

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. med. D. Naber

**Traumatisierungen bei Suchtpatienten –
Relevanz und spezifische Behandlungen in der stationären
Suchttherapie**

D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Tatjana-Samira Thiessen

Hamburg, 2009

Meinen lieben Eltern

I Inhaltsverzeichnis

Abstract	7
1. Einleitung	8
1.1 Problemstellung	8
1.2 Theoretischer Teil	9
1.2.1 Traumatisierungen und ihre Folgen	9
1.2.1.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung	11
1.2.2 Traumatisierungen bei Suchtpatienten	13
1.2.2.1 Epidemiologie	13
1.2.2.2 Psychische Komorbidität	14
1.2.2.3 Auswirkung auf Therapie und Verlauf	15
1.2.3 Versorgung suchtkranker Patienten	16
1.2.3.1 Anforderungen an Therapiekonzepte und Behandlungsmodelle	16
1.2.3.1.1 Die Interventionsebene	17
1.2.3.1.2 Die Systemebene	22
1.3 Fragestellung und Hypothesen	23
1.3.1 Fragestellung	23
1.3.2 Hypothesen	24
2. Methoden	25
2.1 Stichprobenansatz	25
2.2 Vorgehen bei der Datenerhebung	26
2.3 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche und Operationalisierung	27
2.3.1 Allgemeiner Abschnitt des Fragebogens	27
2.3.2 Bedarf an traumaspezifischen Angeboten	28
2.3.3 Vorhandene Angebote	28
2.3.4. Übersicht über die Merkmalsbereiche und zugehörigen Variablen	29
2.4 Auswertung	30
3. Ergebnisse	31
3.1 Art der Ergebnisdarstellung	31
3.2 Darstellung der Stichprobe und Teilnehmerquote	31
3.2.1 Stichprobengröße und Teilnehmerquote	31
3.2.2 Soziodemographische Daten	32
3.2.2.1 Rücklauf und geographische Verteilung nach PLZ-Bereichen	32
3.2.2.2 Charakteristika der ausfüllenden Personen	34
3.3 Charakteristika der Einrichtungen	34
3.3.1 Anzahl der behandelten Patienten	34
3.3.2 Hauptindikation der Einrichtung	35

Traumatisierung bei Suchtpatienten –
Relevanz und spezifische Behandlung in der stationären Suchttherapie

3.3.3 Durchschnittliche Behandlungsdauer	37
3.4 Relevanz und Bedarf an traumaspezifischen Angeboten	38
3.4.1 Einschätzung der Bedeutungen von Traumatisierungen	38
3.4.2 Einschätzung der Relevanz traumaspezifischer Angebote	40
3.4.3 Besonderheiten im Therapieverlauf traumatisierter Suchtpatienten	40
3.5 Aktueller Umgang mit Traumatisierungen	41
3.5.1 Traumaspezifische Angebote	41
3.5.2 Ideale Versorgung traumatisierter Suchtpatienten aus Sicht der Teilnehmer	44
3.5.2.1 Vernetzung und Fortbildung	44
3.5.2.2 Verbesserte Rahmenbedingungen	45
3.5.2.3 Weitere perspektivische Angebote und Aspekte in der Behandlung	46
3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der postalischen Umfrage	47
4. Diskussion	48
4.1 Diskussion der gewählten Methodik	48
4.2 Diskussion der Ergebnisse	49
4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick	52
5. Literaturverzeichnis	53
6. Anhang	60
6.1 Anschreiben	61
6.2 Postalischer Fragebogen	62
IV. Danksagung	67
V. Erklärung	68

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht über die Anforderungen an das Hilfesystem
Tabelle 2	Überblick über die verschiedenen Behandlungsmodelle
Tabelle 3	Übersicht über Merkmalsbereiche und Variablen
Tabelle 4	Stichprobengröße und Teilnehmerquote
Tabelle 5	Geschlecht und Berufsgruppen der ausfüllenden Personen.
Tabelle 6	Anzahl der monatlich behandelten Patienten
Tabelle 7	Hauptindikationen nach Gruppen
Tabelle 8	Durchschnittliche Behandlungsdauer
Tabelle 9	Subjektive Einschätzung der Bedeutung und Teilnahme an spezifischen Angeboten nach Einrichtungstypen

III Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1** Verteilung der teilnehmenden stationären Einrichtungen
in den PLZ-Bereichen
- Abbildung 2** Hauptindikationen der Einrichtungen
- Abbildung 3** Einschätzung der Therapeuten zur Anzahl der Patientinnen und
Patienten, bei denen Traumatisierungen eine wesentliche Rolle in
der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik
spielen
- Abbildung 4** Einschätzungen zur Relevanz traumaspezifischer Angebote
- Abbildung 5** Angaben zu traumaspezifischen Angeboten

Abstract

Einleitung: Die Frage nach Zusammenhängen von psychischer Traumatisierung und Abhängigkeitserkrankungen ist in den letzten Jahren wiederholt diskutiert worden. Bislang bleibt jedoch unklar, welcher Stellenwert Traumatisierungen in der stationären Versorgung Suchtkrankter Patienten zukommt.

Methoden: Alle 340 stationären Einrichtungen, deren Angebot im Jahr 2004 von mindestens einem Kostenträger als stationäre Suchttherapie-, bzw. Rehabilitationseinrichtung anerkannt war, wurden in eine postalische Untersuchung einbezogen (Rücklauf 52%). Dabei wurde der geschätzte Anteil an Patienten erfragte, bei denen Traumatisierungen aus Sicht der ausfüllenden Personen eine wesentliche Rolle in Bezug auf die Suchtproblematik spielen. Weiter wurde auf Besonderheiten im Umgang mit traumatisierten Patienten, vorhandene Angebote und hilfreiche Rahmenbedingungen eingegangen.

Ergebnisse: Über zwei Drittel der Befragten schätzten den Anteil der Patienten, bei denen Traumatisierungen eine wesentliche Rolle spielen auf mindestens 30%. Über 90% der Befragten gaben an, dass sie traumaspezifische Angebote eher befürworteten. Allerdings betrug nach konservativer Schätzung der Anteil der Einrichtungen, die bereits solche Angebote vorhalten, lediglich 17%. In Bezug auf die Therapie traumatisierter Patienten wurden besondere Probleme deutlich, die eine Anpassung auch in Bezug auf die von den Kostenträgern vorgegebenen Rahmenbedingungen erfordern würden.

Diskussion: Die Versorgung traumatisierter Patienten muss in der stationären Suchttherapie in Deutschland nach wie vor als unbefriedigend angesehen werden. Sinnvoll erscheint, von Seiten der Einrichtungen weiter zu überprüfen, inwieweit Behandlungsmethoden und Konzepte besser an die Versorgung traumatisierter Suchtkrankter angepasst werden können. Zum anderen sollte von Seiten der Kostenträger der für die Behandlung benötigte finanzielle Rahmen für eine adäquate, langfristig erfolgreiche Therapie Betroffener geschaffen werden.

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Die Frage nach Zusammenhängen von psychischer Traumatisierung und Abhängigkeitserkrankungen ist in den letzten Jahren wiederholt diskutiert worden. Ein Diskussionschwerpunkt liegt dabei auf der Relevanz für die Praxis. Bislang blieb jedoch unklar, welche Dimensionen dieses Problem in der konkreten Versorgung suchtkranker Patienten in Deutschland hat.

Mit wachsenden Erfahrungen sowohl im Bereich der Sucht- als auch in der Traumatherapie, liegen inzwischen Erkenntnisse vor, aus denen deutlich hervorgeht, dass Traumatisierungen in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Da bisher erst wenige Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt wurden, liegen allerdings kaum Ergebnisse hinsichtlich der Relevanz von traumaspezifischen Angeboten in der Behandlung traumatisierter Suchtpatienten vor. Dies betrifft insbesondere stationäre Einrichtungen. Des Weiteren besteht ein Mangel an Austausch über wichtige Erfahrungen, die zu einer effektiveren Behandlung traumatisierter Suchtpatienten führen könnten. Erkenntnisse in diesem Bereich könnten Einfluss auf ein besseres bundesweites Versorgungsnetzwerk stationärer Einrichtungen nehmen, was von großer Bedeutung für eine erfolgreichere und effizientere Behandlung von traumatisierten Suchtpatienten wäre.

1.2 Theoretischer Teil

1.2.1 Traumatisierungen und ihre Folgen

Wird ein Mensch mit Ereignissen oder Situationen konfrontiert, die sein Verarbeitungsvermögen übersteigen, kann dies mit dem Begriff der „Traumatisierung“ beschrieben werden. Dabei wurde häufig versucht, entsprechende Erlebnisse anhand objektiver Kriterien zu definieren:

"Als Trauma wird ein Ereignis definiert, das für eine Person entweder in direkter persönlicher Betroffenheit oder indirekter Beobachtung eine intensive Bedrohung des eigenen Lebens, der Gesundheit und körperlichen Integrität darstellt und Gefühle von Horror, Schrecken und Hilflosigkeit auslöst." [1].

Ob ein Ereignis tatsächlich traumatisierend wirkt, hängt jedoch nicht nur von der Art und Stärke des Ereignisses ab, sondern auch von der psychischen Belastbarkeit der betroffenen Person zu diesem Zeitpunkt und der Fähigkeit oder aber Unfähigkeit, das Erlebte über die Zeit hinweg integrieren zu können [2].

Traumatisierungen in frühen Lebensabschnitten, wie sexueller Missbrauch oder physische Misshandlung in Kindheit und Jugend, stellen einen wichtigen Risikofaktor für das spätere Auftreten einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen und problematischen Verhaltensweisen dar [3,4]. Dabei zeigte sich, dass Suchterkrankungen zu den Störungen gehören, bei denen diese Zusammenhänge am stärksten ausgeprägt und am besten belegt sind. So ließ sich in Untersuchungen an großen Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung regelmäßig nachweisen, dass Personen, die über sexuellen Missbrauch oder körperliche Misshandlung berichteten, deutlich häufiger auch Suchtprobleme aufweisen. So konnten Duncan [5] in einer epidemiologischen Studie an über 4000 Personen nachweisen, dass körperliche Misshandlung im Kindesalter mit erhöhten Raten von späterem Substanzmissbrauch einhergeht. Aber auch multiple weitere Folgestörungen, die teilweise mit Substanzgebrauch interagieren, können bei den Betroffenen in Erscheinung treten. Dies betrifft etwa Störungen in der

Affektregulation, eine typische Folge von lang anhaltenden interpersonalen Traumatisierungen. Affektregulations- und Impulskontrollstörungen können bei den Betroffenen wiederum zu einem negativen Selbstbild und einem geringen Selbstwertgefühl beitragen, was ebenfalls wieder Substanzmissbrauch wahrscheinlicher machen kann. Häufig erweist sich die interpersonelle Beziehungsgestaltung der Betroffenen als problematisch [6]. Weiter können dissoziative Symptome, selbstverletzendes Verhalten, Depressivität, Angsterkrankungen, Essstörungen und Somatisierungsstörungen auftreten [7].

Gravierende Persönlichkeitsveränderungen sind weitere typische Langzeitfolgen früher chronischer Traumatisierungen, die einhergehen mit Störungen in der Bindungsfähigkeit, Schwierigkeiten im Vertrauensaufbau und emotionalem sowie sozialem Rückzugsverhalten. Oft kommt es zu Verhalten, das Reviktimisierung begünstigen kann, etwa wenn Betroffene Beziehungen eingehen, in denen sie erneut zum Opfer werden [8]. Zudem konnten einige Studien belegen, dass Personen mit Belastungsfaktoren im Kindes- oder Erwachsenenalter eine erhöhte Anzahl an körperlichen Erkrankungen aufweisen, wie zum Beispiel ischämische Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Knochenfrakturen und Lebererkrankungen [9,10]. In einer weiteren Studie von Romans et al. [11] wurde belegt, dass Krankheitsbilder, wie chronisches Erschöpfungssyndrom, Blasenstörungen, Kopfschmerzen (einschließlich Migräne), Asthma, Diabetes und Herzprobleme bei Frauen mit Traumatisierungen in der Vorgeschichte signifikant häufiger vorkamen. Eine besonders gut untersuchte Folge traumatischer Erfahrungen stellt zudem die Posttraumatische Belastungsstörung dar, auf die deshalb im folgenden Kapitel gesondert eingegangen wird.

1.2.1.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (engl. Posttraumatic Stress Disorder; PTSD) belegt innerhalb der psychischen Störungen in den beiden wichtigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV [12,13] eine Sonderstellung, da im Vergleich zu anderen psychischen Störungen eine spezifische Ursache Voraussetzung für die Erkrankung ist, nämlich ein vorangegangenes Trauma. Die beiden Klassifikationssysteme unterscheiden sich in ihren Forderungen (z.B. in Art und Anzahl der geforderten Symptome) an die Diagnostik der PTSD zum Teil sehr deutlich. Sowohl in ICD-10 als auch in DSM-IV müssen jedoch fünf analoge Hauptkriterien zur Diagnosestellung erfüllt sein:

- A Erlebnis eines Traumas**
- B Intrusionen (anhaltendes Wiedererleben des Traumas)**
- C Vermeidungsverhalten und emotionale Betäubung**
- D Anhaltende vegetative Übererregung**
- E Symptombdauer / Zeitpunkt des Auftretens**

Im DSM-IV muss darüber hinaus ein weiteres Kriterium **F** erfüllt sein, dass die Betroffenen durch die Störung in ihrer Lebensqualität in relevanter Form eingeschränkt sind.

Die Kriterien B, C und D umfassen im Einzelnen:

► **Intrusionen:**

- Alpträume
- Sich immer wieder aufdrängende, traumabezogene Vorstellungen
- Intensive, immer wiederkehrende traumabezogene Emotionen
- Physiologische Reagibilität bei Erinnerungen an das Trauma

► **Vermeidungsverhalten:**

- Vermeidung traumabezogener Gefühle
- Vermeidung bewusster Erinnerungen an das Trauma
- Fehlende Erinnerung an wichtige Aspekte des Traumas
- „Emotionale Betäubung“
- Entfremdungsgefühle, sozialer Rückzug

► **Hyperarousal:**

- Schlafstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Allgemeine Reizbarkeit, Wutausbrüche
- Vermehrte Wachsamkeit (Vigilanz)
- Starke Schreckreaktionen

Das DSM-IV legt insgesamt etwas strengere Maßstäbe für die Vergabe der Diagnose an als die ICD-10. Aus Kategorie B wird mindestens ein Symptom verlangt, aus Kategorie C drei und aus Kategorie D zwei. Die ICD-Diagnose erfordert lediglich, dass Symptome aus den einzelnen Kategorien vorliegen [12,13]. Verschiedentlich wurde versucht, Besonderheiten bestimmter spezifischer traumatischer Ereignisse (zum Beispiel chronischer Traumatisierungen in der Kindheit) in der Einteilung zu berücksichtigen. Hier hat insbesondere das von Herman [14] vorgeschlagene Konzept der „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ breitere Akzeptanz gefunden. Zusätzliche Symptome in diesem Zusammenhang sind vor allen Dingen Veränderungen in der Affekt- und Impulsregulation, ausgeprägte dissoziative Tendenzen, ein deutlich beeinträchtigtes Identitätsgefühl, auffallende interaktionelle Störungen, eine Reviktimisierungsneigung, sowie ein allgemein depressiv getönter Sinnverlust. Darüber hinaus neigen diese Patienten stark dazu, mit somatischen Symptomen zu reagieren. Terr [15] schlug vor, zwischen „Typ-I-Traumata“ und „Typ-II-Traumata“ zu unterscheiden. „Typ-I-Traumata“ sind nach ihrer Einteilung kurz dauernde, einmalige traumatische Ereignisse, für die z.B. Unfälle oder Naturkatastrophen ein typisches Beispiel sind. Unter Typ-II-Traumatisierung sind

chronische, wiederholte Traumata zu verstehen, bei Kindern z.B. chronische familiäre Gewalt oder sexueller Missbrauch.

1.2.2 Traumatisierungen bei Suchtpatienten

1.2.2.1 Epidemiologie

Bei Personen in Suchtbehandlung wurden regelmäßig hohe Prävalenzraten von sexuellem Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit gefunden [16,17].

Eine neuere Übersichtsarbeit befasste sich mit Untersuchungen aus dem anglo-amerikanischen Raum, die kindlichen sexuellen Missbrauch und Misshandlung bei Suchtpatienten in Behandlung erhoben [4]. In 47 Studien zu kindlichem sexuellem Missbrauch bei weiblichen Patientinnen fand sich dabei eine durchschnittliche Prävalenzrate von 45%. Bei männlichen Patienten fand sich in 20 Studien eine Rate kindlichen sexuellen Missbrauchs von 16%. Zu körperlicher Misshandlung im Kindesalter gingen in diese Übersicht 19 Studien an weiblichen und 12 Studien an männlichen Patienten ein. Durchschnittlich 39% der weiblichen und 31% der männlichen Patienten berichteten dabei von solchen Erfahrungen. Auch im deutschsprachigen Raum zeichnet sich immer deutlicher ab, dass es hohe Raten von Suchtpatienten gibt, welche vor allem in frühen Lebensabschnitten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. So zeigte eine Studie an 900 Patientinnen in stationärer Suchtbehandlung, dass von Ihnen mehr als die Hälfte körperliche Gewalt und 34% der Patientinnen sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit erlitten hatten [18]. Über zwei Drittel der Patientinnen berichteten von emotionaler Gewalt. Bei Personen, die sich aufgrund von Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit in Behandlung befanden wurden meist noch deutlich höhere Raten von kindlichen Traumatisierungen gefunden als bei Alkoholpatienten [19]. Studien die sich vor allem auf Patienten mit Opiatabhängigkeit oder Mehrfachabhängigkeit konzentrierten fanden, dass etwa 25-40% der männlichen und 50-60% der weiblichen Patientinnen sexuellen Missbrauch in Ihrer Kindheit erlitten hatten [20]. So gaben in einer Studie von 75 opiatabhängigen Frauen mit Kontakt zum Hilfesystem 41% an, in der Vergangenheit „sexuell missbraucht“

worden zu sein, 72% berichteten von „physischen Misshandlungen“ und 80% von „emotionalen Misshandlungen“. Frauen mit sexueller Gewalterfahrung in der Vorgeschichte berichteten dabei auch signifikant häufiger von anderen Formen der Gewalt [21].

1.2.2.2 Psychische Komorbidität

Zwischen Abhängigkeitssyndromen und Traumatisierungen bestehen vielfältige Zusammenhänge. Unter diesem Gesichtspunkt ist es wichtig, auf psychische „Komorbidität“ einzugehen. Zudem ist deutlich geworden, dass Suchterkrankungen auch als eigenständige Traumafolge angesehen werden müssen [5,20,22,23,24]. So stellen frühe Traumatisierungen auch nach Kontrolle weiterer problematischer Entwicklungsbedingungen einen klaren Risikofaktor für die Entwicklung späterer substanzbezogener und komorbider Störungen dar [7]. Bei Betroffenen zeigten sich in zahlreichen Untersuchungen stärkere Symptome der Abhängigkeit und eine größere Anzahl von Begleiterkrankungen, wie Angststörungen, Somatisierungsstörungen, dissoziative Erkrankungen und Depressionen [25,26,27,28]. Bei Alkoholpatienten in Behandlung wurde von Prävalenzraten in Höhe von 53-85% für komorbide Störungen berichtet [29,30,31]. In großen epidemiologischen Studien fanden sich bei etwa zwei Drittel der traumatisierten Suchtpatienten eine zusätzliche affektive Störung und etwa die Hälfte der Betroffenen wiesen eine komorbide Angsterkrankung auf [32]. Auch Persönlichkeitsstörungen zeigten eine hohe Prävalenz mit 62% der betroffenen traumatisierten Suchtpatienten [32]. Insgesamt zeigten traumatisierte Patienten mit einer Substanzproblematik einen schlechteren körperlichen Allgemeinzustand im Vergleich zu Patienten mit einer isolierten Substanzproblematik. Zusätzlich weist diese Patientengruppe weitere Probleme auf, die für die Behandlung von wichtiger Bedeutung sind [33,34]. Dies betrifft etwa impulsives Verhalten, erhöhte Suizidalität [35], selbstverletzendes Verhalten [36] und eine erhöhte Vulnerabilität für Reviktimisierungen [37]. Eine weitere häufige Folge von Traumatisierungen ist die oben erwähnte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Bei Personen in Suchtbehandlung fand sich in angloamerikanischen

Studien, dass zumeist ein Viertel bis ein Drittel der Patienten die Kriterien einer PTBS erfüllten [38]. Zudem finden sich bei vielen Betroffenen neben der PTBS weitere Komorbiditäten. So in einer Studie, in der 91 kokainabhängige Patienten untersucht wurden. Hier hatten 69% der Patienten mit einer PTBS zusätzlich eine affektive Störung [34]. Auch im deutschen Raum konnten Studien hohe Raten Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Patientinnen mit einer Suchterkrankung berichten. So wurde in einer Studie nach Einschätzung der Therapeutinnen von einer PTBS-Rate von 26% berichtet. In einer weiteren Untersuchung im deutschsprachigen Raum von Personen im Alkoholzug bei 8% der männlichen Patienten und 22% der weiblichen Patientinnen die Diagnose einer akuten PTBS gestellt [39].

1.2.2.3 Auswirkung auf Therapie und Verlauf

Bei Betroffenen Suchtpatienten tragen die Folgen traumatischer Erfahrungen häufig zu den oben beschriebenen Problemkonstellationen bei, die offensichtlich zu einem schweren Verlauf der Abhängigkeit, geringeren Therapieerfolgen und einer insgesamt schlechteren Prognose führen [40]. In verschiedenen Studien wurde bei traumatisierten Patientinnen und Patienten eine schlechtere Therapieadhärenz mit geringeren Remissions- bzw. höheren Abbruchraten und häufigeren und schnelleren Rückfällen gefunden [41,42,43,44,45]. In einer Studie, in der substanzabhängige Traumapatienten zu ihren häufigsten Befürchtungen befragt wurden [46], waren die drei häufigsten Befürchtungen in Zusammenhang mit einer Therapie emotionaler Schmerz (76%), Selbstvorwürfe (67%) und Scham (60%). Über 40% der Patienten glaubten, dass ein Gespräch über ihr Trauma zu einer extremen Befindlichkeitsverschlechterung führen würde, sie dem Therapeuten nicht vertrauen könnten oder sie sprachen ihre Besorgnis darüber aus, dass fremde Menschen über ihre persönliche traumatische Biographie in Kenntnis gesetzt werden könnten. Gerade bei traumatisierten Patienten erscheint eine stabile und vertrauensvolle therapeutische Beziehung deshalb unerlässlich und besonders in der Anfangsphase der Therapie ist die supportive, stützende und empathische Haltung der Therapeuten essentiell [46].

1.2.3 Versorgung suchtkranker Patienten

1.2.3.1 Anforderungen an Therapiekonzepte und Behandlungsmodelle

Entsprechend dem komplexen Erkrankungsbild traumatisierter Patienten mit einer Substanzproblematik sind auch die Anforderungen an ein effektives Hilfesystem für Betroffene vielschichtig (Tabelle 1). Menschen mit komplexen Traumata und multiplen Folgeerkrankungen benötigen häufig multiprofessionelle, qualifizierte Hilfsangebote. Auch ist, um diese Patientengruppe erfolgreich therapieren zu können, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich [47,48].

In der Versorgung muss sorgfältig darauf geachtet werden, dass Betroffene niedrigschwelligen Zugang zu Hilfsangeboten haben. Sie sollten im Verlauf der Suchttherapie Autonomie und Kontrolle erleben, um Vertrauen für eine Erfolg versprechende Therapie aufzubauen [47]. Eine individuelle, personenzentrierte, mit verschiedenen Hilfsangeboten koordinierte und vernetzte Therapieplanung ist deshalb besonders bei dieser Gruppe von Betroffenen unabdingbar. Modellprojekte aus dem deutschen Raum konnten eine Verbesserung der Versorgung von Suchtkranken bei individueller Hilfestellung und personenzentrierter Betrachtungsweise und Verknüpfung einzelner Organisationsverbände bestätigen [47]. Auch Casemanagement-Programme aus dem amerikanischen Raum könnten eine Verbesserung in der umfangreichen fallbezogenen Versorgung bei besonders schwer betroffenen Patienten mit komplexer Symptomatik bringen und die Kosten der Behandlung dieser Patientengruppe senken. Gerade dieser Faktor könnte ein Anreiz für die Modifikation derzeit bestehender Behandlungskonzepte sein [49]. Ein groß angelegtes Modellprojekt konnte erste Hinweise dafür erbringen, dass eine Kostensenkung durch adäquatere Modelle prinzipiell möglich ist [50]. Ziel dieses 1998 in den USA begonnenen Projekts war es, die integrative Zusammenarbeit zwischen ambulanten Versorgungseinrichtungen, dem Suchthilfesystem und den psychiatrischen Versorgungsstrukturen und ihren Angeboten zu fördern, um eine Verbesserung der klinischen Versorgung herbeizuführen.

Tabelle 1: Anforderungen an das Hilfesystem (modifiziert nach [47]).

- ▶ Niedrigschwellige Behandlungsangebote und angemessene Therapieziele

- ▶ Individualisierung der Therapie: Flexible, differenzierte, am einzelnen Patienten orientierte Behandlungskonzepte

- ▶ Regionalisierung, mit umfassenden, für den Patienten erreichbaren Behandlungsmöglichkeiten; Schwerpunkt im ambulanten Bereich

- ▶ Kooperation und Koordination: Zusammenarbeit der Hilfsangebote über die verschiedenen Teile des Hilfesystems hinweg in lokalen Netzwerken

1.2.3.1.1 Die Interventionsebene

Auf der Interventionsebene stehen aus der Psychotraumatologie mittlerweile eine Vielzahl bewährter Therapiemethoden zur Verfügung, von denen einige direkt auf die Arbeit mit suchtkranken Patienten übertragen werden können, andere aber auch adaptiert werden müssen. So kommen kognitiv-behavioral orientierende Therapieansätze mit Verwendung von Techniken wie Angstmanagement, Stressimpfungstraining und kognitiver Umstrukturierung zum Einsatz [1]. Weiter finden sich zunehmend Erfahrungsberichte über EMDR („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“) in der Behandlung traumatisierter Suchtpatienten [51,52,53].

Darüber hinaus wurden speziell Gruppeninterventionen mit kognitiv-behavioralem Ansatz in der Therapie mit traumatisierten Suchterkrankungen entwickelt. Als Beispiel sei in diesem Zusammenhang „Sicherheit finden“ ein Therapieprogramm für Suchtpatienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung genannt [34,54,55]. „Sicherheit finden“ ist ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Personen mit substanzbezogenen Störungen, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Es wurde ursprünglich für

Personen mit der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entwickelt, ist aber genauso für Personen geeignet, die keine formale PTBS-Diagnose erfüllen, sondern an anderen, oft komplexen Folgen von Traumatisierungen leiden. Es handelt sich um ein integratives Therapieverfahren, das sowohl Suchtproblematik als auch Traumafolgen, sowie Wechselwirkungen zwischen beiden Bereichen behandelt. Es verfolgt einen ressourcen-orientierten, stabilisierenden Ansatz. Das bedeutet, dass Traumatisierungen nicht im Detail besprochen und durchgearbeitet werden. Ziel der Behandlung ist es, die Folgen dieser Erfahrungen besser zu verstehen und „sichere Bewältigungsstrategien“ zu erlernen, die es ermöglichen auf Substanzkonsum und andere „unsichere“ Verhaltensweisen zu verzichten. Das Programm kann jedoch mit expositionsbasierten Therapien kombiniert werden oder als Vorbereitung dafür dienen. Darüber hinaus kann „Sicherheit finden“ nicht nur als Gruppen-, sondern auch als Einzeltherapie eingesetzt und in diesem Fall mit Expositionselementen kombiniert werden.

„Sicherheit finden“ baut auf fünf grundlegenden Prinzipien auf:

1. „Sicherheit“ als das übergeordnete Ziel
2. Integrierte Behandlung von Substanzmissbrauch und Posttraumatischen Störungen
3. Ein Schwerpunkt auf Idealen und Zielen
4. Vier inhaltliche Bereiche: Kognitionen, Verhalten, interpersonelle Aspekte und Case Management
5. Starke Berücksichtigung von Therapieprozessen und therapeutischer Haltung.

Ein besonderes Merkmal von „Sicherheit finden“ ist die starke Betonung humanistischer Themen und „Ideale“. Den thematischen Schwerpunkt vieler Sitzungen bilden Werte wie „Verbindlichkeit“, „Anteilnahme“ und „Ehrlichkeit“ und im Sprachgebrauch des Programms haben Begriffe wie „Respekt“, „Heilung“ und „Achtsamkeit“ ihren festen Platz. Hintergrund dessen ist, dass sowohl

Traumatisierungen als auch Sucht und besonders deren Kombination häufig zu einer veränderten Sicht von der Welt, zu Resignation und dem Verlust von „Idealen“ führen. Die Auseinandersetzung mit grundlegenden Werten und „Idealen“ soll auf ihre Weise dazu beitragen, Betroffene zu motivieren und ihnen einen sorgsameren Umgang mit sich selbst nahe zu bringen.

Weitere Beispiele für integrative Behandlungsansätze sind Interventionsmethoden, bei denen Expositionstechniken integriert sind, wie das „Transcend“-Modell [56] und andere expositionsbasierte Therapien [57,58]. Weiter wurden in den letzten Jahren zunehmend methodenintegrative Therapien mit körper-, bewegungs-, und tanztherapeutischen Ansätzen entwickelt. Eine in der Kunsttherapie entwickelte traumaspezifische Annahme ist, dass während der Therapie, wie bei der Traumaaarbeit auch, drei Phasen durchlaufen werden. Dazu gehören Ressourcenförderung und Stabilisierung, Konfrontation mit dem Trauma und Bearbeitung des Traumas [53].

Abschließend seien noch psychopharmakologische Ansätze kurz erwähnt. So kann der Einsatz von SSRI-Präparaten (Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) aber auch die Gabe von noradrenerg wirkenden Substanzen mit positiver Wirkung auf die Intrusionen und die Übererregbarkeit sinnvoll sein. In einer Studie zum Effekt von SSRI [59] wurde Sertralin bei alkoholkranken Patienten und Patientinnen mit einer PTBS in einer randomisierten Doppelblindstudie untersucht. Dabei erhielten 94 Patienten eine feste Tagesdosis Sertralin (150mg/d) über einen Zeitraum von 12 Wochen. Eine Untersuchung nach diesem Behandlungszeitraum ergab keine wegweisenden Veränderungen. Bei einer Nachuntersuchung zeigte sich jedoch, dass bei behandelten Patientinnen und Patienten ein geringeres Alkoholkonsumverhalten vorlag.

Aktuell besteht keine Einigkeit darüber, in welcher zeitlichen Abfolge sucht- und traumatherapeutische Interventionen sinnvoll eingesetzt werden sollen. Es existieren unterschiedliche Behandlungsmodelle (Tabelle 2), welche im Folgenden kurz vorgestellt und diskutiert werden sollen. Eine Möglichkeit besteht im sequenziellen Behandlungsmodell, in welchem zunächst nur einer der beiden Störungsbereiche behandelt wird. Hierbei steht kontrovers zur Diskussion, ob

zunächst die traumabezogene Symptomatik in den Vordergrund zu stellen ist oder ob primär die Substanzproblematik zu behandeln ist. Häufig zeigte sich jedoch bei Betroffenen, dass keiner der Ansätze für sich alleine ausreichend ist, um eine Stabilisierung zu erreichen. So können sich etwa traumabedingte Symptome bei Abstinenz so stark verschlechtern, so dass diese nicht mehr als Grundlage einer Traumatherapie aufrecht zu erhalten ist [60,61]. Das Ergebnis ist - unabhängig davon, welcher Störung zunächst der Vorzug gegeben wird-, dass vor allem schwerer betroffene Patientinnen und Patienten keines der therapeutischen Angebote für sich nutzen können und letztendlich durch die Maschen des Versorgungsnetzes fallen.

Das parallele Behandlungsmodell versucht diesem Dilemma entgegenzuwirken, indem beide Symptombereiche zeitgleich, jedoch voneinander getrennt durch unterschiedliche Therapeuten behandelt werden, die auf jeweils einen der Bereiche spezialisiert sind. Das bedeutet jedoch einen hohen koordinativen Aufwand und die inhaltliche Integration muss hier von dem Patienten selbst geleistet werden. Daher werden heutzutage eher integrative Behandlungsmodelle favorisiert, bei denen traumabezogene und suchtherapeutische Interventionen in demselben Behandlungsprogramm kombiniert werden. Integrative Programme, die auch von Betroffenen bevorzugt werden [62], führen bei dieser Patientengruppe mit höherer Wahrscheinlichkeit zu einem Therapieerfolg [55].

Tabelle 2: Überblick über verschiedene Behandlungsmodelle
(modifiziert nach [47]).

Traditionell/ Sequentielle Therapie	<p>Behandlung zunächst nur eines Problembereiches (Sucht- oder Traumatherapie)</p> <p><u>Problem:</u> Ansatz alleine nicht ausreichend. Betroffene „fallen durchs Netz“.</p>
Parallele Behandlung	<p>Zeitgleiche Behandlung beider Problembereiche durch Therapeuten, die auf jeweils einen der Bereiche spezialisiert sind.</p> <p><u>Problem:</u> Aufwendige Koordination, Integration der verschiedenen Ansätze muss vom Patienten selbst geleistet werden.</p>
Integrative Behandlung	<p>Therapie der Wahl: Sucht- und Traumatherapie innerhalb desselben Behandlungsprogrammes.</p> <p><u>Problem:</u> “Doppelte“ fachliche Kompetenz und Erweiterung der jeweiligen therapeutischen Paradigmen notwendig.</p>

1.2.3.1.2 Die Systemebene

An der Versorgung suchtkranker Menschen sind zahlreiche Teile des Gesundheitssystems beteiligt. Neben der „Trias“ der traditionellen Suchthilfe (Beratungsstellen, Suchtfachkliniken, Selbsthilfegruppen) zählt der gesamte Bereich der psychiatrischen Versorgung und eine Vielzahl weiterer medizinischer und psychosozialer Dienste dazu [47]. Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen ist meist nicht ausgebaut und zwischen Suchthilfe und psychiatrischer Versorgung ist das Verhältnis eher von Konkurrenz als von notwendiger Kooperation geprägt. Noch schlechter ist es um die Zusammenarbeit zwischen Suchtkrankenhilfe und anderen sozialen Hilfen, sowie des medizinischen Sektors bestellt. Um eine angemessene Versorgung von Suchtpatienten mit komplexen Beeinträchtigungen als Folge von Traumatisierungen zu gewährleisten, sind im Bereich der Suchtkrankenhilfe und der psychiatrischen Versorgung enge Kooperationen und eine integrative Vernetzung von wesentlicher Bedeutung. Daher ist es zwingend notwendig, lokale Netzwerke zu etablieren, um eine grundlegende Basis für eine integrative Zusammenarbeit in der Behandlung dieser Patientengruppe zu schaffen [47].

1.3 Fragestellung und Hypothesen

1.3.1 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der bundesweiten Versorgungslage in stationären Suchteinrichtungen für traumatisierte Patienten mit einer Substanzproblematik. Weiter sollte ein Eindruck dazu gewonnen werden, welche Relevanz traumatischen Erfahrungen bei Personen mit Suchterkrankungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Bereich stationärer Angebote zugemessen wird. Im Einzelnen ging die Untersuchung folgenden Fragestellungen nach:

1. Wie hoch wird der Anteil von Patientinnen und Patienten seitens der in der stationären Suchtkrankenhilfe Tätigen eingeschätzt, bei denen Traumatisierungen eine Bedeutung für die Entstehung und den Verlauf der Suchterkrankung sowie deren Therapie haben?
2. Welche speziellen Probleme ergeben sich in der Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten?
3. In welchem Maße werden spezifische Angebote bereits vorgehalten?

1.3.2 Hypothesen

1. Entsprechend den aus der Literatur bekannten Prävalenzraten wird der Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen Traumatisierungen nach Einschätzung der Therapeutinnen und Therapeuten eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und/oder dem Verlauf der Suchterkrankung spielen auf 30-50 % geschätzt.

2. Bei den Betroffenen Patientinnen und Patienten werden Probleme im Zusammenhang mit der Therapie berichtet werden, unter anderem eine schlechtere Therapieadhärenz, eine höhere Abbruchquote und eine geringere Remissionsrate.

Zu Fragestellung 3.:

Ob eine Untersuchung primär zur Erkundung oder zur Überprüfung einer Hypothese durchgeführt wird, richtet sich nach dem Wissensstand im jeweils zu erforschenden Problemfeld [63]. Die Datenlage zum Zeitpunkt der Untersuchung ließ keine Ableitung gut begründbarer spezifischer Hypothesen zu Fragestellung 3 zu. Dieser Teil der Studie hatte explorativen Charakter.

2. Methoden

2.1 Stichprobenansatz

Um eine möglichst flächendeckende Abbildung des stationären Sektors des deutschen Suchthilfesystems bezüglich traumatisierter Patienten mit einer Substanzproblematik zu gewinnen, stellte sich zunächst die Frage, welche Einrichtungen berücksichtigt werden sollten.

Eine spezifische Recherche [64,65,66,67] führte zu Indikationslisten für den stationären Bereich, die allerdings kein repräsentatives Bild der Fachkliniken im deutschsprachigen Raum liefern konnten [67]. Erstmals 2003 gab der BKK-Bundesverband jedoch eine CD-Rom heraus, auf der alle von den Spitzenverbänden der deutschen Betriebskrankenkassen und Rentenversicherungsträgern zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen anerkannten ambulanten und stationären Suchttherapieeinrichtungen aufgeführt werden, deren Angebot von mindestens einem Kostenträger als stationäre Suchttherapie-, bzw. Rehabilitationseinrichtung anerkannt ist. Für die vorliegende Studie wurde die 2004 vom BKK-Bundesverband erstellte Version zugrunde gelegt, die 340 stationäre Adressen enthält [64].

2.2 Vorgehen bei der Datenerhebung

In einer postalischen Querschnittserhebung wurde Anfang Dezember 2004 an die Leitungen aller 340 stationären Therapieeinrichtungen jeweils ein Fragebogen versandt, welcher sowohl das aktuelle Angebot sowie den derzeitigen Bedarf an traumaspezifischen Therapiemöglichkeiten erfasst (siehe Anhang).

Dem Fragebogen wurde ein Anschreiben beigelegt, welches zum einen in knapper Form die Fragestellung präziserte und eine Definition zum Traumabegriff enthielt, zum andern zur Teilnahme motivieren sollte. Der Traumabegriff wurde dabei eng an die Definition der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS) des ICD-10 [13] sowie an die Definition des Traumakriteriums der *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) des DSM-IV [12] angelehnt und lautete:

„Mit Traumatisierungen sind im Folgenden schwerwiegende, einschneidende Erlebnisse gemeint, die eine deutliche Bedrohung für die körperliche oder psychische Unversehrtheit des Betroffenen darstellen. Beispiele sind sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung im Kindesalter, bzw. Erfahrungen sexueller oder körperlicher Gewalt in späteren Lebensphasen“.

Zur Maximierung des Rücklaufs wurden mehrere Gesichtspunkte berücksichtigt. Besonderer Wert wurde auf ein übersichtliches Erscheinungsbild des Bogens gelegt. Hierdurch sollte vermieden werden, dass die Befragten aufgrund eines zu hohen zeitlichen Aufwands die Bearbeitung des Fragebogens ablehnen. Im Anschreiben wurde darauf hingewiesen, dass für die Bearbeitung des Fragebogens 5-10 Minuten nötig seien.

Um einerseits eine zeitsparende Bearbeitung zu ermöglichen und die Auswertung zu vereinfachen, wurde ein hoher Anteil an dichotomen sowie skalierten Fragen eingesetzt. Darüber hinaus beinhaltet die Erhebung offene Fragen mit dem Ziel, einen detaillierten Überblick über die aktuellen Versorgungsangebote mit traumaspezifischer Ausrichtung im Suchtbereich zu erhalten.

Dem beigelegten Anschreiben konnten die Befragten entnehmen, dass die Auswertung der erhobenen Daten anonym erfolgen würde, die Ergebnisse aber auf Wunsch der betreffenden Einrichtung verfügbar gemacht werden könnten.

Schließlich war dem Fragebogen ein frankierter und adressierter Rückumschlag beigelegt.

2.3 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche und Operationalisierung

Der für die vorliegende Untersuchung erstellte Fragebogen (siehe Anhang) umfasst die drei im Folgenden dargestellten Hauptmerkmalsbereiche.

Zunächst wurden Allgemeine Daten sowohl zu den ausfüllenden Personen erfasst, als auch zu den jeweiligen Einrichtungen. Der zweite Merkmalsbereich diente der Erfassung des wahrgenommenen Bedarfs. Hier wurde die Notwendigkeit für bestimmte Angebote erfragt, sowie der geschätzte Anteil an Patienten, welche einen Bedarf an traumaspezifischen Angeboten haben. In diesem zweiten Merkmalsbereich wurden auch besondere Erfahrungen mit den betreffenden Patienten erfragt. Im dritten und abschließenden Merkmalsbereich wurde auf vorhandene Angebote eingegangen. Hier wurden hilfreiche Rahmenbedingungen im Umgang mit den Betroffenen erfragt und es wurden Angaben erbeten zu vorhandenen und geplanten Angeboten. Eine Übersicht über die dargestellten Merkmalsbereiche findet sich in Tabelle 3.

2.3.1 Allgemeiner Abschnitt des Fragebogens

Der allgemeine Abschnitt des Fragebogens beinhaltet zwei Schwerpunkte. Der erste erfasste neben dem Geschlecht unter anderem die berufliche Position der ausfüllenden Person.

Der zweite Teil des allgemeinen Abschnitts beinhaltet Fragen über die jeweilige Einrichtung. Neben der Anzahl der pro Monat betreuten Patientinnen und Patienten mit der durchschnittlichen Behandlungsdauer sollten hier vor allem die Hauptbehandlungsindikationen der Einrichtung erfasst werden. Analog zu den Angaben in der Liste des BKK-Bundesverbandes [64] konnten die Indikationen Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-, Lösungsmittel- sowie Mehrfachabhängigkeit angegeben werden.

Hinzu kamen mögliche Ausschlusskriterien für die Behandlung in der betreffenden Therapieeinrichtung. Um einerseits eine geografische Zuordnung zu ermöglichen, andererseits jedoch die Anonymität zu wahren, wurden die ersten beiden Ziffern der zur Einrichtung gehörigen Postleitzahl erhoben.

2.3.2 Bedarf an traumaspezifischen Angeboten

Dieser Abschnitt sollte Aufschluss über den Anteil an Patientinnen und Patienten geben, bei denen die Befragten eine Traumatisierung als ursächlich für die Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik ansehen. Anschließend sollte in Erfahrung gebracht werden, ob spezielle Therapieangebote für Patientinnen und Patienten mit Traumanamnese und spezielle Weiterbildungsmöglichkeiten für Therapeutinnen und Therapeuten als notwendig erachtet werden. Am Ende dieses Abschnitts stand eine offene Frage nach Besonderheiten und etwaigen besonderen Bedürfnissen im Umgang mit traumatisierten Klientinnen und Klienten.

2.3.3 Vorhandene Angebote

Im letzten Abschnitt wurde der Frage nachgegangen, ob und in welchem Umfang stationäre Einrichtungen in Deutschland tatsächlich spezielle Angebote für Suchtpatientinnen und Suchtpatienten mit Traumatisierungen anbieten.

Dabei sollte einerseits geklärt werden, ob traumaspezifische Angebote vorhanden sind und andererseits erfasst werden, welche traumaspezifischen Angebote in den Einrichtungen zur Verfügung stehen. Eine weitere Frage sollte Informationen darüber erbringen, welche Rahmenbedingungen für die Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten als hilfreich erachtet werden und welche gegebenenfalls für notwendig erachtet werden. Eine offene Frage nach weiteren Aspekten zum Thema Suchttherapie und Trauma schloss den Fragebogen ab.

2.3.4. Übersicht über die Merkmalsbereiche und zugehörigen Variablen

Die abgedeckten Merkmalsbereiche betrafen allgemeine Daten, Daten zum Bedarf und vorhandene Angebote. Einen Überblick darüber gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Übersicht über die Merkmalsbereiche und zugehörigen Variablen

Merkmalsbereich	Variablengruppe	Variablen
Allgemeiner Abschnitt	<ul style="list-style-type: none"> • Daten zur ausfüllenden Person • Charakteristika der Einrichtung 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht, Funktion, berufliche Qualifikation, • Postleitzahlenbereich, Größe der Einrichtung, durchschnittliche Behandlungsdauer, Hauptindikationen, Ausschlusskriterien
Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektiver Eindruck zur Notwendigkeit entsprechender Angebote bzw. zu Anzahl und Charakteristika der betreffenden Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschätzter Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen traumatische Erfahrungen eine Rolle spielen • Notwendigkeit spezieller Angebote für Patientinnen und Patienten mit Traumatisierungen • Besondere Erfahrungen in der Therapie traumatisierter Patientinnen und Patienten
Vorhandene Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene Angebote • Weitere Aspekte, künftige Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumaspezifische Angebote vorhanden? • Art der Angebote • Prozentualer Anteil der Patienten, die diese erhalten • Angebote vorstellbar? • Konkrete Pläne? • Hilfreiche Rahmenbedingungen für Patientinnen und Patienten mit Traumaanamnese?

2.4 Auswertung

In Bezug auf alle Merkmalsbereiche kamen die Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung (statistische Kennwerte, Tabellen und Grafiken). Die verwendete Software war SPSS für Windows.

3. Ergebnisse

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der im Methodenteil erörterten Merkmalsbereiche dargestellt. Gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP, 1997) werden für statistische Kennwerte die englischen Symbole verwendet. Prozentzahlen sind aus Gründen der Übersichtlichkeit gerundet [68].

3.2 Darstellung der Stichprobe und Teilnehmerquote

3.2.1 Stichprobengröße und Teilnehmerquote

Es wurden alle bis Ende April 2005 eintreffenden ausgefüllten Bögen ($N=176$) in den Ergebnissen der Arbeit berücksichtigt. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 52%. Eventuell später eintreffende ausgefüllte Bögen konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht mehr berücksichtigt werden.

Tabelle 4: Stichprobengröße und Teilnehmerquote

Anzahl der angeschriebenen Einrichtungen	$N=340$
Anzahl der zurückgesandten Fragebögen	$n=176$ (52%)

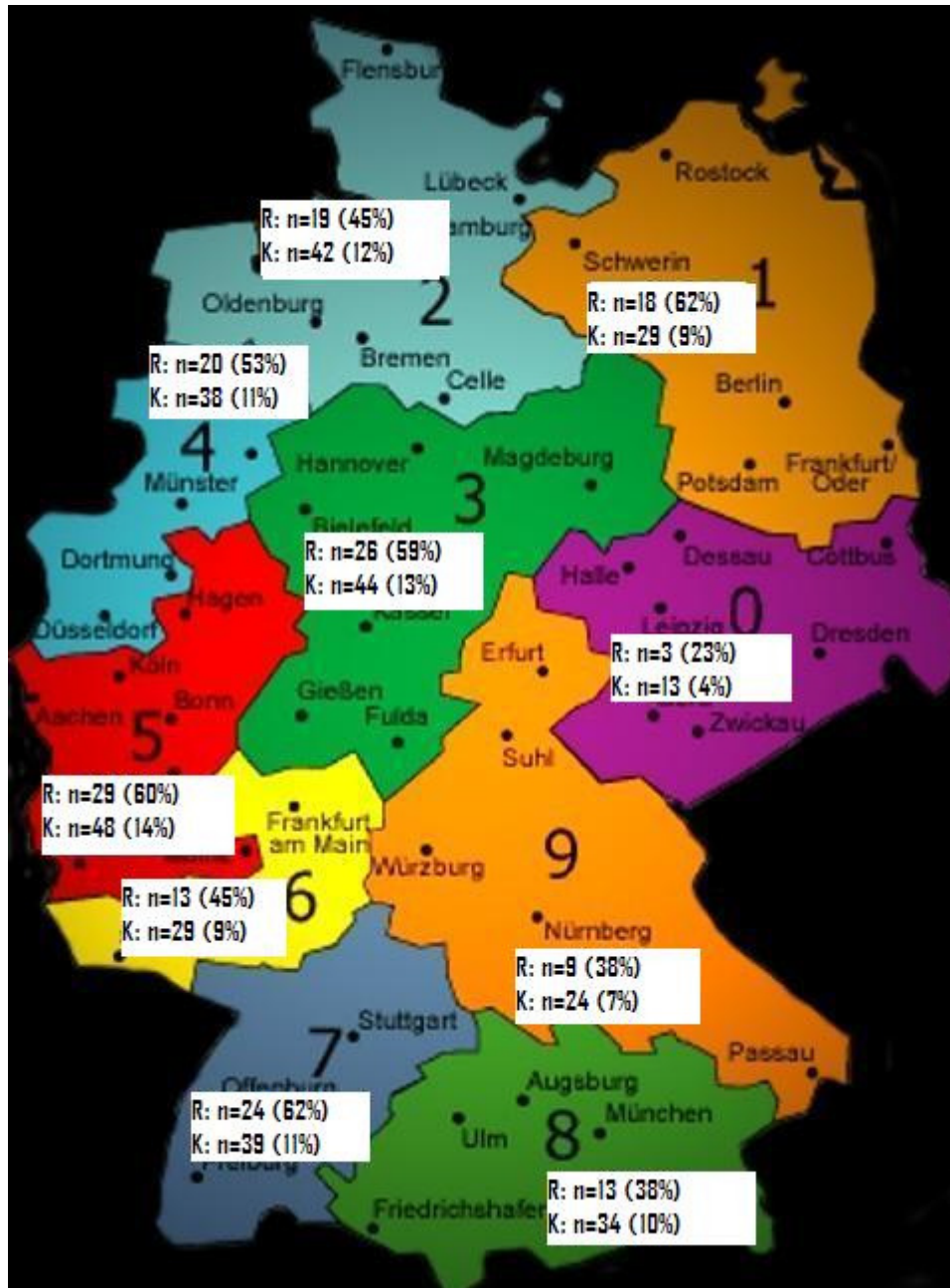
Anmerkungen. Bis Ende April 2005 eintreffende Bögen berücksichtigt

3.2.2 Soziodemographische Daten

3.2.2.1 Rücklauf und geographische Verteilung nach PLZ-Bereichen

Von den N=176 Teilnehmern gaben n=174 die vollständige Postleitzahl der jeweiligen stationären Einrichtung an. Dabei ergab sich die in Abbildung 1 ersichtliche Verteilung der teilnehmenden stationären Einrichtungen. Zudem wurde die Verteilung der ursprünglich angeschriebenen Kliniken (N=340) nach Bundesländern berücksichtigt.

Abbildung 1: Verteilung der teilnehmenden stationären Einrichtungen in den PLZ-Bereichen



Anmerkungen. N= 174

R: Rücklauf bezogen auf Anzahl der angeschriebenen
 Kliniken im jeweiligen PLZ-Bereich.

K: Anzahl aller angeschriebenen Kliniken im jeweiligen PLZ-Bereich
 (Prozent aller Kliniken in Klammern)

3.2.2.2 Charakteristika der ausfüllenden Personen

Tabelle 5 zeigt Geschlecht und Berufsgruppen der teilnehmenden Personen. Mit etwas über 60% war der Anteil der männlichen Teilnehmer fast ein Drittel höher, als derjenige der weiblichen Teilnehmerinnen. Auffällig ist, dass der Anteil der Teilnehmer mit leitender Position über 80% betrug. Das verbleibende Sechstel der Befragten verteilte sich auf „Therapeuten“ und andere Berufsangaben. Darunter fielen Bezeichnungen, wie „Oberarzt“, „psychologische Psychotherapeutin“, „Sozialpädagoge“ oder „stationäre Suchtabteilungsleiterin“.

Tabelle 5: Geschlechts- und Berufsgruppen

Variablen	Ausprägung	Häufigkeit
Geschlecht	weiblich	39,4% (n=70)
	männlich	60,2% (n=106)
Beruf	Leiter	84,1% (n=148)
	Therapeut	9,1% (n=16)
	andere	6,8% (n=12)

Anmerkungen. N=176

3.3 Charakteristika der Einrichtungen

3.3.1 Anzahl der behandelten Patienten

In Bezug auf die Anzahl der in den teilnehmenden Einrichtungen pro Monat betreuten Patientinnen und Patienten ergab sich ein Mittelwert von $M=57,0$. ($SD=51,2$; $N=171$). Dabei zeigte sich, dass über die Hälfte der Einrichtungen bis zu 40 Patienten oder weniger behandelten. Ein Viertel der Einrichtungen berichtete 41-80 Patienten zu behandeln, etwas mehr als ein Fünftel mehr als 80 Patienten. Eine Übersicht über die Verteilung ist Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Anzahl der behandelten Patienten

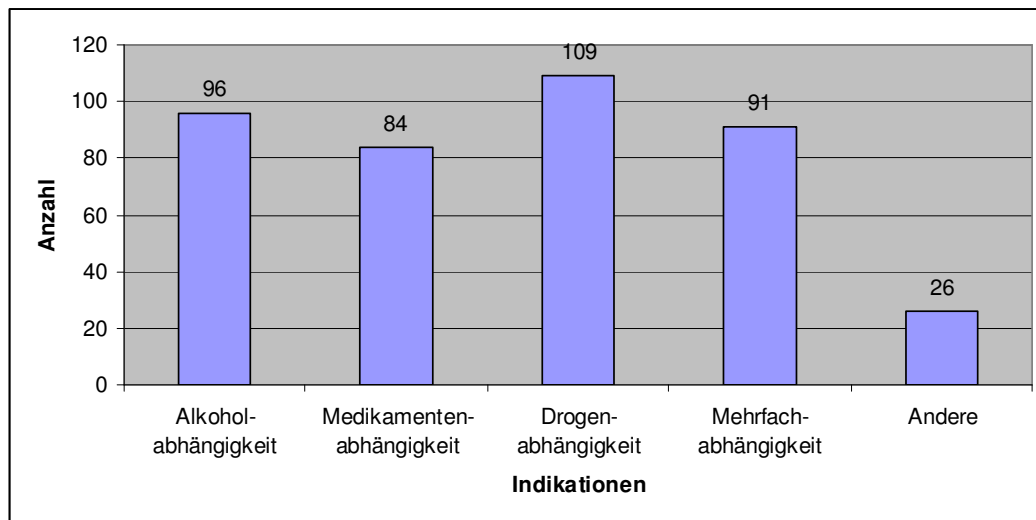
Variablen	Ausprägung	Häufigkeit
Anzahl der Patienten	< 40 Pat./Monat	52,6% (n=90)
	41 - 80 Pat./Monat	25,7% (n=44)
	81 - 120 Pat./Monat	9,9% (n=17)
	121 - 280 Pat./Monat	11,8% (n=20)

Anmerkungen. N=171

3.3.2 Hauptindikation der Einrichtung

Bezüglich der Frage nach Hauptindikationen der verschiedenen Einrichtungen bestand die Möglichkeit von Mehrfachnennungen. Analog zu den Angaben in der Liste des BKK-Bundesverbandes [64] waren die Kategorien Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-, Lösungsmittel- sowie Mehrfachabhängigkeit vorgegeben, sowie eine Restkategorie („Andere“). Die Verteilung der Hauptindikationen ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Hauptindikationen der Einrichtungen



Anmerkungen. N=172

Um sinnvolle Vergleiche zu ermöglichen wurden anhand dieser Angaben drei Gruppen von Einrichtungen unterschieden: (a) Einrichtungen, die alkoholabhängige und/oder medikamentenabhängige und/oder mehrfachabhängige Patienten betreuten, jedoch sich nicht die Indikation „Drogenabhängigkeit“ gaben, (b) Einrichtungen mit identischem Profil, die zusätzliche drogenabhängige Patienten behandelten sowie (c) Einrichtungen, die ausschließlich drogenabhängige Patienten behandelten (siehe Tabelle 7).

Über zusätzliche Indikationen wurde von 15% der Einrichtungen berichtet (n=26). Bis auf drei Einrichtungen betraf dies ausschließlich die beiden erstgenannten Gruppen von Einrichtungen und in über 50% der Fälle handelt es sich um die Indikationen „Essstörungen“ oder „Spielsucht“. Lediglich für fünf Einrichtungen wurden zusätzliche Indikationen wie „psychische Störungen“ oder „psychiatrische Komorbidität“ genannt. Zugleich stellte eine „psychiatrische Komorbidität“ die häufigste Einschränkung bezüglich einer Therapie dar. Weitere, seltener genannte Einschränkungen betrafen unter anderem den Konsum harter Drogen (n=5) und geschlechtsspezifische Angebote (n=11).

Tabelle 7: Hauptindikationen nach Gruppen

Variablen	Ausprägung	Häufigkeit
Einrichtungstyp	Alkohol, keine Drogen ^a	46,8% (n=80)
	Alkohol, zusätzlich Drogen ^b	16,4% (n=28)
	Ausschließlich Drogen ^c	36,8% (n=63)

Anmerkungen. N=171; a: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit; b: wie a, zusätzlich Drogenabhängigkeit; c: ausschließlich Drogenabhängigkeit.

3.3.3 Durchschnittliche Behandlungsdauer

Die Frage nach der durchschnittlichen Behandlungsdauer in Tagen beantworteten N=170 der Befragten. Es ergab sich ein Mittelwert von M=142,3 Tagen (SD=119,4).

Lediglich 10% der Patienten erhielten eine Behandlung von unter einem Monat Dauer und knapp ein Drittel der Behandlungen dauerten zwischen einem und drei Monaten. 38% der befragten Personen berichteten über eine Behandlungsdauer von mehr als 4 Monaten.

Tabelle 8: Durchschnittliche Behandlungsdauer

Variable	Ausprägung	Häufigkeit
Durchschnittliche Behandlungsdauer	< 1 Monat	10,0% (n=17)
	1 - 3 Monate	28,8% (n=49)
	3 - 4 Monate	22,4% (n=38)
	> 4 Monate	38,8% (n=66)

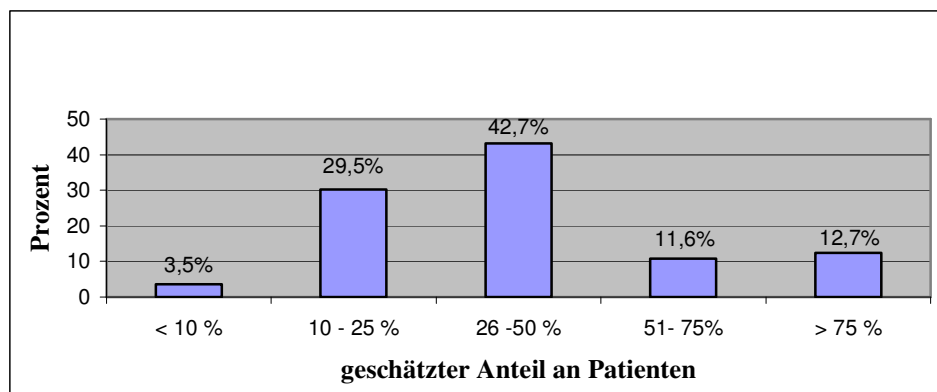
Anmerkungen. N=170

3.4 Relevanz und Bedarf an traumaspezifischen Angeboten

3.4.1 Einschätzung der Bedeutungen von Traumatisierungen

Die subjektive Einschätzung der Therapeuten, bei welchem prozentualen Anteil der jeweiligen Patientinnen und Patienten „Traumatisierungen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik spielen“, ergab über die gesamte Stichprobe hinweg einen Mittelwert von 33%. (SD=23,5, N=173). Über zwei Drittel (73%) der teilnehmenden Personen schätzte diesen Anteil auf mindestens 30% aller Patienten (Abbildung 3).

Abbildung 3: Einschätzung der Therapeuten zur Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Traumatisierungen eine wesentliche Rolle in der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik spielen.



Anmerkungen. N=173

Während männliche Teilnehmer eine bedeutende Rolle von Traumatisierungen bei durchschnittlich 30% (SD=21,0) ihrer Patientinnen und Patienten vermuteten, lag dieser Wert bei weiblichen Teilnehmerinnen bei 40% (SD=25,1).

Es konnten keine Zusammenhänge hinsichtlich der Einschätzung der Relevanz und der Zugehörigkeit zu den verschiedenen Berufsgruppen und die Anzahl der monatlich behandelten Patienten festgestellt werden. Vergleicht man die Mittelwerte zwischen den drei Einrichtungstypen („Alkohol/keine Drogen“, „Alkohol/zusätzlich Drogen“, „Drogen/kein Alkohol“), so wird offensichtlich,

dass in Einrichtungen, die ausschließlich Alkoholpatienten ohne die Indikation der Drogenabhängigkeit behandeln, diese Zahl niedriger eingeschätzt wurde, als in Einrichtungen, die (auch) auf drogenabhängige Patienten ausgerichtet waren. Während sich in den erstgenannten Einrichtungen ein Mittelwert von 30% ergab, wurde in Einrichtungen die auch bzw. ausschließlich drogenabhängige Patienten behandelten geschätzt, dass Traumatisierungen bei durchschnittlich 50% der Patienten eine „wesentliche Rolle“ spielen (siehe Tabelle 9).

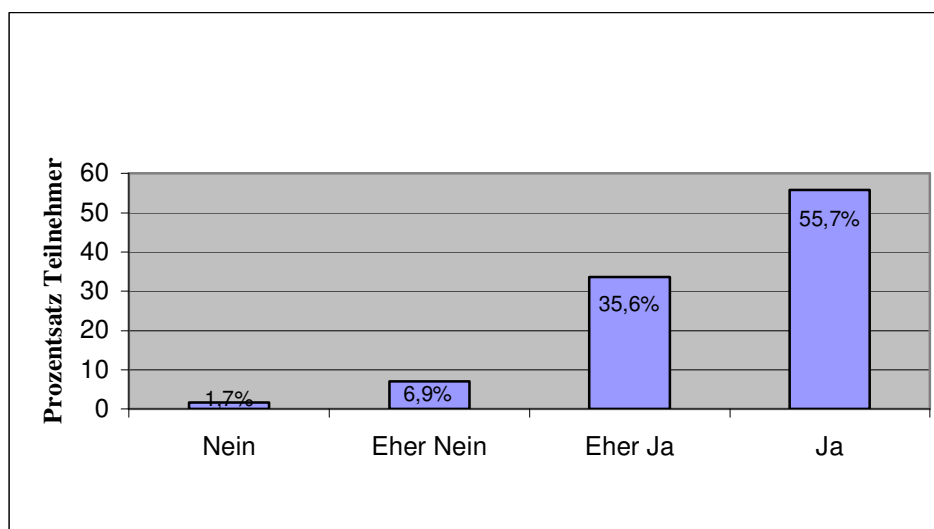
Tabelle 9: Subjektive Einschätzung der Bedeutung von Traumatisierungen.

Einrichtungstyp	Anteil der betroffenen Patienten
Alkohol, keine Drogen ^a	M=30,00% (SD=18,85) (n=80)
Alkohol, zusätzlich Drogen ^b	M=50,00% (SD=22,49) (n=28)
Ausschließlich Drogen ^c	M=50,00% (SD=24,69) (n=63)
<i>Anmerkungen.</i> N=171; a: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit; b: wie a, zusätzlich Drogenabhängigkeit; c: ausschließlich Drogenabhängigkeit.	

3.4.2 Einschätzung der Relevanz traumaspezifischer Angebote

Auf die Frage, ob traumaspezifische Angebote als notwendig erachtet werden, antworteten von N=174 Personen über 90% mit „eher ja“ oder „ja“. Im Einzelnen ergab sich dabei die in Abbildung 4 dargestellte Verteilung.

Abbildung 4: Einschätzungen zur Relevanz traumaspezifischer Angebote.



Anmerkungen. N=174

3.4.3 Besonderheiten im Therapieverlauf traumatisierter Suchtpatienten

Auf die offene Frage nach Besonderheiten im Therapieverlauf bei betroffenen Patienten wurde in 62% (N=106) der Fälle geantwortet. Am häufigsten wurde berichtet, dass es zu Problemen in der therapeutischen Beziehung komme („Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau“, „häufige Kontaktabbrüche“, „Schwierigkeiten im Umgang seitens der Therapeuten“, „wenig Kontinuität in der Therapeutenbeziehung“, „mangelndes Vertrauen“, „Motivationsprobleme“ und „geringe Frustrationstoleranz“ sowie „Gefahr der Retraumatisierung bei nicht gewährleisteter Traumatherapie-Grundlage“), dass Schwierigkeiten im Verlauf der Therapie aufträten („können Grundvoraussetzung der Abstinenz nicht erfüllen“, „häufige Therapieabbrüche“, „Verlängerung der Therapiedauer“, „häufigere Rückfälle“ sowie „lange Stabilisierungsphase“, „hohes Misstrauen“

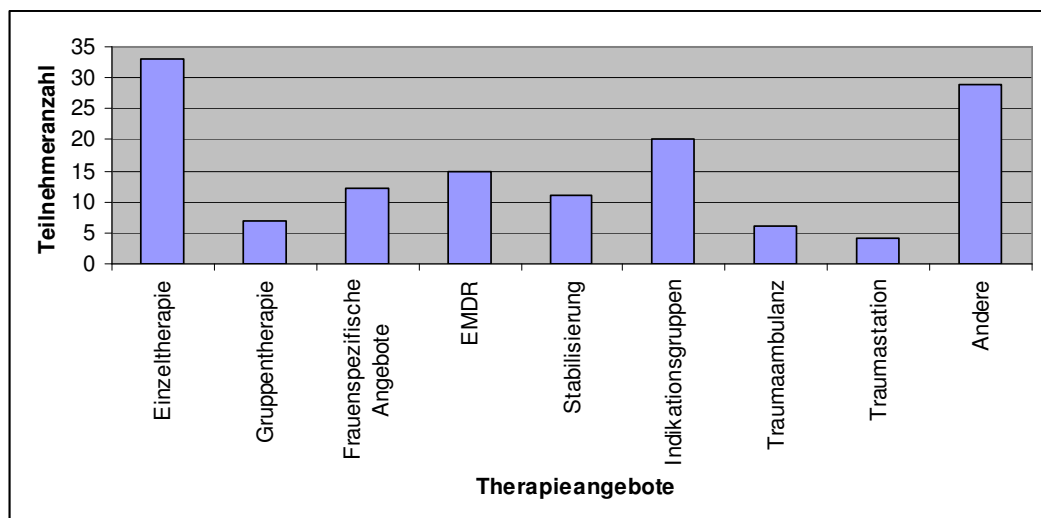
und „Angst der Patienten vor Traumabearbeitung in der Therapie“) und dass bei Betroffenen in besonderem Maße komorbide psychische Störungen vorlägen („Ängste“, „Depression“, „Essstörungen“, „Dissoziation“, „zusätzliche körperliche Erkrankungen“, „Suizidalität“, „selbstverletzendes Verhalten“, „impulsive und aggressive Verhaltensweisen“, „Persönlichkeitsstörungen“ und „Rückzug“).

3.5 Aktueller Umgang mit Traumatisierungen

3.5.1 Traumaspezifische Angebote

Insgesamt berichteten N=137 (78%) Teilnehmer, dass in den betreffenden Einrichtungen traumaspezifische Angebote vorhanden seien. Dabei waren jedoch die Ebenen der verschiedenen traumaspezifischen Angebote sehr variabel und es existierten deutliche Unterschiede in der fachspezifischen Weiterbildung der Behandelnden. Anhand der traumaspezifischen Angebote ließen sich zwei große Gruppen von Einrichtungen unterscheiden. Erstere (N=58; 33%) berichteten gezielt über den Einsatz spezifischer traumatherapeutischer Verfahren, während die Angaben der zweiten großen Gruppe weniger auf gezielte Traumatherapie schließen ließen. Eine Übersicht über die Angaben ist Abbildung 5 zu entnehmen.

Abbildung 5. Angaben zu traumaspezifischen Angeboten.



Anmerkungen. N=137

Von den Fachkliniken gaben 33% (N=42) an Traumatisierungen zu berücksichtigen (z.B. „Traumadiagnostik“, „traumatherapeutisch ausgebildete Kollegin“, „EMDR“, „spezielle Diagnoseverfahren wie SKID-PTSD“, „Traumatherapie“ und „traumazentrierte Psychotherapie“). In psychiatrischen Einrichtungen wurden von 50% (n=4) der Teilnehmer Angaben über spezielle traumatherapeutische Angebote gemacht. In Reha-Einrichtungen wurde bei 29% der Teilnehmer über spezielle traumaspezifische Angebote berichtet. Hier wurden Angebote, wie zum Beispiel Stabilisierungsverfahren und Trauma Einzeltherapie genannt. Kliniken, deren Zuteilung nicht möglich war, machten vergleichsweise häufiger Angaben über traumatherapeutische Verfahren mit 48% der teilnehmenden Einrichtungen. Im Gegensatz dazu konnte ermittelt werden, dass in Adaptionseinrichtungen verhältnismäßig wenige spezielle traumatherapeutische Angebote vorlagen (8%, n=7). Beim Vergleich der Art der Einrichtung mit dem angegebenen traumatherapeutischen Angebot konnte festgestellt werden, dass von n=114 Einrichtungen (61% der Gesamtteilnehmerzahl) 40 Angaben (entspricht 35%) über spezielle Verfahren gemacht wurden.

Im Folgenden wird die erste Gruppe von Einrichtungen dargestellt, welche über spezifische traumatherapeutische Verfahren in ihrem Behandlungskonzept berichtete (N=58). Diese reichten von „geschultem Fachpersonal mit Ausbildung in der Traumatherapie“ bis hin zum Einsatz spezieller traumatherapeutischer Methoden. So berichten n=7 Teilnehmer, dass ein Kollege über eine Ausbildung in der Traumatherapie verfügt. n=6 der Teilnehmer berichten über eine ambulante Traumatherapie in der Institutionsambulanz.

Über spezielle traumatherapeutische Verfahren wie z.B. „EMDR“, „Stabilisierungsverfahren“, „DBT“ oder „TRIMB“ (Trauma Recapitulation with Imagination, Motion and Breath) berichten n=38 der teilnehmenden Personen. Zu einer Einzeltherapie, die spezifische traumatherapeutische Herangehensweisen eindeutiger erkennen ließ, wie z.B. „Bearbeiten innerer Bilder“ oder „männliche und weibliche Therapeuten“, machten n=4 der Teilnehmer Angaben.

n=3 Einrichtungen berichteten ausschließlich über eine Kooperationen mit niedergelassenen spezialisierten Kollegen.

In der Angebotssituation der zweiten Gruppe (N=47) wurden weniger differenzierte Angebote im traumatherapeutischen Behandlungskonzept erwähnt, aber nach wie vor angegeben, dass Traumatisierungen berücksichtigt würden. Die Angaben reichten von Aussagen, dass Traumatisierungen „in der Einzeltherapie berücksichtigt“ würden bis hin zu nicht eindeutig formulierten oder noch geplanten Angeboten. Aus dieser Gruppe gaben N=16 der Teilnehmer an, dass Traumatisierungen „in der Einzeltherapie berücksichtigt werden“, ohne dass eine spezifische Vorgehensweise benannt wurde. Über psychotherapeutische Verfahren, deren spezifische Komponente nicht unmittelbar erkennbar ist (wie z.B. „psychodynamische Station“, „Psychotherapie“), bzw. auch sonst häufig in Suchtfachkliniken anzutreffende Angebote (Reittherapie, körpertherapeutische Ansätze, Entspannungsverfahren) berichteten n=10 der Teilnehmer. Traumatherapeutische Verfahren, wie „Indikationsgruppe“, „Missbrauchsgruppe“ oder „Frauengruppe als geschützter Rahmen“ wurden von n=18 der teilnehmenden Personen erwähnt. Über unklare oder geplante Angebote, wie „Einrichten einer spezifischen Einrichtung“ oder „künftig Traumaambulanz“ berichteten n=3 Teilnehmer.

3.5.2 Ideale Versorgung traumatisierter Suchtpatienten aus Sicht der Teilnehmer

3.5.2.1 Vernetzung und Fortbildung

Viele der teilnehmenden Personen beklagten einen Mangel an qualifizierten, regional erreichbaren Psychiatern und Psychotherapeuten, die gegebenenfalls konsiliarisch konsultiert werden können oder für die weitere Behandlung Betroffener zur Verfügung stehen (n=36). Auch die Möglichkeit, Patienten an spezialisierte Kliniken zu verweisen oder in solchen kurzfristig zur Krisenintervention aufnehmen zu lassen, sei laut Angaben der Befragten bei weitem zu selten gegeben.

Erneut wurde nachdrücklich der Wunsch nach qualifizierter Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu traumaspezifischen Themen geäußert (n=17). Zusätzliche Angebote von speziell ausgebildeten Therapeuten (z.B. Körper-, Hypnose- und Entspannungstherapie) wurden als sehr wichtig und ausbaufähig erachtet. Auch die Nachbetreuung müsse dem besonderen Bedarf der Patienten entsprechend kurzfristig intensiviert werden können. Ein weiterer besonders häufig geäußelter Aspekt betraf eine bessere Vernetzung mit spezialisierten, im Bereich der Traumatherapie fortgebildeten niedergelassenen Kollegen sowie stationären und teilstationären Einrichtungen (n=21).

3.5.2.2 Verbesserte Rahmenbedingungen

Auf die offene Frage nach wichtigen therapeutischen Rahmenbedingungen bei der Behandlung betroffener Patienten, wurden von insgesamt n=141 Personen Angaben gemacht (82%). Oft wurde darauf hingewiesen, dass traumatisierte Patienten besonders hohen Bedarf an niedrighschwelligen und flexiblen Angeboten hätten. Auch wurde benannt, dass bestimmte Rahmenkriterien in der Behandlung dieser Patienten richtungweisend sein können. Dies betreffe die Kriterien für eine Aufnahme in die Behandlung, etwa die zunächst oft nicht zu erreichende Abstinenz, aber auch möglichst geringe Wartezeiten und eine geschlechtsspezifische Beratung und Therapeutenwahl.

Besonders häufig (n=30) wurde die Notwendigkeit hochfrequenter, langfristiger Therapieangebote mit hoher Beziehungskontinuität betont und die Schwierigkeit, entsprechende Zusagen von den Kostenträgern zu erhalten, beklagt. Zudem wurde die intensive stationäre Betreuung durch Bezugspersonal als wichtig erwähnt, ebenso wie Rückzugsmöglichkeiten oder auch Einzelzimmer für die Patienten. Viele Patienten würden kontinuierliche Einzelgespräche in kurzen Intervallen benötigen und zusätzliche engmaschige Kontaktangebote, gegebenenfalls auch außerhalb der üblichen „Dienstzeiten“, d.h. abends und an Wochenenden benötigen. Überdies wurde ein Ausbau von Prävention und vermehrter Öffentlichkeitsarbeit über Auswirkungen unbewältigter Traumatisierung adressiert an Justiz, Arztpraxen, Politik, Schulen usw. gewünscht. Hinzu kam die Forderung mit dem Wunsch nach Anerkennung und Behandlung von Suchterkrankungen und Traumatisierungen als Krankheit.

3.5.2.3 Weitere perspektivische Angebote und Aspekte in der Behandlung

Auf die offene Frage nach weiteren wichtigen Aspekten zum Thema Suchttherapie und Trauma, wurden von insgesamt n=48 Personen Angaben gemacht (28%).

Es wurden sucht- und traumaspezifische Fort- und Weiterbildungen und mehr Forschungsgelder für die Thematik der Sucht- und Traumatherapie verlangt mit Hinblick auf eine adäquate Behandlung der betroffenen Patienten.

Der Wunsch nach einer besseren Vernetzung im Behandlungssystem und einer insgesamt verbesserten Integration in der Gesamtbehandlung wurde mehrfach geäußert. Weiter wurde genannt, dass die notwendigen finanziellen Rahmenbedingungen für eine ausreichende Therapie geschaffen werden müssten. Viele Aspekte eines differenzierten Angebotes, wie die Durchführung spezifischer Kleingruppenangebote und andere Therapieangebote seien nur mit einem besseren Personalschlüssel und adäquaten finanziellen Rahmenbedingungen möglich. Ein weiterer genannter Aspekt war, dass die häufig längere Therapiedauer bei betroffenen Patienten den von den Kostenträgern diktierten Rahmen sprengen würde bzw. dass die Behandlungsdauer zu kurz ist.

Die Problematik, dass die Rückfallquote bei diesen Patienten erhöht sei, wenn das Trauma unbehandelt bliebe, wurde ebenfalls als ein weiterer wichtiger verbesserungswürdiger Aspekt in der Sucht- und Traumatherapie genannt.

Zusätzlich genannte Gesichtspunkte waren die Notwendigkeit, eine genaue Definition von Trauma zu erhalten, um so eine bessere Diagnostik bei traumatisierten Patienten mit einer Substanzproblematik durchführen zu können. Des Weiteren wurde erwähnt, dass es zu wenig Therapieangebote für Männer gäbe. Darüber hinaus wurde mehrfach der Wunsch nach Übernahme neuerer Therapieformen und Interventionsmethoden bei der Behandlung traumatisierter Suchtpatienten geäußert.

3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der postalischen Umfrage

Wie oben dargelegt, wurde ein großes Interesse der antwortenden Kliniken (N=176) deutlich, das Versorgungsangebot für traumatisierte Patienten mit einer Suchtproblematik zu verbessern. Während nach Ansicht der teilnehmenden Personen Traumatisierungen bei durchschnittlich einem Drittel der Patienten eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik spielen, wurden nur aus knapp der Hälfte der Einrichtungen über spezifische Angebote berichtet. Häufig wurden Probleme in der Therapie Betroffener geschildert und der Wunsch nach spezifischer Weiterbildung geäußert. Hinzu kam der häufig geäußerte Wunsch nach einer besseren Vernetzung der ambulanten, stationären und teilstationären Angebote, um eine möglichst optimale Versorgung der Patienten auch über den stationären Aufenthalt hinaus zu erzielen. Besonders deutlich wurde diese Notwendigkeit anhand der Schilderung häufiger Probleme betroffener Patienten. So wurde in vielen Fällen von einer erhöhten Rückfallquote berichtet, wenn Traumatisierungen in der Behandlung keine Berücksichtigung finden.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

Aufgrund der flächendeckenden postalischen Befragung sämtlicher stationärer Suchteinrichtungen in Deutschland konnte die Gefahr von Stichprobenverzerrungen, wie sie bei anderen Studien mit postalischen Umfragen in Kauf genommen wurden (Unvollständige Adressen, ungenaue Datenerhebung über vorhandene Einrichtungen) vermieden werden. Allerdings wurde im Rahmen der Auswertung deutlich, dass die geographische Verteilung der antwortenden Einrichtungen uneinheitlich war. In Mecklenburg und Brandenburg war der prozentuale Rücklauf und somit die Beteiligung an der Befragung am größten mit 62% bezogen auf die angeschriebenen Kliniken. Dicht darauf folgten Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen (59-61%). Der geringste Rücklauf war in Thüringen zu verzeichnen (23%), gefolgt von Bayern und Hessen (38% bzw. 45%). Demnach ließ sich ein West-Ost und tendenziell auch ein Nord-Südgefälle beobachten, wobei auch die geringeren absoluten Zahlen an Fachklinik in ostdeutschen Bundesländern zu berücksichtigen sind.

Eine grundsätzliche methodische Schwierigkeit bei postalischen Untersuchungen besteht darin, dass nur wenig kontrolliert werden kann, welchen Hintergrund die Personen haben, die den Fragebogen beantworten. So wurde in der vorliegenden Untersuchung insbesondere von Personen in Leitungsfunktion geantwortet, wobei männliche Teilnehmer stärker repräsentiert waren als weibliche. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse anders ausgefallen wären, wenn mehr weibliche Teilnehmerinnen bzw. mehr Personen mit anderer Funktion befragt worden wären. Zudem ist anzunehmen, dass die 52% antwortenden Kliniken bereits eine Positivauslese darstellen, sowohl was das Interesse an traumatherapeutischen Angeboten, als auch was bereits vorliegende Angebote angeht.

Um trotz der gewählten Art der Befragung zu eindeutigen Ergebnissen zu gelangen, waren viele Items mit klaren Kategorien versehen. Dieses Vorgehen könnte einer der Gründe für die vergleichsweise hohe Rücklaufquote im Vergleich zu anderen postalischen Befragungen sein [69]. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass dabei eine Reduktion der gewonnenen Information in Kauf genommen werden musste. Dies wurde versucht, durch zusätzliche offene Antwortkategorien auszugleichen. Die dabei gewonnenen Informationen waren von großer Bedeutung für die Auswertung. Allerdings blieb in Einzelfällen (n=3) die Auswertung dieser Antworten schwierig, da sie nur schwer verständlich oder grob stichwortartig waren.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse der Befragung, bei denen die Befragten je nach Einrichtungstyp im Mittel mindestens ein Drittel der Patienten angaben, bei denen Traumatisierungen eine wesentliche Rolle in der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik spielen, wird deutlich, welche Bedeutung dem Thema in der Suchtbehandlung zukommt. Über zwei Drittel der Befragten (73%) schätzten den Anteil auf mindestens 30% aller Patienten. Auffällig war dabei, dass Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht der antwortenden Personen und der Einschätzung der Relevanz von Traumatisierungen bestanden. Traumatisierungen wurden von weiblichen Therapeutinnen als deutlich relevanter eingeschätzt als von männlichen Therapeuten. Dies könnte zum einen auf eine höhere Sensibilität weiblicher Therapeutinnen in Bezug auf die Problematik zurück zu führen sein. Zum anderen könnte dies den Umstand widerspiegeln, dass weibliche Therapeutinnen oft eine höhere Anzahl weiblicher Patientinnen behandeln, bei denen Traumatisierungen im Verhältnis häufiger vorliegen.

Auffällig war, dass in Einrichtungen, in denen (auch) drogenabhängige Patienten behandelt wurden, die wahrgenommene Relevanz von Traumatisierungen im Mittel 50% der Patienten betraf, während dieser Anteil in Einrichtungen, die ausschließlich Alkoholpatienten behandelten, mit 30% deutlich niedriger war. Dieser Befund stimmt gut mit Befunden aus der Literatur überein, wo regelhaft

höhere Raten traumatischer Erfahrungen bei Drogen- im Vergleich zu Alkoholpatienten berichtet werden. Alternativ könnte dieser Befund auch darauf hindeuten, dass in Drogeneinrichtungen verglichen mit Alkoholeinrichtungen bereits eine höhere Sensibilität in Bezug auf die Bedeutung traumatischer Erfahrungen bei den Patientinnen und Patienten besteht. Weiteren Einfluss auf die Angaben könnte die stark unterschiedliche Verweildauer in den verschiedenen Einrichtungen gehabt haben. So ist anzunehmen, dass in Drogeneinrichtungen, die häufig eine eher längere Verweildauer aufweisen, Traumatisierungen im Verlauf der Behandlung eher exploriert, bzw. von den Patientinnen und Patienten berichtet werden. Die Bedeutung des Faktors Verweildauer spiegelte sich auch in den Antworten der Befragten im Hinblick auf wünschenswerte Verbesserungen der aktuellen Rahmenbedingungen wieder. Verbesserungsbedarf wurde auch in Bezug auf die aktuelle personelle Besetzung deutlich. So gaben etwa zwei Drittel der Antwortenden einen großen Bedarf an einem verbesserten Personalschlüssel an. Im Hinblick auf Verbesserungen der aktuellen Situation kam dem Wunsch nach Weiterbildung eine hohe Bedeutung zu. Weit über die Hälfte der Befragten wünschte eine bessere Aus- und Weiterbildung von Therapeuten.

In scheinbarem Gegensatz dazu antwortete auf die Frage nach bereits vorhandenen Angeboten von den antwortenden N=171 eine überraschend hohe Zahl von Einrichtungen (n=137; 78%), dass solche bereits vorhanden seien. Allerdings ließen sich diese Angaben in zwei Gruppen unterteilen, wobei die erstere gezielt über spezifische traumatherapeutische Angebote berichtete (N=58; 33%). Die zweite Gruppe (n=79; 46%) machte Angaben, die weniger spezifisch auf gezielte Traumatherapie schließen ließ. So blieb letztlich unklar, wie qualifiziert traumatische Erfahrungen „in der Einzeltherapie berücksichtigt“ werden, zumal in vielen Fällen die Leiter der Einrichtungen und nicht die Therapeuten selbst die Fragebögen beantworteten. Weiter muss gerade auch im Hinblick auf diese Angaben berücksichtigt werden, dass die antwortenden Einrichtungen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Positivauslese der insgesamt angeschriebenen N=340 Einrichtungen darstellen und die berichteten Zahlen nicht auf das gesamte stationäre Versorgungssystem übertragen werden können.

Werden im Sinne einer konservativen Schätzung lediglich die N=58 Einrichtungen zugrunde gelegt, so würde in lediglich 17% aller stationären Einrichtungen Traumatisierungen entsprechend dem aktuellen Stand der Traumatherapie berücksichtigt. Auch wenn anzunehmen ist, dass sich in der zweiten Gruppe bzw. den nicht antwortenden Kliniken qualifizierte Angebote finden, steht dies nach wie vor in deutlicher Diskrepanz zum anzunehmenden Bedarf.

Bei näherer Betrachtung ließ sich beobachten, dass unterschiedliche Einrichtungstypen über ein unterschiedliches Ausmaß spezieller traumaspezifischer Angebote berichteten. So gaben 50% der psychiatrischen Einrichtungen die Verfügbarkeit traumatherapeutischer Angebote an, verglichen mit etwa ein Drittel der Suchtfachkliniken. Adaptionseinrichtungen waren mit 8% deutlich unterrepräsentiert. Offen bleibt, inwieweit die geringere Beteiligung in ost- bzw. manchen süddeutschen Bundesländern auf ein geringeres Interesse an der Thematik und ggf. weniger spezifische Angebote schließen lässt, oder ob auch andere Faktoren sich auf diese Verteilung ausgewirkt haben (z.B. differierende Personalschlüssel in verschiedenen Bundesländern mit Konsequenzen für die Beteiligung an der Befragung).

4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, einen Eindruck davon zu erhalten, welcher Stellenwert Traumatisierungen bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen in stationären Suchteinrichtungen bundesweit zugemessen wird. Bereits die für postalische Befragungen hohe Teilnehmerquote (52%) deutet darauf hin, dass an dieser Fragestellung ein erhebliches Interesse besteht. Explizit wurde dies in offenen Fragestellungen am Ende des Fragebogens deutlich, in denen die Teilnehmer die Möglichkeit hatten, sich zu für sie wichtige Aspekten in Bezug auf das Thema zu äußern, sowie anhand des Ergebnisses, dass über 90% der befragten Personen mit „eher ja“ oder „ja“ auf die Frage antworteten, ob traumaspezifische Angebote als notwendig erachtet werden. Über zwei Drittel der befragten Personen (73%) schätzen den Anteil von Patientinnen und Patienten, bei denen Traumatisierungen eine wesentliche Rolle in der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik spielen auf mindestens 30%. Betrachtet man die aktuelle Versorgungssituation, wobei bei konservativer Schätzung lediglich 17% aller stationären Einrichtungen über traumaspezifische Angebote verfügen, so wird ein erheblicher Bedarf an einem weiteren Ausbau traumaspezifischer Angebote deutlich. Auch der häufig geäußerte Wunsch nach spezifischer Fort- und Weiterbildung deutet darauf hin, dass noch keine angemessene Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen und ihrer Folgen in der aktuellen Praxis der stationären Suchttherapie in Deutschland stattfindet. Zeitgleich besteht eine hohe Bereitschaft zumindest in einem Teil der befragten Kliniken, dies zu ändern. Sinnvoll erscheint zum einen von Seiten der Einrichtungen weiter zu überprüfen, inwieweit Behandlungsmethoden und Konzepte besser an die Versorgung traumatisierter Suchtkrankter angepasst werden können. Zum anderen sollte von Seiten der Kostenträger der für die Behandlung benötigte finanzielle Rahmen für eine adäquate, langfristig erfolgreiche Therapie der Betroffenen geschaffen werden.

5. Literaturverzeichnis

1. Kapfhammer, H.-P. (2000): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller H., Laux G., Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer, 1247-1272.
2. Can I.L. & Pearlman, L.A. (1990): *Psychological Trauma and the Adult Survivor. Theory, Therapy and Transformation*. New York: Brunner / Mazel.
3. Bremner, J.D. (2003): Long term effects of long childhood abuse on brain and neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 271-292.
4. Simpson, T.L. & Miller, W.R. (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clin. Psychology review*, 22, 27-77.
5. Duncan, R.D., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Hanson, R.F. & Resnik, H.S. (1996): Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse. Findings from national survey. *Am. J. Orthopsychiatry*, 66, 437-448.
6. Finkelhor, D. (1990): Early and long term effects of child sexual abuse. *Professional Psychol.*, 21, 325-330.
7. Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hetttema, J.M., Myers, J. & Prescott, C.A. (2000): Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. An epidemiological and cotwin control analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 75, 953-959.
8. Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W. & Petzold, E. R.(2004): *Posttraumatische Belastungsstörung-Leitlinie und Quellentext*, 2. Auflage, by Schattauer, Stuttgart, Germany, 36-50.
9. Mc Cauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.E., De Chant, H.K., Ryden, J., Derogatis L.R. & Bass, E.B. (1997): Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *J. Am. Med. Assoc.*, 277, 1362-1368.
10. Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Mark, S. (1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study. *Am. J. Prev. Med.*, 14, 245-58.

11. Romans, S., Belaise, C., Martin, J., Morris, E. & Raffi, A.(2002):
Childhoodabuse and later medical disorders in women.
An epidemiological study. *Psychother. Psychosom.*, 71, 141-50.
12. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical
manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC:
American Psychiatric Press.
13. ICD-10 (International Classification of Diseases; Internationale
Klassifikation psychischer Störungen) Klinisch diagnostische
Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation.
Durchgesehene und ergänzte Auflage (2000).
Titel der englischen Originalausgabe: World health organisation.
The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.
Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO Geneva, 1992.
14. Herman, J.L. (1992): Complex PTSD. A syndrome in survivors
of prolonged and repeated trauma. *J. Trauma stress*, 5, 377-391.
15. Terr, L.C. (1991): Childhood Traumas. An outline and an overview.
Am. J. Psychiatry, 148, 10-20.
16. Arellano, C.M. (1996): Child maltreatment and substance use.
A review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 31, 927-935.
17. Langeland, W. & Hartgers, C. (1997): Child sexual and physical
abuse and alcoholism. A review. *J. Studies on Alcohol*, 59, 336-348.
18. Zenker, C., Bammann, K. & Jahn, I. (2002): Ursachen und Differenzierung
der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. *Sucht aktuell*, 2, 15-20.
19. Schmid, S.A. (2000): Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs bei
Opiatabhängigen - Themenbezogene Grundlagen, Konzept, Durchführung
und Ergebnisse eines Kontrollgruppenvergleichs. Berlin: VWB,
Verlag für Wiss. und Bildung.
20. Schäfer, M., Schnack, B. & Soyka, M. (2000): Sexueller und
körperlicher Missbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz
bei späterer Drogenabhängigkeit. *Psychotherapie, Psychosomatik,
Medizinische Psychologie*, 50, 38-50.
21. Krausz, M., Briken, P. (2002): Sexueller Missbrauch bei opiatabhängigen
Frauen in Relation zu biographischen Faktoren, Suchtentwicklung
und psychischer Symptomatik. *Suchttherapie*, 3, 178-183.

22. Khantzian, E. (1985): The self-medication hypothesis of addictive disorders. Focus on heroine and cocaine dependence. *Am. J. Psychiatry*, 142, 1259-1264.
23. Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Hauf, A.C., Paradis, A.D., Wasserman, M.S. & Langhammer, D.M. (2000): Comorbidity of substance use and posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *Am. J. Orthopsychiatry*, 70, 253-262.
24. Bremner, J.D., Southwick, S.M., Darnell, A. & Charney, D.S. (1996): Chronic PTSD in Vietnam combat veterans. Course of illness and substance abuse. *Am. J. Psychiatry*, 153, 369-375.
25. Ross, H.E., Glaser, F.B., Germanson, T. (1988): The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45, 1023-1031.
26. Brady, K.T., Killeen, T., Saladin, M.E., Dansky, B. & Becker, S. (1994): Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder. Characteristics of women in treatment. *Am. J. Addictions*, 3, 160-164.
27. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
28. Burns, L. & Teeson, M. (2002): Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Dependence*, 68, 299-307.
29. Schneider, U., Altmann, A., Baumann, M., Bernzen, J., Bertz, B., Bimber, U. et al. (2001): Comorbid anxiety and affective disorders in alcohol-dependent patients seeking treatment. The first Multicenter Study in Germany. *Alcohol Abuse*, 36, 219-223.
30. Landheim, A.S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2003): Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *Eur. Addict. Research*, 9, 8-17.
31. Driessen, M., Arolt, V., John, U., Veltrup, C. & Dilling, H. (1996): Psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics after detoxification treatment. *Eur. Addict Research*, 2, 17-23.

32. Mills, K.L., Teesson, M., Ross, J. & Peters, L. (2006): PTSD and substance abuse disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Am. J. Psychiatry*, 163, 273-283.
33. Hien, D., Cohen, L. & Campbell, A. (2005): Is traumatic stress vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clin. Psychol. Rev.*, 25, 813-823.
34. Schäfer, I., Najavits, L.M. (2007): Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 614-618.
35. Cohen, L.R. & Hien, D.A. (2006): Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatr. Serv.*, 2006, 57, 100-106.
36. Evren, C. & Evren, B. (2005): Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug, Alcohol Depend.*, 80, 15-22.
37. Najavits, L.M., Sonn, J., Walsh, M. & Weiss, R.D. (2004): Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviours*, 29, 707-715.
38. Triffleman, E.G., Marmar, C.R., Delucchi, K.L. & Ronfeldt, H. (1995): Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse in patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 183, 172-176.
39. Kutscher S. & Hayatghebi, S. (2002): Traumatische Lebensereignisse und posttraumatische Belastungsereignisse bei alkoholabhängigen Patienten. *Nervenarzt, Suppl. 1*, 200-201.
40. Schäfer, I. & Reddemann, L. (2005): Traumatisierung und Sucht. Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3 (3), 9-18.
41. Ouimette, P. & Finney, J. (1999): Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13, 105-114.
42. Hien, D.A., Nunes, E., Levin, F.R. & Fraser, D. (2000): Posttraumatic stress disorder and short-term outcome in early methadone treatment. *J. Substance Abuse Treatment*, 19 (1), 31-37.

43. Najavits, L., Weiss, R. & Shaw, S. (1999): A clinical profile of women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Psychology of Addictive Behaviours*, 13, 98-104.
44. Kang, S.-Y., Deren, S. & Goldstein, M.F. (2002): Relationships between childhood abuse and neglect experience and HIV risk behaviours among methadone treatment drop-outs. *Child Abuse Negl.*, 26, 1275-1289.
45. Ouimette, P.C., Moos, R.H. & Finney, J.W. (2000): Two-Year mental health service use and course of remission in patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *J. Studies on Alcohol*, 61(2), 247-253.
46. Brown, P.J., Stout, R.L. & Gannon-Rowley, J. (1998): Substance use disorder - PTSD Comorbidity - Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *J. Substance Abuse Treatment*, 15, 445-448.
47. Schäfer, I. & Krausz, M. (2006): Trauma und Sucht. Konzepte - Diagnostik - Behandlung. *Leben lernen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 91-108, 256-270.
48. Wienberg, G. (1992): Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
49. Walker, E.A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., von Korff, M., Koss, M.P. & Katon, W.J. (1999): Cost of health care used by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch. of General Psychiatry*, 56, 609-613.
50. Veysey, B.M. & Clark, C. (2004): Responding to Physical and Sexual Abuse in Women with Alcohol and other Drug and Mental Disorders. Program Building, The Haworth Press.
51. Silver, S.M., Rogers, S. & Russel, M. (2008): Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *J. Clin. Psychology*, 64 (8), 947-957.
52. Wilson, S.A., Becker, L.A. & Tinker, R.H. (1997): Fifteen-month follow-up of EMDR treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *J. Consult Clin. Psychology*, 65, 1047-1056.
53. Trautman, S. & Voigt, B. (2007): Körper und Kunst in der Psychotraumatologie. Stuttgart, Germany: Schattauer. 42; 85-90, 229-232, 260-262.

54. Najavits, L.M. (2002): Seeking Safety. A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. New York: Guilford Press.
55. Najavits, L.M. (2009): Ein Therapieprogramm für Posttraumatische Belastungsstörungen und Sucht – Sicherheit finden. Dt. Übersetzung von Schäfer I, Stubenvoll M, Dilling A. Göttingen: Hogrefe Verlag.
56. Donovan, B., Padin-Rivera, E. & Kowaliw, S. (2001): Transcend initial outcomes from a posttraumatic stress disorder / substance abuse treatment program. *J. Traumatic Stress*, 14, 757-772.
57. Dansky, B.S. & Brady, K.T. (1998): Exposure therapy for posttraumatic stress disorder and substance abuse. Unpublished manuscript, Medical University of South Carolina.
58. Triffleman, E., Carroll, K. & Kellogg, S. (1999): Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy. An integrated cognitive – behavioral approach. *J. Substance Abuse Treatment*, 17, 3-14.
59. Brady, K.T., Sonne, S., Anton, R.F. et al. (2005): Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcohol Clin. Exp. Research*, 29, 395-401.
60. Kofoed, L., Freidman, M.J. & Peck, R. (1993): Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. *Psychiatric Quarterly*, 64, 151-171.
61. Jacobsen, L.K., Southwick, S.M. & Kosten, T.R. (2001): Substance use disorders in patients with PTSD. A review of the literature. *Am. J. Psychiatry*, 158, 1184-1190.
62. Brown, P., Stout, R. & Gannon-Rowley, J. (1998): Substance use disorder - PTSD comorbidity. *Addiction and psychiatric treatment rates. Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 115-122.
63. Bortz, J. & Döring, N. (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation*. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 30.
64. BKK - Betriebskrankenkassen Bundesverband. BKK Suchtinfo (2004), 2203, Essen.
65. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe („Buss“) e.V. (2004): Suchanfrage für Einrichtungen im Suchtbereich unter www.suchthilfe.de. Gesetzlicher Vorstand: Dr. Martin Beutel (Vorsitzender), Geschäftsführer: Dr. Andreas Koch.

66. Fachverband Sucht e.V. (2004): Verzeichnis für Mitgliedseinrichtungen: Fachkliniken, Komplementäre Einrichtungen, Tageskliniken, sowie ambulante Behandlungs- und Beratungsstellen. Eingabebearbeitung und Layoutgestaltung durch Ursula Reingen, Bonn.
67. Vielfalt e.V. (2002): Verein zur Aufklärung über Dissoziation als Überlebensmuster - Stationäre Therapieangebote für schwer traumatisierte Menschen bzw. Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstörung. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung ausgewählter Kliniken im Sommer 2002.
68. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (1997): Richtlinien zur Manuskriptgestaltung, 2. Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
69. Bortz, J. & Döring, N. (2001): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 3. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 256-257.

6. Anhang

6.1 Anschreiben



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)
der Universität Hamburg
Martinstraße 52
20246 Hamburg

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. Ingo Schäfer
Telefon: (040) 42803-7904
Telefax: (040) 42803-8351
i.schaefer@uke.uni-hamburg.de
<http://www.zis-hamburg.de>

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

In den vergangenen Jahren wurde die Frage nach Zusammenhängen zwischen psychischen Traumatisierungen und Abhängigkeitserkrankungen und deren Relevanz für die Praxis wiederholt diskutiert. Bislang blieb dabei unklar, wie dieses Problem in der stationären Versorgung Suchtkranker in Deutschland eingeschätzt wird und in welcher Form Traumatisierungen in der Behandlung berücksichtigt werden. Um einen Eindruck davon zu gewinnen, wenden wir uns deshalb zur Zeit bundesweit an stationäre Einrichtungen im Suchtbereich und möchten Sie bitten, auf dem beiliegenden Antwortbogen einige Fragen zu diesem Thema zu beantworten. Dabei ist uns Ihre Teilnahme in jedem Fall wichtig, unabhängig von den Gegebenheiten in Ihrer Einrichtung. Nur bei einer möglichst umfassenden Teilnahme können wir zu einem realistischen Ergebnis kommen!

Die Auswertung des Bogens erfolgt selbstverständlich anonym. Ein weiteres Ziel der Befragung ist es jedoch, Grundlagen für Netzwerke zu erarbeiten, die den Zugang zu Informationen und Weiterbildungsmöglichkeiten erleichtern sollen. Wenn Sie Interesse daran haben, oder die Ergebnisse der Befragung erfahren möchten, besteht deshalb die Möglichkeit, dies auf dem Fragebogen zu vermerken.

Das Ausfüllen des Fragebogens sollte nicht mehr als 5-10 Min. in Anspruch nehmen. Falls Sie dies für sinnvoll erachten, besteht selbstverständlich die Möglichkeit, ihn an eine/n dafür geeignete/n Kollegen/in weiter zu geben. Für eventuelle Rückfragen stehen wir selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Mitarbeit und freuen uns über weitere Anregungen und Ideen.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. I. Schäfer

T. -S. Thiessen

6.2 Postalischer Fragebogen

Im Folgenden möchten wir Ihnen einige Fragen dazu stellen, wie Sie die Relevanz von psychischen Traumatisierungen bei Suchtpatienten/-innen einschätzen und ob in Ihrer Einrichtung spezifische Versorgungsangebote für diese Patientengruppe vorhanden sind. Unter „psychischen Traumatisierungen“ verstehen wir dabei Erlebnisse, die eine deutliche Bedrohung für die körperliche oder psychische Unversehrtheit der Betroffenen darstellen. Beispiele sind sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung im Kindesalter, bzw. Erfahrungen körperlicher oder sexueller Gewalt in späteren Lebensphasen. Sollte nicht ausreichend Platz für Ihre Antworten zur Verfügung stehen, so verwenden Sie bitte falls gewünscht ein zusätzliches Blatt Papier.

Traumatisierung bei Suchtpatienten –
Relevanz und spezifische Behandlung in der stationären Suchttherapie

1	Wie viele Behandlungsplätze umfasst Ihre Einrichtung insgesamt?	Ca.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2	Wie lange werden die KlientInnen durchschnittlich betreut?	Ca. Wochen	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3	In welchem Postleitzahlenbereich liegt Ihre Einrichtung? (Bitte tragen Sie die vollständigen Ziffern ein)	PLZ	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4	Welches sind die Hauptindikationen für die Therapie in Ihrer Einrichtung? (Mehrfachnennung möglich)	Alkoholabhängigkeit..... Medikamentenabhängigkeit..... Drogenabhängigkeit..... Mehrfachabhängigkeit..... Andere: _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
5	Gibt es Einschränkungen für die Aufnahme in Ihr Behandlungsprogramm?	Nein..... Substituierte KlientInnen..... Mehrfachabhängige KlientInnen..... Psychiatrische Komorbidität..... Geschlechtsspezifische Kriterien..... Andere: _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
6	Gibt es Schwerpunkte bezüglich der therapeutischen Ausrichtung in Ihrer Klinik?	-Tiefenpsychologisch Fundiert -Verhaltenstherapie -Familientherapie Andere: _____	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
7	Bei wie viel Prozent Ihrer KlientInnen gehen Sie davon aus, dass Traumatisierungen eine wesentliche Rolle in der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Suchtproblematik spielen?	Ca.	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> %

Traumatisierung bei Suchtpatienten –
Relevanz und spezifische Behandlung in der stationären Suchttherapie

8 Sind Sie der Meinung, dass spezielle Angebote für Klientinnen und Klienten mit traumatischen Lebensereignissen notwendig sind? Nein Eher Nein Eher Ja Ja

9

Falls Sie eine Relevanz sehen, bitte beschreiben Sie, welche besonderen Erfahrungen bei der Therapie traumatisierter KlientInnen auftreten.

10 Sind in Ihrer Einrichtung traumaspezifische Angebote vorhanden? Ja Nein

11 Wenn Ja, in welcher Form?

Traumatisierung bei Suchtpatienten –
Relevanz und spezifische Behandlung in der stationären Suchttherapie

12

Gibt es bestimmte weitere therapeutische Rahmenbedingungen, die Ihnen einfallen und welche sinnvoll für die Behandlung dieser Patienten sein könnten?

13

Wie hoch ist der prozentuale Anteil der KlientInnen in Ihrer Einrichtung, die an einer (trauma-) spezialisierten Intervention teilnehmen?

%

14

Können Sie sich für Ihre Einrichtung die Erweiterung des Angebotes in Richtung spezialisierter Behandlung von Traumaklienten vorstellen?

Ja

Nein

15

Gibt es diesbezüglich konkrete Pläne?

Ja

Nein

16

Wenn Ja, wie sehen diese Pläne aus?

17

Stellen Sie sich vor, Ihrer Einrichtung ständen 500.000 EUR zu Verfügung, um verbesserte Rahmenbedingungen in Ihrer Klinik zu entwickeln. Für welche traumaspezifischen Projekte sollte Ihrer Meinung nach das Geld am sinnvollsten investiert werden?

18

Fallen Ihnen noch andere wichtige Aspekte zum Thema Suchttherapie und Trauma ein, die oben noch nicht angesprochen wurden?

19

Welche berufliche Position besitzen Sie?

Leiter der Einrichtung.....

Angestellter.....

Andere: _____

20

Falls gewünscht, hier Angaben zu Ihrer Einrichtung:

NAME:

ADRESSE:

KLINIK:

Zum Schluss möchten wir uns noch einmal ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Teilnahme bedanken.

Wenn von Ihnen erwünscht, werden Sie frühestmöglich über die Ergebnisse der postalischen Befragung informiert.

Wie bereits erwähnt erfolgt die Auswertung des Bogens selbstverständlich anonym.

Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Ihnen eine schöne Vorweihnachtszeit und alles Gute!

ε ε ε **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!** ε ε ε

IV. Danksagung

Die vorliegende Untersuchung war nur durch die Mitarbeit der Teilnehmer der Befragung möglich, welchen ich hiermit meinen herzlichen Dank ausspreche.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Dr. I. Schäfer vom Universitätskrankenhaus Eppendorf für seine sehr freundliche und hilfsbereite Unterstützung, als auch seine wertvollen inhaltlichen und methodischen Anregungen und seine stets freundliche und selbstverständliche Hilfe beim Überwinden zahlreicher organisatorischer Hindernisse.

Herrn Professor Dr. Haasen möchte ich für die Überlassung des Themas danken.
Herrn Professor Dr. Naber danke ich für die Unterstützung durch die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie.

Schließlich sei vielen weiteren Mitarbeiter/innen des Universitätskrankenhauses Eppendorf gedankt, die mir trotz der alltäglichen Belastungen freundlich und bereitwillig zur Hilfe standen bei der Umsetzung der Versendung der postalischen Umfrage.

Zum Schluss möchte ich mich hiermit vor allem noch ganz besonders herzlich bei meinen lieben Eltern bedanken, die mir immer die notwendige Unterstützung in jeglicher Hinsicht gegeben haben, um mir dieses Studium zu ermöglichen.

Auch meinen Freunden danke ich für die stetige herzliche Unterstützung und Hilfsbereitschaft in allen Lebenslagen.

V. Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.


Unterschrift

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 28.6.2011

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. C. Haas

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: PD Dr. J. Rüter

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: PD Dr. C. Spitzer