenunterfangen gewesen.

Ja. Ich habe noch nicht so viel wechseln müssen, ein paar haben das dann auch nicht

so schön gefunden, das ist klar.

Wenn ich mit emotional-instabilen Patienten arbeiten muss und habe selber Anteile, mit denen ich nicht gut umgehen kann, dann werde ich ein Problem bekommen. Wobei es ja manchmal ganz gut sein kann, wenn du die Anteile aufhalten kannst und ich anfängst, damit umzugehen. Macht ja Sinn, da kann ich ja auch weiter damit arbeiten.

Aber dann muss ich das auch wollen.

Ja. Aber das macht natürlich in einem helfenden Beruf sowieso Sinn, wenn ich weiß, dass ich diese Anteile ausgeprägt habe, weil sonst werde ich von der Prognose her meistens nicht bis zum 65./67. Lebensjahr gesund durchhalten. Weil, es gibt Anteile, die die Krankheit fördern. Das kann man den Mitarbeitern ganz gut erklären, dass es halt so ist und dass man sich für andere sehr interessiert und sich in den anderen einfühlen kann, ist halt in der extremeren Ausprägung schon eine emotional-instabile Akzentuierung zumindest. Damit bin ich anfälliger auch dafür, dass Gefühle springen, unter Stress springen.

Gut, ich denke eine gute Supervision ist sehr hilfreich in dem Bereich, Teamsupervision auf jeden Fall.

Und ich meine, man stellt das Programm ja auch vor, damit man was mit Patienten machen kann und ich muss doch selber erstmal geübt haben. Würde ich immer empfehlen, dann haben Sie alle erwischt, die haben einmal das Programm quasi durchlaufen und wenn jemand Anteile gehabt haben sollte, mit einigem Glück, weil die meisten werden auch relativ kompensiert, wenn sie noch arbeiten, auch mit den Akzentuierungen können die natürlich ihren Kram rausgezogen haben.

Sie arbeiten mit dem Personal die Programme durch?

Die müssen das einmal gemacht haben in der Schulung. Na klar. Klar müssen Sie das einmal gemacht haben, jetzt nicht im Einzel, aber die ganzen Gruppensachen. Und wer ein „Seeking Safety“ machen will, muss ein „Seeking Safety“ gemacht haben, wer DBT machen will, muss DBT gemacht haben. Auch bei den anderen Gruppen.

Okay, das stimmt.

Und ich würde es immer mit der ganzen Gruppe machen, mit der ganzen Station. Die meisten haben einen Heidenspaß dabei, strukturierende Programme zu machen und für sich selber Umgang mit Stress zu erlernen, Umgang mit negativen Gefühlen – hat

ja jeder auch so ein Lieblingsgefühl, mit dem man nicht so gut kann, und da für sich selber Techniken erarbeiten zu können, tut den meisten gut. Und für belastende Erlebnisse. Jetzt mal ehrlich, im Bereich der Forensik gerade auch gut, wenn man nicht die unruhigste Station hat. Aber ich muss ja auch häufig helfen, da schadet es auch nichts, zu wissen, wie man mit belastenden Ereignissen umgeht. Und viele haben schon reichlich geistiges Material, zumindest aus so Beinahekatastrophen, dass sie durchaus wissen, wovon die Patienten sprechen, wenn Bilder immer wieder in den Kopf kommen, wenn die Schrecken haben. Dann können sie aber gut dran üben, wie sowas aus den Träumen draußen bleiben kann, wenn man mal wieder eine Stresssituation hat. Weil, es kennen ja doch viele, dass dann Sachen wiederkehrend kommen, wenn es wieder stressige Situationen sind. Und das kann man ja auch Mitarbeitern beibringen. Dann können sie es alle auch besser vermitteln. Wenn dann die Patienten kommen und fragen, weiß der Mitarbeiter ziemlich genau, worum es geht. Man kann dann sagen, okay, bei welcher Stunde sie gerade in der Gruppe? Ach so, da. Ja gut, dann ... weil es ist ja auch häufig so, dass die Patienten zum Pflegepersonal kommen. Weil das ist quasi ja auch das Patientennächste, was es gibt. Das ist nicht so für die ganz großen Fragen, sondern so die kleinen großen Fragen. Also: „Ick hab dat nicht verstanden.“ (*beide lachen*) Ja, manchmal sind Therapeuten zu fern, um sie zu fragen: „Ich habe das nicht verstanden, worum geht es da?“ Und deswegen ist es wichtig, dass die das wissen. Wissen und möglichst – also gerade die Pflege muss das dann auch relativ gut können, die Basisgruppen.

Das ist nochmal ein guter Hinweis.

Und so hoch aufwendig ist das nicht. Wenn die Fortbildungen gewohnt sind, das sind die meisten in der Forensik, dann brauchen wir nicht ganz solange wie bei Patienten, um die Inhalte zu vermitteln, weil die ein gewisses Fachwissen können, also voraussetzen. Sie müssen nicht jedes Detail erklären.

Ja, das ist richtig, das stimmt.

Und dann kann man schon einzelne Blöcke gut zusammenfassen. Und auch die üben lassen. Dann haben die ja auch Spaß bei.

Gibt es irgendwas, was Ihnen fehlt an dem Konzept? Wo Sie sagen, das finde ich noch wichtig, dass ist irgendwie gar nicht drin, ist nicht zur Sprache gekommen?

Nee, ich denke für den Rahmen, für den es vorgesehen ist, finde ich es ein sehr gutes

Konzept. Wie gesagt, also im Bereich am Anfang Stressregulation, Affektregulation würde ich aufgrund der Klientel einfach großen Wert legen, dass das wirklich klappt und dass das auch durchgehend gemacht wird. Gerade wenn der Stress im Rahmen der Traumabearbeitung hochgeht, dass man dann nochmal mit Patienten übt und sagt, okay, Sie haben ja damals das und das und das für sich erarbeitet, bitte jetzt auch anwenden. Und dann auch der Pflege Bescheid sagen: Okay, der ist in der Traumabearbeitung, der ist gestresst momentan, der hat das und das, was er anwenden will; drauf gucken, ob es auch klappt und im Zweifelsfalls dann insofern helfen, nicht Krisengespräche, große Aufmerksamkeit für das Schiefgegangene mit Selbstverletzungen oder sonst was, sondern da: Okay, sie haben sich folgende Skills erarbeitet, was klappt da dran gerade nicht? Was von den anderen könnten sie verwenden? Und wenn der überhaupt keine Gedanken mehr hat, weil er so gestresst ist, okay, dann können sie dahin gehen, können in den Boxsackraum gehen, können Liegestützen machen, können Chilischoten nehmen, können dann Ausweichmöglichkeiten nehmen, aber dann brauchen Sie halt Leute, die wissen, wovon sie sprechen, was sie noch anbieten können.

Das denke ich auch, dann muss das ganze Team dahinterstehen. Das ist eine ganz wichtige Geschichte.

Ja, oder es zumindest können. Das ist was, wo man sich manchmal auch darauf einigen kann, sie müssen es halt nicht gut finden, aber können müssen sie es trotzdem. Ja, das ist halt Professionalität. Deshalb auch das, wenn manche gemeinsame Einigungen da sind, dass ein Konzept verfolgt wird, die persönliche Meinung in den Hintergrund treten muss, wenn das erfolgreich sein soll.

Das kann man Teams schon vermitteln, dass ein Zerren an zwei Seiten an kranken Patienten nicht okay ist. Auch wenn man meint, die Richtung sei besser. Wenn eine gemeinsame Einigung da ist, es anders zu machen, dann ist es so.

Richtig, dann muss ich mich dem fügen und sagen: okay.

Man kann ja nach einem Jahr immer noch mal drauf gucken, tut man ja eh bei einem Konzept und schauen, passt es oder passt es nicht und vielleicht kommt dann raus, dass es nicht gepasst hat. Okay, dann machen wir es halt anders. Es ist ja nicht schlimm. Was schlimm ist, wenn man nicht rausfindet, ob was wirkt, weil jeder irgendwas macht. Also das geht nicht.

Und Stationen für sehr viele Patienten brauchen eine hohe innere Struktur. Und das es die einzige Grundvoraussetzung an Mitarbeiter ist, sich tatsächlich an der Struktur selber halten zu können. Wenn ich mich nicht an der Struktur halten kann, gelingt Traumaarbeit nicht richtig. Er muss die Fähigkeit besitzen, ja, auch mal zu sagen, okay, das ist jetzt so. Also radikale Akzeptanz muss ich selber schon können. Muss ich nicht gut finden, kann trotzdem so sein.

Deckt für Sie das Konzept den aktuellen Forschungsstand im Trauma-Sucht-Bereich ab?

Ja. Ja. Das passt schon. Im Rahmen des Einzel zu arbeiten, das ist sehr ... da hat sich ja so ein bisschen was in der Traumabearbeitung geändert in Richtung kognitiver Verfahren und NET, aber bei ihrer Klientel würde ich, glaube ich, auch von NET eher abraten. Diese narrative Expositionstherapie, nicht nur instinktiv, ich würde sagen, das lassen Sie bitte, weil im Rahmen der Forensik werden Sie relativ viele schwer Komplex-traumatisierte haben, auch sehr früh Traumatisierte. Da funktioniert das nur sehr begrenzt, die haben eine hohe Drop-Out-Rate gehabt, gerade im Bereich dieser Störung, da wäre ich vorsichtig. Das ist zwar in den Leitlinien jetzt Erstlinienverfahren, lässt sich aber, glaube ich, gut begründen, wenn Sie sagen, Sie möchten gerne eine andere Methode wählen.

Ich habe irgendwas darüber gelesen, aber ich weiß es nicht mehr.

Das können Sie sicher, wenn das Programm mal läuft, ausprobieren, wie das funktioniert, wenn Sie das mit den Leuten machen. Aber ich würde davon ausgehen, dass Sie da eine sehr, sehr hohe Unruhe reinkriegen und relativ wenig Effekt. Deswegen wäre ich da vorsichtig.

Ich hätte eigentlich nur noch eine letzte Frage: Ob Sie noch Anregungen haben für die Weiterentwicklung, also Sie haben das ja mit der Impulskontrolle, Aggressivitätskontrolle oder Aggressionskontrolle nochmal gesagt, da liegt ein Stellenwert.

Ja, das wäre bei Ihnen, weil Sie unter Umständen ja schon sehr, sehr aggressive Leute da haben, die noch relativ akut sind. Das Andere würde ich erst gegen Ende der Behandlung machen, im Gegensatz bei uns machen wir es relativ am Anfang der Behandlung. Bei uns müssen die Leute rehafähig sein, im offenen Rahmen führbar, insofern gehe ich davon aus, dass das klappt. Das sage ich denen auch ziemlich deutlich,

wovon ich ausgehe, was verbal und in Umgangsformen auch klappt. Wir sind hier so schon sehr strukturiert, also Türeenschlagen, Schimpfen oder sowas ist hier auch überhaupt nicht geduldet als Beginn der Aggression. Wir haben hier 120 hochaggressive Leute auf einem Haufen. Dafür, dass es hier keine Prügeleien gibt und keine Sachbeschädigung, gibt es nur einen Weg. Wir fangen mit Aggressionen offen nicht an, Aufgabe ist, Skills zu verwenden. Das lernen die Leute hier sehr, sehr rasch, mit Stress umzugehen. Es gehört hier nicht her, die Tür aus den Angeln zu hauen, in den Spiegel zu hauen, irgendwo gegenzutreten oder den anderen zu beleidigen. So geht das nicht. Es gibt alle Quartale ein bis zwei, die es nicht einsehen.

Die müssen dann gehen.

Ja, das ist dann so. Wenn es zurück in Haft geht, geht es halt zurück in Haft. Da wahrscheinlich, da muss man natürlich noch eher hingucken, indem er mehr Auflagen hat tatsächlich gegen diese Störung etwas zu machen. Dann gehe ich nicht von der Bereitschaft aus, das auch zu tun. Das macht ja auch einen Sinn. Bei den Freiwilligen gelten auch keine anderen Regeln. Aber wo man sonst sagt: mein lieber Freund, da nochmal laufen gehen, möglich aber wäre eine Therapieauflage, werde ich keine Stundendiskussion führen. Das geht nicht. Das funktioniert auch nicht.

Sind das bei Ihnen alles Leute, die eine 35er-Therapie machen?

Nein, wir haben kaum 35er, wir haben Auflagen, die einfach eine Auflage für eine vorzeitige Entlassung haben.

Aber die kommen in der Regel aus Haft?

Nicht in der Regel, ein Teil kommt direkt aus Haft.

Gut, das kommen die bei uns ja auch, also bei uns halt fast so gut wie alle.

Mit denen mache ich aber auch schon ein telefonisches Vorgespräch aus der Haftanstalt raus, dass wir uns ganz klar darüber sind, dass wir uns verstanden haben, was die Regelung bedeutet. Würde ich auch immer machen. Von vornherein, dass es dann keine Missverständnisse gibt.

Okay, den Luxus haben wir leider nicht.

Ja klar. Ja gut, aber das ist ja was, manchmal sind die Haftanstalten ja gar nicht böse, und manchmal lässt sich der Übergang deutlich leichter und sanfter gestalten für alle

Seiten, wenn man ein paar Sachen klargezogen hat. Dass die Sachen transparent sind, gerade Sicherheit des Rahmens. Und dass die Info vorhanden ist. Und bei uns ist ja auch immer die Entscheidung: Okay, es muss keiner vorzeitig aus Haft raus. Wenn er das möchte und es hier machen möchte, findet es unter folgenden Bedingungen statt. Und dann kann ich natürlich nicht gut wieder hinter die Bedingungen zurück. Ansonsten habe ich nämlich 30/40 andere, die über Tische und Bänke gehen. Und die hier brauchen wir nicht loszulassen alle aufeinander, das funktioniert nicht, das geht schief. Weil wir eben einen offenen Rahmen haben. Und das ist auch ganz klar so: Je offener der Rahmen ist und je weniger kontrollierbar hier, umso mehr muss die innere Struktur passen. Die muss sitzen, weil wir haben keine Möglichkeit der Sicherung oder sonst was. Wir können noch nicht mal fixieren. Geht nicht. Wir haben hier vor Ort zwei Dorf-Sherifs, das ist die Polizei, die am schnellsten kommt, der Rest kommt aus (*Ortsname nicht verstehbar*). Das kann nicht sein. In den letzten 5 Jahren hatten wir eine schwere Körperverletzung. Ja, doch, das war vorher so nicht absehbar, da wussten wir nichts aus der Justizanamnese vorher. Er hat dem anderen einfach mitten ins Gesicht gehauen, das war das. Der andere hatte damit offensichtlich nicht gerechnet, deshalb wehrte er nicht ab, und das war sehr bedauerlich, für den, den es erwischt hat. Und da schon, da würde ich auch gerade, je impulsiver die Leute sind, sofort korrigieren, korrigieren, bevor sie sanktionieren müssen. Das ist nervig, das ist wie mit einem jungen Welpen, den sie haben, der ständig aus dem Korb springt und sie ihn jedes Mal wieder runtersetzen, aber es ist auch wichtig, jedes einzelne Mal, immer, immer, immer wieder. Und der Erwachsene braucht länger, um zu merken, als der junge. Das ist einfach so. Was beim Kind dann versäumt wird, das ... also Sie haben ja die Zeiten, dass es erfolgreich sein kann und immer wieder, und es wird begrüßt und es wird keine Kappe getragen, und es werden keine Sonnenbrillen getragen und immer das gleiche.

Und keine kurze Hose. Und keine ...

Es wird nicht dumm rumgeflacht, man setzt sich ordentlich hin in der Gruppe. Wie sieht ordentlich aus? Vielen muss man ja wirklich ein Beispiel geben, wie das aussieht, weil die kriegen es halt nicht hin, aus welchen Gründen auch immer. Oder wissen es nicht. Und dann sieht ordentlich halt so, so und so aus. Im Speisesaal, es gibt halt kein Essen, wenn man keine Schuhe an den Flossen hat. Es ist halt so.

Ja klar, solche Regeln haben wir auch, logisch ...

Und da auch wirklich in Richtung, alles was in Richtung Aggression geht. Jetzt ist er da

nur auf Stopp, Auszeit, jetzt ist der Zeitpunkt, sich zu regulieren, nicht loszuschimpfen, sondern sich zu regulieren. Genau, das ist das Problem, vor allem um das hier geht es. Raus, machen, raus aus der Gruppe, sich regulieren, nach 5 Minuten wiederkommen. Aber nicht gegen Wände schlagen dazu. Das wollen wir nicht mehr machen, seit wir DBT machen. Ja und dieses sonst sich rasch Hochschaukelnde würde ich sofort immer unterbinden. Sofort korrigieren, okay, stopp, was läuft jetzt schief? Zu hoch angespannt, brauche ich nicht zu sprechen, eine Anspannung von über 70? Verstehe ich eh nicht mehr, was der andere meint und ich drücke mich schräg aus. Das geht jedem so. Und deswegen ist es halt wichtig, mit denen am Anfang des Programms das zu erarbeiten. Und dass es dann auch normal ist, dass sie dazwischen gehen werden, dass Sie sie dann unterbrechen werden, dass Sie auch sagen werden, was zu tun ist in dem Moment. Solange bis der Patient das selber hinkriegt.

Wie lange haben Sie hier Zeit für die Behandlung?

12 Wochen bis 16 Wochen.

Das ist ja wirklich nicht viel.

Ja.

Ja, da haben wir Luxus, ganz klar.

Aber deswegen kann man doch auch so kleinklein arbeiten, das ist doch schön.

Ja, das denke ich auch.

Da können wirklich gute Ergebnisse rauskommen. Wenn wir Zeit haben.

Vielen Dank.

Gerne.

Interview 2

Fettdruck = Interviewer

Normaldruck = Interviewte

Herr Dr. S., ja vielen Dank erst nochmal. Vielleicht stellen Sie sich kurz vor, was Sie hier machen, in welcher Einrichtung Sie arbeiten. Also, ich kenne Sie aus vielen Bereichen. Sie sind an der Studie beteiligt, die vor zwei Jahren in Hamburg vorgestellt wurde, der „Cansas-Studie“, genau. Aber Sie machen ja viele Dinge, glaube ich.

Also Sie haben hier den, ich leite den Arbeitsbereich „Suchtmedizin - abhängiges Verhalten“ hier in der Uni-Klinik in Hamburg-Eppendorf, da haben wir im Prinzip neben einer Suchtambulanz eine Tagesklinik und eine Station, wo wir im Wesentlichen qualifizierten Entzug machen, aber immer mehr – ich habe jetzt erst vor einem Jahr übernommen – immer mehr das Programm dort auch in Richtung Trauma und Sucht bringen. Ambulant arbeiten wir natürlich sowieso mit traumatisierten Patienten viel. Ich leite ja auch die Traumaambulanz, die also mit Sucht gar nichts zu tun hat. Und „Cansas“ ist in Zusammenhang eben mit Forschungsaktivitäten, und die laufen über das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, wo ich einer der Geschäftsführer bin.

Okay. Im Rahmen der Masterarbeit habe ich gesehen, dass Sie derjenige waren, der sehr früh auf die Verbindung von Trauma und Sucht das Augenmerk gerichtet hat und gesagt hat, da muss mehr hingeguckt werden, auf Traumatisierungen bei Suchterkrankten.

Darf ich ganz darf kurz fragen, das hier ist für Sie persönlich?

Das wird transkribiert und dann kommt das in den Anhang der Masterarbeit. Das werte ich aus.

Aber Sie machen nachher komplett seitenweise, was wir jetzt sprechen, kommt alles in die Masterarbeit nachher rein?

Hmhm, ja.

Okay, gut zu wissen, dass es dann ja veröffentlicht wird.

Jaja.

Jaja. Okay. Gut.

Also das ist der Forschungsteil der Arbeit, diese Interviews, die ausgewertet werden.

Hmhm.

Ähm, wie ist es dazu gekommen, dass Sie auf diesen Zusammenhang gekommen sind und dem so großen Stellenwert beigemessen haben? Also gab es da eine Entwicklung, ich nehme mal an auch eigene Erfahrungen aus Ihrer Arbeit?

Also eigentlich war die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Folgen traumatischer Erfahrungen bereits da. Ich habe mich vorher ja auch mit anderen Gruppen von Betroffenen beschäftigt, auch mit Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen und im Rahmen der klinischen Arbeit war es dann naheliegend, tatsächlich da auch mit ein bisschen mehr, ja Sensibilität, schon die Patienten sich anzugucken. Und wenn man das auch nur ein wenig tut, werden ganz schnell diese Zusammenhänge sehr deutlich. Das heißt, ich hab das Wissen mitgebracht in den Bereich und dann verknüpft, zunächst ja auch eher mit Traumatisierung bei Menschen mit Psychosen gearbeitet. Und als ich dann in den Suchtbereich gekommen bin, dann war es irgendwie schon völlig klar, dass dort natürlich auch, wie bei allen psychischen Erkrankungen, ein großer Teil der Menschen betroffen ist.

Ich habe jetzt im Rahmen der Arbeit unsere Patienten getestet mit dem Essener Traumainventar und da sind 40 %, haben Traumafolgestörungen, also eine PTBS, jetzt einfach nur PTBS und partielle PTBS fragen die ja ab oder kann das Ergebnis sein. Andere Traumafolgestörungen werden ja erstmal so nicht diagnostiziert. Aber das ist schon ein recht hoher Prozentsatz. Halten Sie ein Konzept extra für den Maßregelvollzug für eine Traumasuchtbehandlung für notwendig?

Ich glaube, dass der Maßregelvollzug wie jedes andere Setting passende Interventionen braucht, die das berücksichtigen. Man kann Betroffenen ja gar nicht anders gerecht werden, als dass man das in irgendeiner Form berücksichtigt. Was es dann im jeweiligen Setting sein kann, bleibt zu prüfen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass auch im Maßregelvollzug therapeutische Interventionen, wie sie an anderer Stelle angewandt werden, genauso sinnvoll und machbar sind. Es gibt ja zu verschiedenen, auch integrativen Ansätzen bei Traumatisierungen und Sucht, z.B. aus Hafteinrichtungen

schon viel und ich sehe da keinen wesentlichen Unterschied zum Maßregelvollzug. Ja, also auch bei inhaftierten Menschen oder Menschen, die einen forensischen Hintergrund haben, scheint das geeignet und notwendig sowieso. Aufgrund der Prävalenzraten, die sie gerade ansprechen.

Ich hatte Ihnen ja das Konzept mitgeschickt, glauben Sie, dass das Konzept ähm – ich habe es auch hier, brauchen Sie nicht zu suchen - ... Glauben Sie, dass das Konzept eine erfolversprechende Behandlung beschreibt?

Sie haben in jedem Fall hier wesentliche Elemente drin, die ja auch an anderer Stelle so erfolgreich eingesetzt werden. Alles, was hier stabilisierend ist, DBT, „Sicherheit finden“. Was man sicher, gerade wenn sie so hohe Raten von posttraumatischen Belastungsstörungen haben, noch genauer sich angucken muss, ist die Frage, wie Sie traumafokussiert arbeiten wollen und eben nicht bei der Stabilisierung stehenbleiben.

Der Vorteil der Maßregelvollzugsbehandlung ist ja einfach die lange Zeit, die wir zur Verfügung haben.

Ja. Und ich würde Ihnen sehr empfehlen, da auf die Verfahren mit hoher Evidenz zurückzugreifen, Sie erwähnen ja EMDR, das ist sicher eine Möglichkeit, aber ich würde auf jeden Fall entweder EMDR oder kognitive Verhaltenstherapie einsetzen.

Was sind die wesentlichen Teile, also haben Sie ja eben schon gesagt: Stabilisierung, aber auch die Behandlung. Glauben Sie, dass eine extra Station zwingend notwendig ist oder dass das auch stationsübergreifend geht?

Vermutlich ist es stationsübergreifend sinnvoller, einfach, weil Sie nicht so große Gruppen von Leuten haben werden, vermutlich, die zu jenem Zeitpunkt dann auch in der traumazentrierten Behandlung sind. Andersrum könnte man auch denken, ist es einfach für die meisten Menschen sinnvoll, bestimmte Aspekte ihres Konzeptes zu erhalten, wie z.B. die Skills oder alles, was stabilisierend ist. Das ist ja nur die Spitze des Eisberges, die 40 %, die Sie vorhin angesprochen haben. Und das Gros der Leute wird ja Belastungen in Kindheit und Jugend erlebt haben, die typischerweise zu Störungen der Emotionsregulation beitragen, interpersonellen Problemen usw., so dass diese Basisgruppen, wenn man es mal so nennen will - auch „Sicherheit finden“ würde ich dazu zählen - sicher für den ganz überwiegenden Teil der Leute sinnvoll ist und nicht nur für eine Station. Zugleich haben Sie möglicherweise nicht zu jedem Zeitpunkt so viele, nicht 20 Leute oder 15 Leute, die sie in der traumazentrierten Arbeit haben. So

dass ich so ein Konzept vielleicht eher ein bisschen übergreifender denken würde, dann aber möglicherweise schon mit Schwerpunktsetzungen, das kann man sich schon überlegen.

Dieses „Sicherheit-finden“ ist ja auch für Suchtpatienten grundsätzlich mitgedacht. Ja, insofern stimmt das. Fehlt Ihnen irgendwas Wesentliches in dem Konzept? Dass Sie sagen, das haben Sie jetzt gar nicht, das ist gar nicht berücksichtigt.

Ich würde, glaube ich, noch ein großes Augenmerk auf das ganze Setting und das Team und Schulungen beim Team legen, so dass Sie am Ende ein Klima idealerweise haben, in das diese Angebote eingebettet sind, das von einem großen Teil oder möglichst allen Beschäftigten mitgetragen wird. Was sich immer wieder zeigt, ist ja, dass in Institutionen so ... ja selektiv da reingeklinkt, die Angebote dann eher schweren Stand haben, wenn nicht die ganze Belegschaft auch deren Sinn erkennt und es unterstützt. Oder was ist, wenn jemand an der Gruppe nachmittags teilnimmt und dann aber wieder auf seine oder ihre Station zurückgeht, wo die Pflege praktisch dann das gar nicht einsortieren kann, wenn es z.B. eine Reaktivierung, vielleicht auch von belastenden Gefühlen in der Gruppe, gegeben hat und damit umgehen kann. Sie wollen im Prinzip ja ihr komplettes Team und ihre komplette Einrichtung bis zu einem gewissen Grad auch traumainformiert oder traumasensibel gestalten und dann haben Sie auch den größten Erfolg mit den Angeboten. Und das Konzept ist im Moment relativ stark, was ja auch gut ist, auf die Angebote ausgerichtet, aber soweit ich das jetzt überblicke, noch nicht so intensiv auf den Rahmen und das Team und Weiterbildung beim Team.

Können Sie da etwas empfehlen? Also DBT war so das Einzige, was ich da, glaube ich, angesprochen habe.

Ja auch Grundlagen, also überhaupt erstmal zu sensibilisieren für die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen, für die Biographien der Menschen, für Zusammenhänge, auch mit ihrer jetzigen Befindlichkeit, für Zusammenhänge mit Bewältigungsstrategien, die genutzt wurden, u.a. eben auch Substanzkonsum, also erstmal so einen Überblick über Trauma, Traumafolgen und Zusammenhänge mit dem, was wir dann als Symptome sozusagen erleben. Dann basal, wie Sie das sagen, auch zu Skills, so ein kleines 1 x 1 der Unterstützung traumatisierter Menschen. Auchhaltungsfragen, dieses Verständnis von Symptomen und Bewältigungsstrategien. So dass Menschen sich nicht, möglicherweise nicht erklären müssen, in dem Maße, wenn es ihnen dann schlecht

geht. Das man Zusammenhänge eher als Team auch schon erkennt und dann gezielter ansetzt.

Das fand ich sehr spannend, als ich in Göttingen hospitiert habe, es war wirklich eine völlig andere Stationsatmosphäre, als ich das aus dem Maßregelvollzug kenne. Das fand ich sehr beeindruckend. Aber das hängt natürlich ganz viel mit dem Personal zusammen.

Ja. Wie haben Sie die Atmosphäre denn wahrgenommen?

Sehr wohlwollend, nicht so: „Ah, wir müssen hier für Euch arbeiten und ihr lasst es Euch gut gehen.“ Das ist sowas, das kommt bei uns ganz oft rüber. Das war gar nicht. Also es war – wie Sie das eben auch sagten – die Patienten mussten sich nicht permanent erklären. Also das Personal hat da ein Auge drauf, aber die hatten ihre Freiräume, also es war auf Augenhöhe und das erlebe ich bei uns ganz selten. Ich glaube, das wird auch das größte Problem werden. Genau, diese Augenhöhe fehlt. Der Respekt.

Ja, genau. ... Das ist ja was, was möglicherweise sich auch ein Stück weit dann einstellen kann, wenn man die Perspektiven so für sich verschiebt als Profi in den Einrichtungen. Also dass mehr Wertschätzung dann auch entsteht und mehr ernst nehmen, auch von Beschwerden, wenn man diese Zusammenhänge besser versteht.

Also ich erlebe das, dass Pfleger zu mir sagen: „Weißt Du denn genau, dass der wasweißich vom Vater immer geschlagen wurde oder so, gibt es da Unterlagen zu?“ Also diese Fragen kommen dann.

Ja.

Oder: „Ist denn der sexuelle Missbrauch überhaupt irgendwo dokumentiert aus der Haftanstalt?“

Ja, genau, das wird erstmal unterstellt, also der Betroffene in so eine Beweislast gebracht, was ja total unangemessen ist.

Also, ich kann ja davon ausgehen, dass derjenige das so erlebt hat.

Ja.

Ist der aktuelle Forschungsstand entsprechend abgebildet in dem Konzept o-

der ...*(lacht)*? Sie sind da sicherlich fitter als ich.

... *(blättert im Konzept)* Nee, aber so ein bisschen. So detailliert schaffe ich das nicht, das zu lesen, dass ich Ihnen was sagen kann. Aber es ist im Prinzip, würde ich Ihnen empfehlen, vielleicht die, den Begriff der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung noch stärker hier aufzunehmen, die ja im ICD-11 auch als Kategorie erscheinen wird. ... Und eigentlich auch ein sehr sinnvolles, ja Raster bietet für die Beschwerden, die man typischerweise antrifft, nämlich neben den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörungen im engeren Sinne - Intrusion, Vermeidung und vegetative Übererregung - dann Probleme im Bereich der Emotionsregulation, der interpersonellen Bezüge und des Selbstbildes. Und für alle genannten Bereiche sind therapeutische Ansätze dann ja auch sinnvoll. Die haben Sie zum Teil hier drin, insbesondere was Emotionsregulation angeht wär DBT ja sinnvoll oder die Entspannungsansätze. Aber eben auch die Frage, wie sie möglicherweise noch mehr arbeiten dann therapeutisch mit interpersonellen Schemata, die eben typischerweise bei Betroffenen auch in einer ganz bestimmten Art und Weise ausgeprägt sind und dann auch Alltagskontakte wieder mit dem Personal z.B. beeinflussen können. Auch beim Personal dafür eine Sensibilität herzustellen, was bei den Leuten anspringt in bestimmten Situationen, warum die dann so reagieren. Das könnte noch ein bisschen stärker vielleicht repräsentiert sein und das Ganze entlang dieses Konzepts der komplexen PTBS – nur eine Idee, kein Muss.

Jetzt kommt schon die letzte Frage: Haben Sie noch Anregungen für eine Weiterentwicklung? Also das war ja schon, das passt ja schon dazu, komplexe PTBS.

... *(blättert im Konzept)* Genau, wie planen Sie die Diagnostik systematisch? Da finde ich hier nur jetzt im Moment SKID, also da sollten Sie sich eine Batterie von Selbstbeurteilungsbögen dazu noch zurechtlegen. Gut, ja nee, jetzt lese ich es gerade, jetzt nehmen Sie das Essener Traumainventar. Wenn Sie damit gute Erfahrungen gemacht haben, dann haben Sie damit ja ein Instrument, was allerdings dann diese gerade erwähnten anderen Bereiche wie Emotionsregulation und interpersonelle Probleme noch nicht abdeckt, soweit mir das bekannt ist.

Nee, können Sie da was empfehlen?

Ja, Emotionsregulation z.B. die DERS und Interpersonelle Probleme IIP – Inventar zu interpersonellen Problemen. Allerdings ist natürlich auch eine Entscheidung nötig. Sie wollen das ja nicht überfrachten. Und was Sie in jedem Fall brauchen und hier ja auch erwähnen, ist Depression, posttraumatische Belastungsstörung, generell Traumaan-

amnese, das ist sicher der Kern.

Ja, ich denke auch erstmal Persönlichkeitsstörungen.

Ja, richtig.

Also es gibt den Mini-Dips, wurde sehr empfohlen.

Das SKID ist eben schon ausführlich, es gibt zwei, aber das ist ja, Sie haben ja Zeit dort auch. Genau, dann der Fokus auf die getrennt-geschlechtlichen Angebote finde ich auch gut und wichtig. Überhaupt auch ein Augenmerk auf die Passung, also es ist ja, das kann man ja nicht apriori sagen, z.B. männliche Betroffene, ob die lieber mit Männern oder mit Frauen therapeutisch arbeiten.

Wobei da das Problem ist, dass wir hier im Suchtbereich im Moment einen männlichen Therapeuten haben. Und sonst nur Frauen.

Ja, genau, manchmal ist es auch schon praktisch ein guter Ansatz, die Leute trotzdem zu fragen. Also wenn man zeigt, dass man dafür sensibel ist und das im Blick hat, dann ist manchmal auch die zweitbeste Lösung einfacher zu akzeptieren. Aber das auf jeden Fall zum Thema zu machen und im Blick zu haben, ob es da Präferenzen und Bedürfnisse gibt. Insgesamt vielleicht auch nochmal so ein Assessment der subjektiven Bedarfe Betroffener. Also was sind eigentlich deren spezifische Wünsche und Bedarfe im Zusammenhang mit ihrer Problematik. Geht es da auch um Freiräume, um Rückzug oder ähnliches. Also sowas systematisch auch zu thematisieren und zu erleben. Und Supervision und Intervision des Teams.

Das stimmt, das ist gar nicht drin.

Ja.

Aber das gibt es.

Aber da auch traumaspezifischer zu werden, vielleicht können Sie da ja auf spezifische Kompetenzen zurückgreifen

Ja, vielen Dank.

Gern.

Interview 3

Fettdruck = Interviewer

Normaldruck = Interviewte

Ja E., erst nochmal vielen Dank, dass Du Dich für das Interview zur Verfügung stellst. Würdest Du Dich erstmal kurz vorstellen, wo Du arbeitest, was Dein Arbeitsbereich ist.

Ich arbeite in Moringen, arbeite vorwiegend dort als Einzeltherapeutin mit Patienten und Patientinnen aus dem 63er-Bereich, mit psychisch kranken Straftätern/ Straftäterinnen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und bin mit einem Teil meiner Arbeitszeit zurzeit therapeutische Stationsleitung einer Krisen- und Aufnahmestation in eben diesem Maßregelvollzugszentrum.

Ja okay, Danke. Du hast Dich ja auch so ein bisschen auf Traumatisierungen oder Behandlungen von Trauma-Patienten spezialisiert und behandelst auch traumatisierte Patienten, richtig?

Ja.

Glaubst Du, dass ein Konzept für eine Trauma-Sucht-Behandlung speziell für den Maßregelvollzug erforderlich ist?

Ich glaube, das wäre äußerst sinnvoll, weil viele einzelne Schritte, um Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung wirklich gut behandeln zu können, ineinandergreifen sollten und aufeinander aufbauen sollten. Zum Beispiel Stabilisierung fände ich sinnvoll, wenn sie sowohl von Pflegekräften unterstützt würde, als auch von Stationsleitung, als auch von Einzeltherapeuten, im Wissen voneinander methodisch und auch aktuell, was ist eigentlich gerade dran? - Erste Phase. - Ja, soll ich das noch näher ausführen, wie ich es mir vorstelle? Also das wäre jetzt ja z.B. auf einer Station, die ganz speziell arbeitet mit Menschen, die explizit beschriebene posttraumatische Belastungsstörungen haben, dort wäre das genauso möglich. Jetzt erlebe ich das bei uns eher, dass es an unterschiedlichen Stellen passiert oder auch nicht passiert und ganz viel Wissen fehlt – auch in bestimmte Methodiken, mit denen man diese Menschen gut unterstützen könnte.

Das ist, glaube ich, auch was, was in dem Konzept fehlt, die Schulung des Per-

sonals, vor allem des Pflegepersonals. Das erlebe ich bei uns auf der Station auch häufig, dass da wenig Verständnis ist oder so Fragen kommen: Ja, ist denn der überhaupt traumatisiert? Ist das belegt oder ... also sie müssen sich beweisen sozusagen, die Patienten, dass es ihnen nicht gut geht, dass ihre Verhaltensweisen mit ihrer Krankheit zu tun haben.

Oder auch sehr schnell kippende Stimmungslagen können ja oft auch aus traumatischen Erfahrungen herrühren. Wenn ich das nicht weiß und wenn ich nicht weiß, dass es bestimmte Trigger gibt, die sehr schnell einen Stimmungsumschwung erzeugen können, dann werde ich ganz anders, vielleicht mehr mit bestimmten Erziehungsmaßnahmen gegen solche, oder versuchen, dagegen einzuwirken. Das erlebe ich manchmal auch. Dass man irgendwie eher ein pädagogisches Konzept erstellt, was ja auch seinen Sinn hat, aber manche Dinge können Patienten überhaupt nicht umsetzen bei traumatischen Hintergründen. Das ist einfach viel zu schwierig für diese Menschen. Oder Dissoziationen bei manchen, dass Dissoziationen, weißt Du ja, auch zu den Folgeerscheinungen einer posttraumatischen Belastungsstörung gehören können. Wenn ich nicht weiß, wie ich Menschen aus diesen Zuständen wieder rauskriege oder was in solchen Zuständen auch passieren kann, neben Straftaten, können ja auch auf Station exzessive Gewaltausbrüche dadurch entstehen, von denen die Patienten hinterher gar nichts mehr wissen. Wenn ich es einordnen kann, dann kann ich es verstehen und eventuell auch im Vorfeld schon unterbrechen, abbrechen. Das wäre auch sehr wünschenswert.

Hast Du eine Phantasie, wie so eine Schulung des Personals stattfinden könnte?

Ja. Ich würde es sinnvoll finden, erstmal überhaupt noch Trauma zu erklären: Entstehung von Trauma, Traumafolgestörungen, Traumafolgestörungen als Krankheitsbild in allen möglichen Auswirkungen, möglichst auch mit viel Material, dass ihnen Anschauung gibt, auch unterschiedliche Schweregrade bis hin zu einer dissoziativen Identitätsstörung. Also bei Menschen, die diese multiple Persönlichkeit haben, wie es aussehen kann und wie man das vielleicht auch auf Station erlebt oder erleben kann oder eben auch nicht erleben kann. Aber wenn ich diese Brille aufhabe, dass Dinge eben auch durch traumatische Erfahrungen ausgelöst werden können, dann sehe ich ja mit ganz anderen Augen bestimmte Patienten/Patientinnen, als wenn ich nicht durch diese Brille und mit diesem Hintergrundwissen drauf gucke. Und deshalb fände ich vielleicht eine stationsweise Schulung des Pflegepersonals in dem Bereich oder – vielleicht wäre es auch zu aufwendig – aber meinetwegen drei Stationen zusammen, wo man eben viel-

leicht erstmal die Basics erklärt und dann auch nochmal in der Konkretion draufschaut: Was bedeutet das für Patienten? Ganz wichtig finde ich auch immer den Bereich der Bindungs-Traumatisierung. Bei Menschen, die schon früheste Bindungstraumatisierungen erfahren haben, die verhalten sich in Beziehungen, die für uns vielleicht verlässlich erscheinen, ganz anders als andere, weil sie ja keine verlässlichen Bindungen kennen oder weil sie ganz andere Rollen einnehmen. Und ich finde, es ist wichtig, das zu wissen, wäre auch wichtig zu wissen für das Pflegepersonal, gerade auf Stationen, wo die Patienten lange bleiben und Patientinnen. Weil sie oft ganz andere Reaktionen dieser Menschen erwarten nach langen und scheinbar erfolgreichen Behandlungen oder auch durchaus erfolgreichen Behandlungen, die dann umkippen, weil sie eben einen entsprechenden Hintergrund haben, vielleicht eben Bindungstraumatisierung oder andere Traumatisierungen. Und ich denke, das sind so unterschiedliche Zweige, unterschiedliche Auswirkungen von Traumatisierungen, und ich finde es wichtig, dass Grundlageninformationen da sind und sich eine Station dann auch nochmal Gedanken machen kann, ganz speziell im Hinblick auf die sich auf der Station befindenden Patienten/Patientinnen.

Wird im 63er-Bereich eigentlich getestet auf PTBS oder partielle PTBS?

Ich weiß es nicht. Ich kann es nicht sagen, dafür bin ich noch zu kurz da, inwieweit es stationsdeckend oder inwieweit alle Stationen darauf gucken.

Also ich würde ja denken, flächendeckend ist es nicht, weil ich erst das „Essener Traumainventar“ angeschafft habe, es gab ja vorher gar keinen Test. Insofern vermute ich fast, dass es Zufallstreffer sind, wenn ein Patient oder eine Patientin wirklich schwerst traumatisiert ist und auch schwere Folgestörungen hat, die auf den ersten Blick sichtbar sind.

Als ich habe das auch noch nicht einmal gehört, ehrlich gesagt, dass ein Patient/eine Patientin explizit getestet worden wäre. Aber ich habe auch noch keine Möglichkeiten gehabt, unser Testinventar kennenzulernen.

Okay, das ist sehr traurig. Gut, aber wir sind ja auch im Suchtbereich, also ich zumindest ...

Ich gehöre ja auch zu den therapeutisch geschulten Sozialpädagoginnen, von daher bin ich keine Psychologin und das ganze Testmaterial im 63er obliegt den Psychologen und Psychologinnen.

Ja, wobei ich auch schon getestet habe. Also ich denke, das ist möglich. ...

Inwiefern beschreibt das Konzept, was Du da gelesen hast, Deiner Meinung nach eine erfolgversprechende Trauma-Sucht-Behandlung?

Ich finde, das Konzept ist ganzheitlich gedacht. Von der Diagnostik, über Stabilisierungsmethoden im körperlichen Bereich, über Ernährung, über Gruppen, über verlässliche therapeutische Beziehung, über verlässliche Wohngruppensituationen bis hin zu eben den Gruppenangeboten wie den Imaginationsübungen, progressive Muskelentspannung usw., Psychoedukation hinsichtlich der traumatischen Erkrankung. Als nächste Stufe die Aufarbeitung des Traumas einzeltherapeutisch, Deliktbearbeitung auch mit diesem Traumahintergrund bis hin zur Integration und das alles in einem Guss, wo es auch transparent ist für alle Mitarbeitenden. Und es wird hier auch beschrieben, dass auch das Pflegepersonal entsprechend geschult ist. Ich finde, dass hier die Ganzheitlichkeit auf allen Ebenen sichtbar wird. Also auf der Krankheitsebene, dass dort behandelt, gehandelt wird und zwar – ich stelle mir das auch so vor, dass dem Patienten gegenüber transparent gemacht wird, warum sie was machen, auch durch die verschiedenen Gruppenangebote. DBT ist ja auch ein Teil, wo Patienten nochmals ganz bewusst auch ihr eigenes Verhalten reflektieren mit Verhaltensanalyse in bestimmten Situationen, wo er dann z.B. auch diese Psychoedukation einschließen kann, wo jetzt gerade auch der Traumabereich angetriggert wurde. Also das gefällt mir in dem Zusammenfluss unterschiedlicher Konzepte, wie man behandeln kann: Einzeltherapeutisch, in der Gruppe, auf einer Station, das ist sehr – finde ich – sehr umfassend zusammengestellt bis hin zu bestimmten kunsttherapeutischen Ideen, die gerade nochmal den vorsprachlichen Bereich berühren. Man könnte natürlich auch noch andere da reinnehmen, aber ich meine, es gibt immer nochmal mehr ...

Da ist ja schon viel Wunschenken drin.

Genau, wir haben hier keine umfassende kreative Therapie, Körpertherapie, über Atem kann man auch noch 'ne Menge machen. Also, es gibt immer noch mehr, aber deshalb finde ich das schon sehr umfassend und eben gut zusammengestellt, weil es aus einem Guss ist und anders als das Stationsübergreifende, wo die unterschiedlich Behandelnden oft nicht voneinander wissen und nicht unbedingt konzeptionell zusammenwirken. Also auch die Ergotherapie ist ja auch ein Teil des Behandlungskonzeptes und dann gehe ich eben davon aus, dass auch Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen oder auch Lehrerinnen in der Schule um entsprechende Störungen wissen und dann

eben auch nochmal anders intervenieren oder jemanden von der Station oder aus der Wohngruppe holen, der intervenieren kann. Wenn z.B. in der Schule durch irgendein Szenario das Trauma angetriggert wird.

Ja, das wäre wünschenswert.

Auf jeden Fall.

Was sind denn Deiner Meinung nach die wesentlichen Teile oder Angebote da im Konzept? Also Du hast ja eben schon gesagt, das Gesamtkonzept findest Du gut, gibt es irgendwas, wo Du sagst, ja, da ist mein persönlicher Schwerpunkt, da liegt so mein persönlicher Schwerpunkt oder mein Fokus drauf?

Na, ich finde schon, das Zusammenspiel ist wichtig, ich finde das Psychoedukative wichtig, ich finde die Einzeltherapie wichtig, auch in der konfrontativen Phase eben des Traumas, ich bevorzuge auch die sanfteren Methoden. Du hast Dich berufen auf Reddemann und Michaela Huber und ähm – den dritten Namen habe ich jetzt vergessen – die verschiedenen Phasen und das EMDR; das sind ja alles auch ressourcenorientierte Methoden, wo nach der Bearbeitung auf jeden Fall so eine Ressource immer wieder sozusagen nach dem Trauma bleibt. Weil das Trauma ist ja immer schon einmal überwunden und überlebt. Und auch wenn man dann reingeht und es bearbeitet, bleibt ja die Ressource, die schon vorhanden ist in dem Patienten/der Patientin, die ist ja sowieso schon da, sie wird sozusagen nochmal rausgearbeitet. Und bearbeitet wird sozusagen die Mine, die da drunter lag. Und ich finde das wesentlich. Aber wenn man nur das macht - ohne die Stabilisierung und ohne die ausreichende Erklärung und ohne die Integration in den Alltag, hält es auf Dauer nicht. Das ist quasi wie so ein Faden, der alleinstehend zu dünn wäre. Man braucht schon oder Patienten brauchen den Boden unter den Füßen und nicht nur einen kleinen Sockel. Und deshalb wären das für mich die vier grundlegenden Dinge: die Bearbeitung, Psychoedukation, Stabilisierung und eben auch die Stabilisierung im Alltag.

Gibt es irgendwas, was Dir fehlt im Konzept, was Du wichtig findest für Deine Arbeit?

Was wenig beschrieben ist, was angerissen ist, das sind diese nonverbalen, unbewussten und damit vielleicht auch diese ganz frühkindlich traumatischen Erfahrungen, die erschwert zu erfassen sind.

Du meinst die Vorsprachlichen?

Ja. Also vielleicht schon welche pränatal, perinatal in den ersten drei Lebensjahren, die ja manchmal sehr prägend sind. Gerade wenn wir Patienten haben, die in ihren ersten beiden Lebensjahren misshandelt wurden und dann durch Pflegefamilien aufgefangen werden, also Brüche beschrieben sind, die finde ich auch besonders schwer zu behandeln. Und da ist behandelbar oft das, was benannt wird, also was auch schon gut ist, wenn es behandelt wird, was auch gut ist, wenn es dem Patienten bewusst wird in Zusammenhängen, wenn sie auch da ihre Stärken draus ziehen können; aber dieser Bereich, der ist ja noch da drunter und ich glaube auch, das ist schwer. Manchmal muss man das auch gar nicht berühren -, dann ist es auch in Ordnung. Und Menschen können gut damit leben, dass sie sozusagen das, was sie wirklich, das, was sie auch gerade bei uns zu den Straftaten veranlasst, wenn sie das behandelt haben. Und sie können leben in einer Gesellschaft, durchaus vielleicht noch betreut, behandelt durch ambulante Psychotherapeuten oder andere Institutionen, dann mag es auch reichen. Aber manchmal sind die vielleicht auch so grundlegend diese ersten Erfahrungen, dass wir uns auch dem widmen müssten. Da bin ich manchmal gedanklich dran, manchmal kann ich vielleicht auch auf der körperlichen Ebene was bei Patienten sehen und bei Patientinnen, da frage ich mich manchmal aber selbst, was ein gutes Behandlungskonzept wäre für die Einzeltherapiepatienten/-patientinnen, die ich habe oder auch in der hiesigen Klinik. Und ich glaube, gerade da, wenn wir da konzeptionell mal weiter gucken - hier wäre es ganz wichtig, auch die Pflege mit reinzunehmen -, weil das dann möglicherweise auch Diskussionsschleifen nach sich ziehen würde.

Da würden mir jetzt auch als erstes Körpertherapien einfallen. Ich komme jetzt nicht auf den Autor, aber ich habe ein Buch Zuhause von einem, der mit ganz frühen Traumatisierungen arbeitet und fast ausschließlich über den Körper.

Also ich habe auch eine Methode gelernt, die relativ leicht zu händeln ist. Aber man kommt ganz schnell, also da auch über den Körper, an tiefe Erfahrungen und Emotionen, dass ich mich nur ganz oberflächlich ausschnittsweise bislang traue, damit zu arbeiten. Weil ich glaube, ich bräuchte da ein Stationsteam dahinter, was um diese Methode weiß, um die Erfahrung weiß und ich dann anrufen würde oder sprechen würde, das und das ist gerade passiert, das sollte so und so aufgefangen und begleitet werden. Dann wäre für mich die Möglichkeit, auch da weiter zu arbeiten. Aber erstmal gibt es da auch noch genug andere traumatische Erfahrungen, die abgearbeitet werden können. Manchmal ist da die Wurzel im Team, ist aber durchaus entwickelbar.

Damit hast Du schon die Frage beantwortet, ob Du noch Anregungen hast zur Weiterentwicklung. Das sind ja schon mehrere Sachen, Psychoedukation des Personals, dann diese ganz frühen, sehr frühen Störungen. Gibt es noch was zur Weiterentwicklung, was Dir einfällt?

Also ich arbeite auch gerne mit Ego-State-Arbeit, die ist nicht explizit erwähnt, die finde ich auch sehr hilfreich, diese unterschiedlichen States zu benennen, seien es nun Täterintrojekte, seien es innere Kind-States, das fände ich gut. Auch Pflegepersonal diesbezüglich zu sensibilisieren, bis dahin, dass man einfache Methoden der Versorgung auch dem Pflegepersonal beibringen könnte bzw. Pflegepersonal einbindet über die Gespräche. Das muss man gerade, wenn Patienten/Patientinnen es gerade selber für sich lernen, also im Sinne der Selbstfürsorge. Ich glaube, dass ist sozusagen implizit da drin, aber nicht explizit benannt ist; das ist noch was, womit ich gute Erfahrungen gemacht habe.

Ich hatte das nur im Rahmen von DBT explizit reingeschrieben, dass ich es gut fände, wenn das Pflegepersonal das macht oder eingebunden wird, auch die Skills regelmäßig mit den Patienten übt, weil ich das schon auch für notwendig halte.

Ich habe das mit der Versorgung dieser inneren Zustände gehört auf der Traumakonfrontationsstation in Asklepios in Göttingen. Wo zumindest ein Teil des Pflegepersonals geschult ist, dass sie das auch können. Das fand ich sehr sinnvoll, gerade wenn es eine Konfrontation gab, gerade wenn es innere oder traumatische Erfahrungen sind aus der Kindheit, wo dann hinterher die Patientin/der Patient selbst in die Jahre versetzt werden soll, sozusagen diesen Zustand zu versorgen, zu umsorgen, zu wissen, was machen, wenn bestimmte Emotionen auftauchen. Da finde ich es gut, wenn sie Unterstützung haben, die dann die Qualität bietet, die sie dann bestenfalls hinterher selber irgendwann mit sich haben.

Ich hatte auf dieser Station fünf Tage hospitiert im letzten Jahr und ich weiß, dass das Pflegepersonal einmal komplett ausgetauscht wurde, bis sie so viele zusammen hatten, die Interesse an der Arbeit hatten. Wenn ich mir überlege, dass bei uns, ja ich glaube, über 400 Pflegekräfte arbeiten, in Teil- und Vollzeitjob, da sehe ich persönlich das größte Problem.

Ja, durchaus. Aber vielleicht hätte das Pflegepersonal, wenn sie mal so eine quasi Vi-

sion kriegen würden von so einer Arbeit; von so einer Arbeit, die eventuell auch mehr Spaß macht, weil sie mehr Erfolge bringt. Weil das nicht so eine Versorgung ist, die vielleicht auch dadurch, dass sich wenig ändert, immer gleich und damit auch irgendwann langweilig ist. Sondern eine effektive Versorgung, wo Menschen sich weiterentwickeln. Vielleicht wäre das eine Motivation, sich entweder weiter zu schulen, weiter zu lernen, eigene Konzepte zu entwickeln. Ich glaube, dass da durchaus Pflegepersonal sich für findet, ich weiß nicht prozentual wieviel ...

Aber, ja klar, ein paar auf jeden Fall; also, ich denke, so eine Station könnte man auf jeden Fall gründen oder zwei oder drei. Also eine für den 64er-Bereich und ein paar für den 63er-Bereich. Das denke ich auch. Das Problem sehe ich im stationsübergreifenden Konzept. Dass dann von jeder Suchtstation zwei oder drei in diesen Gruppen sind und das Personal aber, wenn sie zurückgehen auf ihre Station, gar nicht wissen, warum ist er jetzt so schräg drauf? Warum zieht er sich zurück, warum ist er aggressiv, was auch immer.

Das wäre auch sehr mühsam, dass immer einzeln zu erklären.

Ja, das denke ich auch.

Ich habe das manchmal, wenn ich traumatisierte Patienten habe und das Trauma kam gerade hoch, dann rufe ich schon mal auf der Station an, so und so ist das jetzt gerade, aber da habe ich einen Pfleger/eine Pflegerin am Apparat. Und ich weiß nicht, was dann übergeben wird an den Nächsten/an die Nächste, die dann Dienst hat. Ich erlebe es schon so, dass mir dann die Frage gestellt wird, warum sie oder er denn immer noch so ist oder immer mal wieder so ist. Und es ist mühsam, jedem Einzelnen so ein Ego-State-Konzept zu erklären. Und welcher State jetzt gerade vorne ist, wenn das und das passiert und dass dann sinnvollerweise es vielleicht, oder wie sinnvollerweise interveniert werden könnte.

Glaubst Du, dass das Konzept die praktische Umsetzung den aktuellen Forschungsstand abbildet?

Also nach meinem Wissensstand ja. (*Beide lachen*). Ich weiß nicht, ob mein Wissensstand dem aktuellen Forschungsstand entspricht, weil z.B. Huber und Reddemann sind ja auch schon ein bisschen älter, durchaus immer noch in der Entwicklung, aber ich weiß nicht, was es an neueren Entwicklungen noch gibt.

Das ist ja neu aufgelegt von Reddemann, das „Imagination als heilsame Kraft“ glaube ich, es sind verschiedene Sachen neu aufgelegt. Huber glaube ich nicht, aber sie sind immer noch aktuell, denke ich.

Naja und auf der anderen Seite bin ja auch eine Anhängerin der Sachen, die dann schon mal rausgefunden und erforscht wurden, die brauche ich auch nicht neu zu erfinden oder nicht neu zu beschreiben. Und die Arbeit mit Imagination, die findet man sogar in indigenen Völkern schon. Also von daher glaube ich, dass diese Arbeit oder dieses Suchtkonzept ein sehr Fundiertes ist in der Zusammensetzung und auch in der Zusammensetzung unserer natürlichen Grundbedürfnisse und die Behandlung von psychisch kranken Menschen auf den verschiedenen Ebenen. Also da sind bestimmte Dinge drin, die ja immer wieder auch in anderen Zusammenhängen gefunden wurden und die man sehr wahrscheinlich so auch immer wieder findet. ... Von daher: Ja.

Ich danke Dir.

Gerne. Es hat Spaß gemacht.

Interview 4

Fettdruck = Interviewer

Normaldruck = Interviewte

Ja, vielen Dank, für das Gespräch. Vielleicht stellst Du Dich kurz vor, was Du beruflich machst, Deine Position, wo Du arbeitest.

Ich arbeite im Maßregelvollzug, in der Forensik in Moringen arbeite ich jetzt seit 26 Jahren. Da in der Funktion als psychologische Psychotherapeutin, mache Therapien, Supervisionen, Gruppen körpertherapeutischer Art.

Nach meinem Wissen hast Du Dich ein bisschen auf Trauma spezialisiert?

Auch das! Also ich hab angefangen, meine Ausbildung so ein bisschen anzupassen was den Bedürfnissen, wo ich dachte, die Patienten, wie will ich die erreichen. Da mussten auch nonverbale Sachen mit eine Rolle spielen. Also nonverbale mit einbeziehen und Trauma.

Okay, und das machst Du ja schon einige Jahre wahrscheinlich, so in der Richtung?

Ja, also 18/20 Jahre so um den Dreh, in dem Zeitfenster.

Hast Du auch mal im Suchtbereich gearbeitet?

Nein. Ich hab nie im Suchtbereich gearbeitet. Ich hab schon Patienten gehabt, 63er, die diese Doppeldiagnose haben, Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung. Aber rein Sucht, nein, habe ich nicht.

Hälst Du denn ein spezielles Konzept für eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzug für notwendig?

Also ich halte es auf jeden Fall für notwendig, dass Trauma-Patienten möglichst unsere therapeutische Unterstützung bekommen im bestimmten Rahmen. Wenn jemand noch eine Sucht mitbringt, dann muss man das kombinieren. Also, man muss der Suchterkrankung und dem Trauma auch Raum geben in der Behandlung.

Ich habe vor Jahren, das ist ziemlich lange her, hatte ich einige Traumapatienten, bei denen ich dachte, hier kommen wir auch mit dem 63er-Bereich nicht weiter, weil der zu konfrontativ ist, die mussten sich durchsetzen auf der Station, es waren ziemlich viele

Dissoziale dabei und ich dachte, da muss ein anderes Konzept her. Wir brauchen für diese Traumapatienten eine besondere Atmosphäre/Klima auf den Stationen. Und vor allen Dingen müssen die Leute, die dort arbeiten, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, auch wissen, was ein Trauma ist, sie müssen sich mit Trauma auskennen, aber auch mit Sucht. Sie müssen wissen, wie äußert sich, wie zeigt sich das, wie kann ich unterstützend sein, was kann ich den Patienten abverlangen, was ist das Ziel, was ich mache. Es ist mir ziemlich früh klargeworden, also, dass das zusammen, also Trauma und Persönlichkeitsstörungen oder Sucht, was auch immer, nicht gut zusammen passt. Also wenn wir die zusammen auf einer Station haben. Die haben ein anderes Ruhebedürfnis, sind leicht getriggert. Also, wir brauchen ein besonderes Handlungskonzept dafür.

Siehst Du das gut beschrieben in dem Konzept, also, wenn Du sagst, mir ist früh klar geworden, dass die eigentliche eine ganz besondere Stationsatmosphäre brauchen?

Ja, es ist gut beschrieben, sehr kompakt. Ich habe mich beim Beschreiben immer gefragt, wie kann man das in der Kürze der Zeit schaffen. Teils hatte ich auch den Anspruch gehabt, dass ich das Delikt noch bearbeiten muss mit dem Patienten. Weil es zum einen ein Trauma ist, was einer mal gehabt hat, Verkehrsunfall oder was auch immer, das kann man bearbeiten. Aber wir haben ja Patienten, die multiple Traumata haben, da braucht es ein bisschen mehr Zeit, d.h. man wird es nicht in irgendeiner Form zu Ende bringen, es muss dann weitergehen.

Ich denke sowieso, dass so eine Traumatherapie nicht abgeschlossen ist wenn die Höchstfrist erreicht ist, also wobei ich gerade die Deliktbearbeitung schon wichtig finde, weil das oft ja auch über Täterintrojekte läuft.

Ja, wir müssen ja auch erst einmal wissen, was davon ein Täterintrojekt ist. Die wollen das natürlich auch wissen, die wollen ja nicht mehr straffällig werden. Ich geh mal davon aus, dass Patienten nicht nochmal straffällig werden wollen. D.h. man muss schon auch über das Delikt sprechen, aber wenn man das zu früh macht, ist es auch retraumatisierend für den Täter und das ist so schwierig. Also, nicht zu früh in diese Deliktbearbeitung gehen, aber das Trauma bearbeiten und die Sucht.

Das ist viel, keine Frage!

Da dachte ich mir, dies alles vom Anspruch her zu wollen, das ist halt die Frage? Ich

glaube, dass man erst anfängt, wie Du es auch beschrieben hast, mit einer Motivationsförderung, mit der Stabilisierung, mit Selbstwirksamkeit wieder anzufangen, das richtige Klima wieder auf Station haben. Aber bei zu viel werden sich die Menschen nicht schneller entwickeln, wenn man dran zieht, also das geht wirklich nicht schneller.

Das Konzept finde ich sehr kompakt und auch gut, aber ich dachte dann selbst, wie setzt man das jetzt um? Da 'ne Gruppe und nochmal 'ne Gruppe und das braucht ja auch Zeit, das Wachsen innerlich, und da merkt man natürlich, dass der 64er-Bereich viel mehr unter Druck ist als der 63er, Dinge jetzt in dieser Zeit schaffen zu müssen.

Gut, es hängt ja auch ein bisschen von der Parallelstrafe ab bei uns. Also wir haben zwei Jahre plus zwei Drittel der Parallele. Also, mir fällt jetzt ein Patient ein, den wir beide kennen, das wird ja praktisch bis zum Schluss ausgekostet, also der vom 64er in den 63er gegangen ist. Da hat man ja schon Möglichkeiten. Also, die müssen ja nicht nach einem Jahr wieder vor die Tür, ins Probewohnen. Was ich auch in dem 64er-Bereich oft schwieriger finde, es geht relativ zügig in diese Freiheit nach draußen und sich bewähren und so. Das nimmt Raum für das Gucken, was bin ich wert, wie geht es mir mit dem, also, es wird schon sehr früh Realitätsprüfung draußen gemacht und es ist innen vielleicht noch nicht genug gewachsen, also an Ich-Stärke, an Entwicklung. Da hat es der 63er-Bereich einfacher als der 64er.

Das stimmt, das ist richtig. Ich denke, dass dieses Lockerungskonzept so für ein Jahr ungefähr gestrickt ist, nach einem halben Jahr kann ja der Einzelausgang beantragt werden und geplant ist ja, dass die ein Jahr im Probewohnen bleiben. Ja, dann sind sie aber schon weg.

Also was Menschen mit diesen defizitären Störungen hilft ist ja auch, dass sie auch Vertrauen fassen, dass es Leute gibt, an denen sie sich reiben können. Also, ein ständiger Beziehungswechsel ist eigentlich gar nicht so gut, den hatten sie ja meistens früher. Also, es ist schon gut, wenn sie länger, vielleicht von Anfang an, auf einer Station behandelt werden. Wie Du schon sagst, wenn man eine Trauma-Sucht-Station hat, dass man sagt, die sind von Anfang an da. Und dann kommen Frischlinge und es gibt Leute, die schon weiter gewachsen sind, diese können sich gegenseitig befruchten. Das wäre in kleineren Gruppen, hast Du ja angedeutet in Deinem Konzept, das würde ich gut finden. Dann hätte man eben beständige Bezugspersonen.

Also, ich weiß nicht, ob es diese Station jemals geben wird, aber ich denke, für eine sinnvolle Trauma-Behandlung müsste zumindest die Einzeltherapeutin immer die gleiche bleiben. Das ist ja schon 'ne Crux bei uns, wenn die die Stationen wechseln, dann ist auch immer ein Therapeutenwechsel mit dabei.

Das geht gar nicht!

Das ist ungünstig.

Es braucht Vertrauen, solche schlimmen Erlebnisse oder Dinge jemandem zu berichten. Die sagen dann auch: „Nochmal anfangen.....will ich nicht und die geben auf! Möchte ich auch nicht machen, ich würde auch nicht, wenn wirklich Dinge mich schwer belasten, immer wieder neu irgendjemandem zu erzählen und dann daran weiterarbeiten. Es braucht beständige Personen, das ist, glaube ich, kontraindiziert.

Welche Elemente aus dem Konzept findest Du besonders wichtig.

Was ich wichtig finde ist, also, dass die sich sicher fühlen diese Patienten, und dass Du geguckt hast, wie das hergestellt werden kann. Also Leute, die nicht so motiviert sind oder so, dass man also sehr frühzeitig, wenn da Gewalt ist in der Kommunikation, da intervenieren muss. Das diese Menschen geschützter bleiben, also ein beschütztes Klima haben. Es muss also auch an ihrer Selbstwirksamkeit gearbeitet werden. Also dass sie Kontrolle lernen, dass sie sich sicher fühlen.

Es ist auch gut, dass man nicht nur das Trauma und nur die Sucht behandelt, sondern dass man beides mit einbezieht, weil Traumen ja dazu geführt haben, insbesondere bei den Suchtpatienten, dass sie dann Drogen genommen haben, um sich selbst zu heilen und das alles auszuhalten.

Das mit dem Modell hast Du ja auch geschrieben, dass die Patienten von dem anderen lernen können. Gut auch noch, ein Klima zu schaffen, dass die so alternative Erlebnisse haben, also dass sie gemeinsam Kochen, dass alles lustbetonter ist, dass sie mal Wanderungen machen, dass man mit denen alternative Freizeitangebote macht, das finde ich wichtig. Du hast ja auch deutlich gemacht, dass gewisse Traumainhalte nicht in die Gruppe gehören. Das ist manchmal nicht so einfach zu trennen. Ich kann mir vorstellen, wenn einerseits jemand sagt, jetzt erzähl mal deinen Rückfall und der andere sagt, ja, ich hab dies und dies erlebt im Rückfall.

Diese klassische Trennung, also ich kann das nur sagen, weil mir das manchmal Patienten erzählen aus der Suchtbehandlung, ich hätte das jetzt gesagt, aber ich kann das nicht sagen, weil, dann wissen die von den Dingen und dann machen sie sich so ver-

letzbar. Und das finde ich, ist das Schwierigste. Also diese Gruppen so geschützt zu halten, dass diese verletzbaren Anteile nicht so sehr, also, dass der einerseits geschützt ist und trotzdem daran teilnehmen kann, das finde ich schwierig.

Das stimmt, ja.

Du hast ja auch nochmal was geschrieben, dass es eine gewisse Haltung braucht. Also, was ich gut finde, dass du immer guckst, dass auch Veränderung angelegt wird. Dass es nicht darum geht, dass man sagt, naja, schlimme Sachen erlebt und dabei bleibt es, sondern auch gefordert wird von diesen Patienten und den nicht stehen lässt mit dem, was so ist. Einmal, dass sie sich mit diesem Suchtaspekt aber auch mit dem Trauma befassen.

Ich glaube, das geht nur in Kombination.

Ja, das geht nur in Kombination.

Es gab hier eine Gruppe, Sicherheit finden oder so, das finde ich ganz spannend.

Kanntest Du das Konzept, das Manual gar nicht, ich kann Dir das mal leihen.

Also, dass sind praktisch so die ersten, das sind 25 Sitzungen, von Najavits, der Ingo Schäfer hat die Übersetzung mitgemacht.

Ja, das finde ich richtig gut. Ich hab das zum ersten Mal hier gelesen. Und ich finde das richtig spannend, weil ich glaube, dass das ganz ganz wichtig ist, dass es extrem stark stabilisierend ist. Also einmal ein bisschen was zu erklären über Trauma aber auch, die kriegen Handwerkszeug.

Und das in der Gruppe zu machen, im geschützten Rahmen mit Ritualen. Das Konzept hat mir richtig gut gefallen. Ich glaube, dass das funktionieren würde und das auch in kleinen Gruppen. Deshalb darf diese Station auch nicht groß sein, also so 6/8 Leute. Und dass das so....., ich weiß jetzt nicht, ob Du das geschrieben hast, wie oft man das macht? Einmal oder zweimal die Woche?

Also in Göttingen machen die das, glaube ich, drei- oder viermal sogar die Woche.

Das finde ich klasse!

Aber das werden wir wahrscheinlich gar nicht hinkriegen, gut, muss man schauen.

Ich würde da einen Schwerpunkt setzen persönlich. Also ich fand das gut, weil das erst einmal Sicherheit schafft und wenn jemand dann sicher ist, dann kann er sich auch den verwundbaren Anteilen mehr stellen. Also, ich weiß es nicht, das in Kombination mit dem Einzeltherapeuten. Also, wenn jemand frisch kommt, dem würde ich erst einmal Raum geben.

Also, dies Konzept hat mir gut gefallen. Ich kannte das nicht.

Okay, also das ist vermutlich auch das erste, was umgesetzt wird, dass wir so eine Gruppe einrichten. Ich war mit einer Kollegin jetzt zur Fortbildung dazu in Hamburg, zu diesem „Sicherheit finden“.

Also das gefällt mir gut, richtig gut! Weil das flexibel genug ist, aber auch dem Patienten Halt gebend ist, das brauchen die, stützend, bevor man an die Kracher geht. Bevor man dann auch später sich irgendwann mal das Delikt gemeinsam anguckt. Finde ich gut! Ja, ja.

Fehlt Deiner Meinung nach irgendetwas Wichtiges?

Nee, also nichts ...(*blättert im Konzept*)..., hast Du ja auch, also psychoedukativ, non-verbale Sachen, hast Du alles. Körper? Ja Körper hast Du reduziert auf Sportoptionen. Natürlich kann man körpertherapeutische Aspekte auch mit einbeziehen. Gut, ich bin jetzt Körpertherapeutin, deswegen gucke ich da natürlich hin. Weil der Körper noch früher zeigt, also früher zeigt, das Ja/Nein, was auch immer. Körperlich ist es klar früher da.

Stimmt. Ja.

Also deswegen kann man ja auch sehr gut mit Gefühlen, mit Aggressionen arbeiten, mit Stand, mit Festigkeit und was nicht alles. Also diesen Bereich, ja, den hätte ich mir noch gewünscht.

Machst Du das in Gruppen oder im Einzel?

Beides, beides. Also Sport ist ja so, sich spüren und so und mal was durchhalten. Das andere ist ja so zu gucken, wie drücke ich etwas körperlich aus oder wie, ich mach das ja auch in der Trauma-Therapie, dass ich die Punkte begreife, aber der Körper zeigt das früher. Das merken wir ja auch, wenn man Leute beobachtet, bevor einer was sagt, wissen wir ja eigentlich schon, ob das stimmig ist, was er sagt, zu dem, wie die Körperhaltung ist und da würde ich halt den Körper mehr einbeziehen.

Ja, in Gruppen und im Einzel kann man das machen.

Hmm, hmm!

Die Patienten sind früh gestört und die Sprache kommt dazu, aber sie müssen es erst einmal spüren und erfühlen. Das andere ist jetzt ein Lernprogramm, wir lernen mit denen was gemeinsam, aber die können noch gar nicht innerlich orten: Wer oder was bin ich, wie fühlt sich das an, was ist es denn? Also die können gut reden, aber ob sie es wirklich spüren, was sie da zeigen, das ist ja alles nochmal 'ne andere Kiste. Also deswegen würde ich das mit einbeziehen.

Ja!

Denkst Du, dass der aktuelle Forschungsstand abgebildet ist. Oder erfasst ist? Oder umgesetzt?

Jetzt hier in Deiner Arbeit?

Hmm!

Ja, ja Du hast ja auch geguckt, wie Traumen entstehen, auch mal so mehr verhaltenstheoretisch oder tiefenpsychologisch. Ja, ist schon.

Dann kommt jetzt schon die letzte Frage.

Hast Du noch Vorschläge zur Veränderung oder Weiterentwicklung?

Ich finde dies schon sehr kompakt. Ich finde, wenn man annähernd das hinkriegt, das ist schon sehr viel. Nochmal eins drauf, da würde ich jetzt gar nicht auf die Idee kommen, ehrlich gesagt. Also ich würde es eher strecken, so wie ich es schon einmal sagte, also vielleicht sagen, weniger ist mehr. Vielleicht 'ne Gruppe weniger, aber die gleiche öfter. Rituale einführen, also alles, was Menschen sicherer macht. Nicht so viel, nicht so eine enge Taktung. Also, das ist mir aufgefallen, dass ist aber im Suchtbereich so, da gibt es die Gruppe, dann geht das und das und dann nochmal wieder Pflege und so Menschen brauchen wirklich Zeit, auch, das innerlich zu sortieren. Die würde ich also nicht sich langweilen lassen, aber auch nicht zu viel und auch nicht zu wenig machen. Die Dosierung wird schwierig sein.

Auch, weil die Patienten auch unterschiedlich gestrickt sind. Manche brauchen es ein bisschen schneller und manche brauchen es auch ein bisschen langsamer. So wie in der Erziehung auch, dass Menschen unterschiedlich schnell gehen. Das Konzept sonst finde ich rundum prima, das finde ich beeindruckend. Also gucken wie ein Klima ent-

steht, wie die Pflege auch ist und die anderen Personen, die da noch mit rumkreisen. Also, was mir auch gut gefallen hat, dass man sehr früh auch diagnostisch guckt und motivierend eingreift. Dass der Patient merkt, das ist jetzt dran, auch klärt, was ist ein Trauma, was ist Sucht, also psychoedukativ.

Da habe ich gerade bei Traumapatienten die Erfahrung gemacht, dass es total wichtig ist.

Genau! Zu wissen, ich bin nicht der Einzige auf der Welt, der so verrückt ist, sondern dass man sagt, aha, ich kenne das, ich habe das bei anderen auch erlebt und das ist das und das und das, und es erklärt. Und das ist sehr, sehr entlastend.

Die sind dann nicht mehr so ausgeliefert!

Und es öffnet auch das Prinzip Hoffnung, also ich bin nicht so krank, dass es da keinen Weg in einen Heilungsprozess gibt oder in einen Genesungsprozess. Dafür ist es wichtig, dass man früh auch aufklärt, wenn jemand offen ist dafür. Du hast ja auch geschrieben, dass manchmal auch Tests oder die Diagnostik für Patienten so wirkt, und das kann ich nachvollziehen. Sie werden ernst genommen mit ihrem Leid und mit dem was ist. Oder auch mit dem, was sie getan haben. Dass sie nicht damit rummeiern. Das finde ich gut!

Ja, Dankeschön!

Bitte.

Interview 5

Fettdruck = Interviewer

Normaldruck = Interviewte

Ja D., vielen Dank nochmal, dass Du Dich für das Interview zur Verfügung stellst. Vielleicht stellst Du Dich kurz vor, Deine Berufsausbildung, Deine Arbeit hier, wo Du hier arbeitest, was Deine berufliche Position ist.

Mein Name ist D. M.-E.. Ich arbeite seit 2004 im Asklepios Fachklinikum Göttingen, das war früher noch Landeskrankenhaus und jetzt eben Asklepios Fachklinikum. Ich bin Diplom-Psychologin und bin mittlerweile approbierte psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und habe 2004 angefangen auf der Akutstation zu arbeiten, wo ich dann bis 2005 war. Und ab 2005 bin ich im Suchtbereich. Im Suchtbereich habe ich alle Stationen durchlaufen, bis auf die Station für jugendliche Süchtige. Also habe die Drogenentgiftung, Alkoholentgiftung, Suchttagesklinik, Suchtambulanz gemacht und bin dann seit 2006 fest auf der Station mit Behandlungsschwerpunkt Sucht und Traumafolgestörungen.

Danke. Die gibt es, glaube ich, ungefähr seit 10 Jahren?

2003 haben wir die gegründet, diese Station und die war am Anfang unspezifisch. Das war auch eine psychotherapeutische Station für Süchtige. Und wir haben Menschen, also Patienten, auf die Station 'rübergenommen, die auf unserer Entgiftungsstation waren, also entweder auf der Drogenentgiftungsstation oder auf den Akutstationen entgiftet haben, zu einer Weiterbehandlung, vertieften psychotherapeutischen Weiterbehandlung. Und im Verlauf der Zeit hat sich der Fokus immer mehr verstärkt auf Richtung Behandlung von Traumafolgestörungen. Am Anfang haben wir Depressionen behandelt, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, aber eher so passend zu diesen Störungen jeweils. Und dann wurde es auch uns immer mehr klar, dass diese Achselstörungen häufig Nachfolgestörungen von traumatischen Erfahrungen sind. Und so haben wir immer mehr diesen Fokus auf Traumatherapie gelegt.

Und damit hast Du jetzt schon meine zweite Frage beantwortet, wie der Findungsweg war, die Verbindung zwischen Trauma und Sucht herzustellen. Aber das habe ich mir schon fast gedacht, dass es Erfahrungswerte einfach waren. Sehr früh schon habt Ihr diese Station installiert als Trauma-Sucht-Station.

Richtig, richtig.

Also in Deutschland, denke ich mal, sehr früh.

Das war tatsächlich sehr früh, also wir bezogen uns damals fast ausschließlich auf amerikanische Arbeiten bzw. kanadische, von Quimette und auch Lisa Najavits, die schon mit Quimette dann auch publiziert hat. Das waren Arbeiten von 2000/2002. Und 2003 haben wir schon in die Richtung hier in Deutschland geschaut. Wie gesagt, am Anfang relativ unspezifisch, also wir hatten traumatisierte Patienten auch mit dabei und haben aber damals nur Traumabehandlung gemacht bei den Leuten, wo das Trauma tatsächlich so „ins Auge gesprungen“ ist, dass man das gar nicht so übersehen konnte. Und wir haben erst dann wirklich im Verlauf der Zeit entdeckt, dass viele, die z.B. eine Depression hatten, die im Vordergrund stand, eigentlich ja auch traumatisiert sind und auch eine PTBS haben, wenn man die zu einem anderen Zeitpunkt diagnostiziert. ... Also, so haben wir dann auch praktisch auch durch Erfahrung gelernt.

Ich habe ja bei uns, steht glaube ich auch in der Arbeit, mit dem Essener-Trauma-Inventar alle Patienten getestet oder 72 Patienten getestet und 40 % weisen eine PTBS oder partielle PTBS auf. Es ist ja vermutlich wirklich nur die Spitze des Eisbergs.

Auf jeden Fall. Wir haben, also das war auch nochmal ein sehr wichtiger Punkt für unsere Station oder für die Rekrutierung der Patienten, an der Traumab-Studie teilgenommen. Ich weiß nicht, ob Dir das was sagt? Von Driessen und anderen. Da war Frau Lüdecke auch eine der federführenden Autoren und wir haben hier bei uns im Bereich fast 180 Leute durchgetestet mit einer ziemlich aufwendigen Testung mit mehreren Interviews, die 1 ½ Stunden pro Patient immer gedauert hat. Also, die wurden wirklich auf Mark und Nieren getestet und dabei ist es auch ganz augenscheinlich geworden, wie viele Patienten eine Folge der PTBS haben und wie viele eine Traumafolgestörung im Sinne des DESNOS, also, wenn z.B. dann ein Kriterium fehlt oder so. Und diese Ergebnisse, die flossen auch in die Traumab Studie mit ein und anhand dieser Ergebnisse kann man ja sagen, dass jeder fünfte Alkoholkranke das Vollbild einer PTBS hat und jeder dritte Süchtige. Und wenn man nur eine Traumafolgestörung im Sinne von DESNOS zugrunde legt, ist es ungefähr jeder dritte Alkoholiker und jeder Eineinhalbte Drogensüchtige. Also da muss man mittlerweile, das wurde uns dann klar, dass man auch gucken muss, wer hat eigentlich nicht.

Das stimmt, das ist wahrscheinlich eher die Frage.

Hältst Du ein Konzept für eine Trauma-Sucht-Behandlung, speziell für den Maßregelvollzug, für erforderlich?

Ich finde es zumindest hoch sinnvoll. Ich habe mir schon immer gedacht, also, wenn ich mal selber Gutachten zum Beispiel gemacht habe in der Forensik, wird ja deutlich, wie traumatisiert die Patienten da oftmals sind. Und die erfahren ja keine Traumabehandlung in der Forensik.

Kaum. Oder wenig.

Kaum. Also das halte ich für falsch. Weil ich auch denke, dass ein großer Anteil der Präventionsarbeit für Forensiker in der Erarbeitung der eigenen Traumatisierung liegt. In dem Verstehen der eigenen Lebensgeschichte. Klar. Und ich denke, es geht nicht da drum ... Darf ich noch so ein bisschen noch was erzählen?

Ja klar.

Als ich meine Traumausbildung gemacht habe, habe ich auch erzählt, mit welchen Patienten wir hier arbeiten und häufig haben wir Leute, die selber auch straffällig geworden sind oder die auch selber sexuellen Missbrauch begangen haben, was dann im Verlauf der Therapie erst, vielleicht manchmal nach Jahren, deutlich wird, wenn die Leute genug Vertrauen haben, das mitzuteilen. Und ich weiß, als ich das damals in der Ausbildung mitgeteilt habe, da gab es eine ziemliche Kritikwelle mir gegenüber. Also so nach dem Motto: Du wirst doch nicht den Straftätern ihre Straftat wegmachen oder so oder eben Gewissensbisse wegmachen und so, ja? Und das fand ich ganz schön wertend und ein ganz schön ziemlich negatives Menschenbild, was da für mich durchgeschienen ist, weil ich finde, egal, was man selber begangen hat, man hat ja auch das Recht - meiner Ansicht nach - behandelt zu werden an dem, woran man ansonsten noch erkrankt ist. Und ich denke, dass viele Forensikinsassen eine Traumafolgestörung haben, ich glaube, die neuesten Entwicklungen, sie zeigen ja auch in die Richtung, ja?

Klar, auf jeden Fall, also ich hab bisher nur im Suchtbereich getestet. Das ist ja schon recht viel finde ich.

Ich finde auch, also zumindest bei den Patienten, wo ich dann mal die Möglichkeit hatte, Gutachten zu schreiben, war das total deutlich. Die Leute wurden nie behandelt und wussten auch überhaupt nicht, was die haben. Und häufig sind Straftaten auf diesem

Boden entstanden, ohne dass den Leuten der Zusammenhang klar wurde.

Ja, das bringt es nochmal gut auf den Punkt, denke ich. Ich hatte irgendwas von, ich glaube, Manuela Dudek gelesen, die sagt, wenn es um Maßregelvollzug geht, schlagen gleich die Wellen sehr emotional hoch und es geht immer nur um Schuld und nicht um Behandlung.

Ja, man denkt ja, dass Psychotherapie eine Wellnessbehandlung ist. Ich glaube, dass das auch häufig der Grund ist, warum Leute sagen, der sitzt im Maßregelvollzug, warum soll er denn noch eine Therapie kriegen zum Puscheln. Aber darum geht es ja gar nicht. Eine Traumatherapie ist 1. total hart für alle, die sie durchlaufen und 2. kann man aufgrund dessen, was man da erarbeitet, die Straftatbearbeitung und –verarbeitung auch gut führen, finde ich. Das ist ja alles andere als spaßig.

Das stimmt.

Und ich finde, für die Verhinderung weiterer Straftaten, wenn die Leute dann auch mal wieder rausgelassen werden sollten, es ist doch hoch sinnvoll.

Es ist die beste Präventionsarbeit, die man machen kann.

Na klar, wie soll ich denn von meinen Taten fernbleiben, wenn ich nicht mal verstehe, warum ich sie mache.

Ja.

Inwiefern beschreibt das Konzept eine erfolgversprechende Behandlung im Maßregelvollzug?

Also, ich fand das Konzept wirklich sehr positiv. Ich kann mir vorstellen, so, wie Du das beschrieben hast, auf wie vielen Säulen das auch fußen würde und könnte, schon als erfolgversprechend. Also ich kann mir schon vorstellen, dass man da gute Erfolge mit erzielen kann. Auf jeden Fall. Ich denke auch, alleine der Traumafokus kann es schon bringen. Also das Traumasensible Arbeiten. Da fühlen sich Leute sehr gesehen und sehr wohlwollend wahrgenommen, das ist wirklich meine durchgehende Erfahrung in den jetzt – wie lange bin ich ja jetzt hier? - 13 Jahren Arbeit hier in der Psychiatrie, dass sich eine Diagnostik eigentlich immerzu lohnt. Alleine schon das. Und wenn das dann noch weitergeht nach der Diagnostik, kann es doch erfolgversprechend sein.

Ich habe ja die Diagnoseinstrumente, glaube ich, auch aus Euerm Buch über-

nommen „Sucht-Bindung-Trauma“. Das ist auch eine wesentliche Grundlage meiner Arbeit, das Buch. Was sind für Dich in dem Konzept so die wesentlichen Bestandteile?

Das habe mir dann gar nicht mehr im Detail angeschaut.

Du kannst ja vielleicht einfach ins Inhaltsverzeichnis schauen.

Ja genau. Doch, da hast Du uns ja sogar zitiert hier.

Jaja.

Richtig ... Ja. ... Wir machen außerdem, was Du hier erwähnt hast, also ich denke: Mini Dips ist ein Muss, das ist schon ein sehr gutes Instrument. Einerseits kommt man da sehr in Kontakt mit dem Patienten, der fühlt sich dann sofort wohlwollend aufgenommen durch dieses Interview, das ist nochmal so nebenbei noch ein ganz guter Effekt. Es gibt zwei für die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, sehr gut. Was wir hier noch benutzen, das hast Du glaube ich nicht aufgeführt, ist noch der IES, als Traumafragebogen, Impact-of-Event-Scale, Selbsteinschätzungsfragebogen. Dann die Beschwerdenliste zur Erfassung psychosomatischer Beschwerden bei traumatisierten Menschen, die auch hoch ausgeprägt sind. Und z.B. an diesem Fragebogen kann man sehr gut die Prä-Post-Diagnostik auch sehen, wie das z.B. dann abnimmt, nach der Trauma-Konfrontation. Dann machen wir noch SCL-K-9 als kurzen Selbstberichtsfragebogen und den BDI (Beck-Depressions-Inventar), auch, was Patienten selber ankreuzen, um die Depressivität zu wissen. Was dann noch dazu kommt ist der DES-II bei der Aufnahmediagnostik, um das dissoziative Erleben zu erfassen. Und der CTQ (Childhood Trauma-Questionnaire). Den würde ich für Euch auch sehr empfehlen.

Gibt es den in Deutsch?

Ja, den habe auch auf Deutsch, kann ich Dir geben. Da werden nämlich die frühkindlichen Traumatisierungen auch im Bindungsbereich erfasst, das ist schon mal sehr aufschlussreich.

Stimmt, ja. Das ist ja ein Wahnsinnsprogramm, was ihr da habt.

Ja, zwei Wochen ungefähr dauert bei uns die diagnostische Phase.

Stimmt, ich erinnere mich.

Erstmal kreuzen die Patienten das an, was ich Dir gerade gesagt habe. Dann, im zwei-

ten Schritt, machen wir die Interviews mit den Patienten. Dann werten wir das aus und teilen den Patienten die Ergebnisse mit; einmal die Ergebnisse der Testungen und dann die Diagnosen, die sich daraus ergeben. Und dann wird das Störungsmodell erstellt, damit die Patienten verstehen, dass Traumastörung, egal ob Bindungstraumatisierung und/oder klassische traumatische Erfahrung, meistens der Ursprung aller anderen Stimmungen sind. Das ist das sog. Zwiebelschalenmodell. Das ist, glaube ich, auch im Buch beschrieben.

Ja.

Das ist immer, ich finde das ganz empfehlenswert für die Leute, weil die das sehr eindrücklich finden, wie so die Pathogenese ihrer Störungen ist und welche Funktion die Sucht da erfüllt.

Es ist eigentlich eine logische Konsequenz, ne?

Ja, jaja, genau.

Was fehlt Dir im Konzept oder wurde nicht hinreichend berücksichtigt?

Also was findest Du wichtig und was fehlt Dir?

Also ich fand es, so, wie Du es beschrieben hast, zumindest als Konzept, gut vollständig, da war alles mit berücksichtigt, von der Diagnostik bis zur Traumasyntese. Die Ergebnisse der Traumasyntese, das würde sich dann in euren Einzelgesprächen anschließen, also wo Du die Ergebnisse der Trauma-EMDRs mit dem Patienten zusammen bearbeitest und was ich Dir erzählt habe, mit der Verarbeitung oder Erarbeitung der eigenen Straftat. Dass ich vorschlagen würde, auch dies mit EMDR zu machen. Nicht ausschließlich, aber da kann man nochmal implizit einen sehr guten Zugang dazu schaffen.

Ja, das fand ich ja sehr spannend, was Du mir eben vorher erzählt hast. Machst Du das bei jedem, wo klar ist, der hat eine Straftat begangen oder was ist für Dich die Voraussetzung, dass Du mit der Straftat mit EMDR arbeitest?

Bei meinen Patienten, bei denen ich das angewendet habe, war der Weg so ein bisschen holperig; also die mussten mir das ja erstmal mitteilen, dass sie mal eine Straftat gemacht haben. Also das war ja auch nicht einfach für die, bei manchen habe ich das erst nach mehreren Jahren Traumatherapie erfahren, dass sie auch mal Täter gewesen sind. Und als sie es mitgeteilt haben, habe ich es offen mit denen besprochen, wie

sie denn dazu stehen und die Leute, die es mitgeteilt haben, die haben auch darunter gelitten, dass sie sowas gemacht haben und dann habe ich einfach mit ihnen besprochen, dass es die Möglichkeit gebe, dass auch in einer EMDR-Sitzung oder mehreren EMDR-Sitzungen zu erarbeiten und praktisch als ein sog. Tätertrauma zu bezeichnen oder das Konzept zugrunde zu legen. Und die Erfahrungen, die ich hier klinisch gemacht habe mit den Leuten, waren durchweg positiv. Also der Zugang eben zu der Straftat mit impliziten Methoden, wo man auch an Emotionen herankommt, wo man kognitiv nicht vermeiden kann oder nicht direkt abwehren kann, man nochmal eine ganz andere Welt gezeigt bekommt in der EMDR-Sitzung, das war total fruchtbar.

Du sagtest ja vorhin, dass die während der Tat oder kurz vor der Tat, wahrscheinlich eher kurz vor der Tat, in einem anderen Ego-State sind.

Ja. Also, das habe ich bei zwei Patienten, die hatte ich gerade im Kopf, da war das total eindrücklich. Und das war in der EMDR zugänglich und kognitiv verbal eben nicht. Was sie dann in der EMDR mitgeteilt haben, dass sie einen regressiven Zustand bei sich verspüren, dass sie sich deutlich jünger gefühlt haben, dass manche auch Flashbacks an eigene Traumatisierungen hatten in dem Moment und dann auch praktisch so die Möglichkeit gefühlt haben, gespürt haben, nicht selber die Kontrolle in die Hand zu nehmen und dann zum Täter zu werden. Waren aber damit überhaupt nicht oder dadurch überhaupt nicht entlastet. Also das war alles in einem veränderten Ich-Zustand und trotzdem belastend. Und auch dazu gab es dann Flashbacks, die in der Sitzung dann richtig deutlich geworden sind.

Da kriege ich gleich wieder Patienten in den Kopf, also wo ich denke, das würde genau passen.

Arbeitest Du auch sonst mit Ego-States?

Ja. Also, in der EMDR ist es manchmal nicht zu übersehen, wenn die Patienten dann richtig in jüngere Ego-States geraten oder die traumatischen Ego-States sich ganz anders darstellen als die normalen Ego-States der Patienten. Und das wird dann aufgegriffen in der Nachbearbeitung. Und ich arbeite dann auch Vieles mit dem oder bearbeite Vieles mit dem sog. inneren Kind; vor allem auf der Basis des Buchs von Erika J. Chopich „Die Aussöhnung mit dem inneren Kind“. Da gibt es ganz tolle Sachen in dem Arbeitsbuch, also was die Charakterisierung des inneren Kindes angeht oder Fürsorge für das innere Kind, Erarbeitung von Skills für das innere Kind. Das mache ich sehr häufig dann eben im Rahmen der Nachbearbeitung. Und in der EMDR kommt ja auch

die Arbeit mit den Ego-States, kommt dann zum Tragen. Also zum Abschluss der EMDR bringt man den traumatisierten Ich-Anteil in Sicherheit oder setzt sich mit den traumatisierten Ich-Anteilen nochmal auseinander. Das mache ich mit wenigen Ausnahmen regelhaft zum Abschluss der EMDR. Und so ist das dann eben die Verknüpfung zur Nachbearbeitung.

Hört sich spannend an.

Ist es auch wirklich. Und das man kann man auch im Tätertrauma genauso machen.

Ja, das ist nochmal ein wirklich guter Hinweis, weil Täter sind bei uns alle und es wäre dann nochmal eine andere Herangehensweise.

Richtig. Ja. Und die ist sehr belastend. Also ich habe gerade, wenn ich das so erzähle, habe ich eine EMDR mit einem Patienten im Kopf, der mir nach zwei Jahren, glaube ich, gestanden hat, dass auch er ein Mädchen missbraucht hat. Er selber war missbraucht worden von mehreren Männern als Kind und Jugendlicher und hatte dann ein Mädchen, ein 12-jähriges Mädchen, missbraucht. Das war eine Tochter von Bekannten der Eltern, die im Haus mit übernachtet hat. Er fühlte sich tatsächlich wie ferngesteuert. Also im Rahmen dieses eigenen traumatisierten Ego-States hat er sozusagen die Gelegenheit ergriffen, Kontrolle auszuüben und hat das Mädchen missbraucht. Hatte immer wieder ein Flashback, dass das Mädchen geweint hat und dass eine einzige Träne sozusagen auf ihren Wimpern stehengeblieben ist, und diesen Flashback konnte er kaum wegstreifen, weil das so mit seiner eigenen Schuld verknüpft war. Und auch da haben wir die Beendigung mit der Ego-State-Technik gemacht, also dass dieser Patient als jetzige Person hingekommen ist zu seinem Ego-State von damals und sich damit kognitiv im Rahmen der EMDR auseinandergesetzt hat. Das war sehr faszinierend.

Ja, das glaube ich.

Bildet die praktische Umsetzung den aktuellen Forschungsstand ab von Trauma und Sucht?

Ich hatte schon den Eindruck, ja. Ich denke schon. Das fand ich alles wirklich sehr gut und sehr up to date.

Schön. Kommen wir zu der letzten Frage. Ob Du noch Vorschläge für eine Weiterentwicklung hast von dem Konzept?

Hm. ... Ich denke, nicht direkt, nicht konkret. Was ich aber gedacht habe, als ich es mir

angeschaut habe, ist, dass ich das nicht unbedingt auf Trauma und Sucht beschränken würde, die Behandlungsoptionen. Es gibt doch sicherlich Patienten bei Euch, die nicht süchtig und trotzdem traumatisiert sind.

Jaja, natürlich, klar. Also das ergibt sich einfach daraus, dass ich im Suchtbereich arbeite.

Ich weiß.

Und, nein, natürlich darf man das darauf nicht beschränken. Also wir haben ja auch zwei Traumatherapeutinnen, die Einzeltherapie machen, also Traumatherapie machen. Reicht natürlich eigentlich nicht aus, weil ich denke, ein Großteil der 63er-Patienten ist schwer traumatisiert.

Klar.

Aber...

So ist es eben, ne.

Jaja. Gut, aber das ist nicht meine Baustelle.

Aber ansonsten so an Weiterentwicklung, das war mir jetzt, hatte ich jetzt nicht spontan die Gedanken dazu, weil ich finde das jetzt schon eine richtige Pionierarbeit. Also ich denke nicht, dass es viele Forensiken gibt überhaupt auf der Welt, die diesen Ansatz fahren wollen bei ihren Patienten.

Danke.

Und ich denke, wenn das etabliert ist, das ist schon mal ein Riesen Ding.

Das wäre ein großer Schritt. Okay, Dankeschön.

Gerne.

Anhang III

Sehr geehrter Herr Dr. Schäfer,

als Experte für Trauma-Sucht-Behandlung habe ich Sie in den beiden letzten Jahren auf den Hamburger Suchttherapietagen kennengelernt.

Sehr gern würde ich Ihre Kompetenz für die Begutachtung eines von mir entwickelten Konzeptes für eine Trauma-Sucht-Behandlung im Maßregelvollzug gewinnen.

Ich arbeite im Maßregelvollzugszentrum Moringen seit fünf Jahren als Stationsleiterin und Suchttherapeutin, berufsbegleitend studiere ich an der Katholischen Hochschule in Köln Suchttherapie. Das Studium werde ich mit der Masterthesis zum o. g. Thema abschließen.

Mir sind verschiedene Konzepte für Trauma-Sucht-Stationen bekannt, keines jedoch für den Maßregelvollzug. Aufgrund meiner Erfahrung ist es mir ein Anliegen, ein Behandlungskonzept zu entwickeln, welches zum einen den aktuellen Forschungsstand berücksichtigt, zum anderen im Maßregelvollzug umsetzbar ist.

Der Forschungsteil der Arbeit besteht aus Experteninterviews und der Auswertung der Rückmeldungen.

Ich bitte Sie, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen und, unabhängig von Ihrer Entscheidung, mir eine kurze Antwort zuzusenden.

Mein Konzept finden Sie im Anhang.

Bei meiner Planung der Interviews gehe ich von einem Zeitumfang von maximal 1,5 Stunden aus und ein Treffen ist von meiner Seite ab sofort nach Absprache möglich.

Ich freue mich über einen positiven Bescheid.

Mit freundlichen Grüßen

Antje Morjan

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich schreibe zur Zeit im Rahmen eines Studiums eine Masterarbeit mit dem Thema „Konzeptentwicklung einer Trauma-Sucht-Station im Maßregelvollzug für Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind“.

Es gibt zwar einige Untersuchungen, die den Zusammenhang zwischen Traumaerfahrungen und Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung belegen, viele jedoch aus dem amerikanischen Raum. Nur eine großangelegte Untersuchung wurde 2007 in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland durchgeführt. Es existieren jedoch überhaupt keine Zahlen zu PatientInnen von Maßregelvollzugseinrichtungen.

Um die therapeutische Behandlung hier in Moringen besser an die Probleme der PatientInnen anzupassen, ist es notwendig zu erfahren, wie viele PatientInnen im Laufe ihres Lebens von Traumatisierungen betroffen waren. Aus diesem Grund werden alle PatientInnen getestet.

Um die Notwendigkeit einer veränderten Behandlung belegen zu können, möchte ich die Ergebnisse dieser Testung in meiner Masterarbeit veröffentlichen. Es werden keinerlei Angaben von Ihnen veröffentlicht zu Geschlecht, Alter, Straftat, Parallelstrafe, bisheriger Unterbringungsdauer, Nationalität, weiteren Diagnosen oder der Art der erlebten Traumatisierungen. Die einzige Angabe, die ich in der Arbeit veröffentlichen werde, ist, wie viele PatientInnen Traumatisierungen erlebt haben und bei wie vielen eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegt.

Ich würde mich freuen, wenn Sie einer Veröffentlichung dieser Daten zustimmen würden.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, bin ich gern zu einem Gespräch bereit.

Vielen Dank

Moringen,

Vereinbarung zum Datenschutz

über die Auswertung von Testergebnissen in der Masterarbeit mit dem Thema „Konzeptentwicklung einer Trauma-Sucht-Station im Maßregelvollzug für Patienten, die gemäß § 64 StGB untergebracht sind“

- Die Einwilligung zum Veröffentlichen der Testergebnisse zu Traumatisierung und Posttraumatischer Belastungsstörung ist **freiwillig**.
- Der/die Patient/in erklärt sein **Einverständnis** mit der Veröffentlichung seiner/ihrer Testergebnisse in der oben genannten Masterarbeit.
- Für die wissenschaftliche Auswertung der Testergebnisse ist verantwortlich: Antje Morjan, Mannenstr. 29, 37186 Moringen, 05554-9791501
- Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, dass keine persönlichen Daten in die Masterarbeit einfließen, lediglich die Angaben darüber, bei wie vielen PatientInnen eine Traumatisierung und / oder eine Posttraumatische Belastungsstörung vorliegen.
- Die Unterlagen der Testungen verbleiben bei der/den Einzeltherapeutin/en.
- In der Masterarbeit muss sichergestellt werden, dass eine Identifikation einzelner PatientInnen nicht möglich ist.
- Der/die Patient/in kann seine Einverständniserklärung innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Moringen,.....2016

Name Patient/in

Antje Morjan

Patientenunterschrift

Ich bestätige hiermit, dass ich den /die Patienten/in über den Zweck der Erhebung aufgeklärt, die Einzelheiten der obigen Datenschutzvereinbarung sinngemäß erläutert und das Einverständnis des/der Patienten/in erhalten habe.

Moringen,

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken wurden als solche kenntlich gemacht.

Einbeck, 07.04.2017

(Antje Morjan)