

Integrative Behandlung von Drogenabhängigkeit und Traumatisierung in der Fachklinik Beusingser Mühle – Beschreibung eines Konzeptentwicklungsprozesses

S. Teunißen

Integrative Treatment of Drug Dependence and Trauma at the Specialised Hospital Beusingser Mühle – Development of a Treatment Concept

Die Beusingser Mühle ist eine Fachklinik zur stationären medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger in Trägerschaft der Diakonie Hochsauerland-Soest e.V. Sie wurde 1973 gegründet und verfügt über 25 Therapieplätze für drogenabhängige Frauen und Männer ab 18 Jahren. Im Rahmen des ganzheitlich-tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzepts hat sich die Beusingser Mühle mit ihrem Angebot insbesondere auf die Rehabilitation junger erwachsener Drogenabhängiger mit in der Regel polytoxikomanem Suchtmittelgebrauch und die geschlechtsspezifische Behandlung einschließlich Paartherapie spezialisiert. Außerdem berücksichtigt die Therapie die differenziellen Erfordernisse russlanddeutscher Migranten.

Unser Interesse an innovativen Traumatherapie-Verfahren, wie der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie nach Reddemann [1, 2] oder der von Francis Shapiro [3] entwickelten EMDR-Methode, resultierte auch aus einer intern durchgeführten Analyse von Therapieabbrüchen und irregulären Entlassungen im Zuge von Rückfällen nach bereits fortgeschrittener Therapiedauer. Dabei zeigte sich bei dieser Klientel, dass darunter gehäuft polytoxikomane Patientinnen und Patienten mit den Symptomen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung [4] bzw. einer Störung im Sinne von DESNOS („Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ [5]) waren. Dieser Zusammenhang wird durch klinische Forschung gestützt [6, 7]. Es treten dabei Störungen in der Affekt- und Impulsregulierung, der eigenen Identität, der Beziehungsgestaltung, Somatisierungsstörungen und Veränderungen in den bisher tragenden Bedeutungssystemen auf.

Bei der Integration der neuen traumatherapeutischen Verfahren befassten wir uns mit grundlegenden Widersprüchen zwischen Traumatherapie und „klassischer“ stationärer Drogentherapie in

Bezug auf die therapeutischen Grundhaltungen und Prinzipien der Behandlung [8]. Gleichwohl lassen sich auf dem Hintergrund der allgemeinen Ziele der stationären medizinischen Suchtrehabilitation, der sozialen und beruflichen Reintegration und langfristigen Suchtmittelabstinenz, gemeinsame Zielsetzungen für die integrative Behandlung von Drogenpatientinnen und -patienten mit Traumafolgestörungen entwickeln. Im weiteren Konzeptentwicklungsprozess erarbeiteten wir im interdisziplinären Klinikteam operationale Ziele [9] für die entsprechenden Maßnahmen und Leistungen zur integrativen Behandlung von Drogenabhängigkeit und Traumatisierung. Im Sinne einer integrativen Perspektive [10] ging es dabei nicht in erster Linie darum, einzelne zusätzliche Therapieangebote zu installieren, sondern darum, im Querschnitt wesentliche traumatherapeutische Zielsetzungen im gesamten medizinisch-therapeutischen Leistungsspektrum der Klinik zu verankern. Grundsätzlich brauchen traumatisierte Patientinnen und Patienten mit ihren Erfahrungen von Ohnmacht, Angst und Isolation durch körperliche und/oder sexuelle Gewalt, emotionale Misshandlung und Vernachlässigung in der Lebensgeschichte die Erfahrung von äußerer und innerer Sicherheit sowie Persönlichkeitsstärkung. Im Kliniksetting soll jede Art potenzieller Retraumatisierung vermieden werden. Tab. 1 zeigt die bereichsbezogenen Ziele und Leistungen der Beusingser Mühle zur indikationsorientierten Berücksichtigung von Drogenabhängigkeit und Traumatisierungen.

Selbstverständlich bedeutet die Spezialisierung auf Traumatisierungen im Kontext der medizinischen Drogenrehabilitation nicht, dass man sich dabei nicht auch auf schon allgemein bewährte Behandlungsgrundlagen, wie sie in jeder klinischen Suchteinrichtung gegeben sind, beziehen kann. Das gewählte methodische Vorgehen im Prozess der konzeptuellen Verände-

Institutsangaben

Fachklinik Beusingser Mühle, Bad Sassendorf

Korrespondenzadresse

Sybille Teunißen · Psych. Psychotherapeutin, Klinikleiterin Fachklinik Beusingser Mühle · Beusingser Mühle 1 · 59505 Bad Sassendorf · E-mail: steunissen@diakonie-hsk-soest.de

Bibliografie

Suchttherapie 2004; 5: 137–139 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-813335
ISSN 1439-9903

Tab. 1 Traumatherapeutische Zielsetzungen im medizinisch-therapeutischen Leistungsspektrum der Fachklinik Beusingser Mühle

Bereiche	Ziele	Leistungen/Maßnahmen
Rahmenbedingungen der Klinik	<ul style="list-style-type: none"> – Vermittlung von Schutz und äußerer Sicherheit – Einladung zur Kooperation und Übernahme von Eigenverantwortung – Vermeidung von Retraumatisierung 	<ul style="list-style-type: none"> – spezifisches Empfangsritual – geschlechtsgetrennte Wohn- und Aufenthaltsbereiche – Hausordnung gestattet <i>keine</i> verbale, körperliche, sexualisierte Gewalt – Setting ermöglicht Rückzug, indiv. Vereinbarungen und Grenzsetzung
Diagnostik und Behandlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> – Differenzialdiagnostik, Klärung des biografischen Kontextes – Stabilisierung, Vermittlung von Kontrolle und Schutz – Förderung der Wahrnehmung eigener Ressourcen und Entwicklungspotenziale 	<ul style="list-style-type: none"> – spezifische Trauma-Diagnostik und Anamneseerhebung – Entwicklung individueller Ziele im interdisziplinären Team gemeinsam mit PatientIn – indikationsangepasster Therapievertrag
Medizin	<ul style="list-style-type: none"> – Stabilisierung, Vermeidung von Retraumatisierung – Erkennen von Zusammenhängen zwischen Traumatisierungen und somato-psychischen Auswirkungen 	<ul style="list-style-type: none"> – traumasensible medizinische Untersuchungen – Beratung zu und Behandlung von psychosomatischen Begleiterkrankungen – fakultative Medikation
Arbeitsbezogene mediz. Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung eigener beruflicher Zieldefinitionen – Steigerung der Leistungsfähigkeit und der Fähigkeit zur prakt. Lebensbewältigung – Förderung der Selbsteinschätzung bez. Ressourcen und Entwicklungspotenzialen – Verbesserung der sozialen Kompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> – Individuelle Arbeitstherapiediagnostik und Behandlungsplanung – indikationsbezogene Einzelgespräche und/oder modulare Gruppenangebote zur beruflichen Perspektivenklärung – spezifische Projekte zu Frau und Arbeit/Beruf – Hirnleistungstraining
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> – Erfahrung innerer Sicherheit und Kontrolle – Erkennen von Zusammenhängen zwischen Traumatisierungen, der Suchtgeschichte und anderen seelisch-körperl. Auswirkungen – Erlernen von Achtsamkeit und Selbstfürsorge, bewusste Distanzierung von belastenden Erfahrungen üben – Entwicklung einer flexiblen Beziehungsgestaltung, bewussten Umgang mit Nähe und Distanz üben – heilsamen Umgang mit dem Körper erlernen, Erfahrung des eigenen (Körper-)Raums – beginnende Integration der traumatischen Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte 	<ul style="list-style-type: none"> – themenspezifische Psychoedukation – Einsatz traumaspezifischer Verfahren (kogn.-verhaltenstherap. und hypnotherap. Methoden, Psychodynamisch Imaginative Psychotherapie, Ego-State-Therapy, EMDR) – regelmäßige Einzeltherapie – Frauen-/Männergruppe – Körperpsychotherapie geschlechtsgetrennt – Stabilisierungsgruppe – geschlechtsgetrennte intensivtherapeutische Projekte (Umgang mit Aggression und Gewalt, Selbstbehauptung und Selbstverteidigung für Frauen etc.)
Sport/Freizeit	<ul style="list-style-type: none"> – Aktivierung – Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens und der Entspannungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Sport geschlechtsgetrennt – Lauftraining – Sauna – Qi Gong, Feldenkrais
Diverses	<ul style="list-style-type: none"> – ggf. Einleitung einer traumaspezifischen Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> – Vernetzung mit niedergelassenen TherapeutInnen und Spezial-Kliniken

rung ist aber geeignet, den spezifischen Entwicklungsbedarf herauszuarbeiten. Klar ist, dass in der Gruppentherapie ressourcenorientiert mehr am „Hier und Jetzt“ gearbeitet wird und die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen der Patientinnen und Patienten der kontinuierlich stattfindenden Einzeltherapie vorbehalten bleibt. In diesem Zusammenhang wird in der Einzeltherapie dann vor dem differenziellen Einsatz spezifischer traumatherapeutischer Methoden insbesondere an einer Verankerung von persönlichen Kraftquellen und Möglichkeiten der Erfahrung innerer Sicherheit und Kontrolle gearbeitet.

Teilweise geht es darum, einen indikationsorientierten Behandlungsfokus zu setzen. So befasst sich die geschlechtsspezifische Körpertherapie in der Beusingser Mühle zur Stützung und Stabilisierung mit einer übungszentrierten, nicht tiefenden Auseinandersetzung mit dem eigenen Stand, dem eigenen (Körper-)Raum und den (Körper-)Grenzen etc. Außerdem wurde zur Förderung der Entspannungsfähigkeit Qi Gong und Feldenkrais statt der bisher durchgeführten Progressiven Muskelentspannung installiert. Die Progressive Muskelentspannung scheint bei traumatisierten Menschen mit einer entsprechenden Angst- und Stresssymptomatik problematisch zu sein [11]. In Ergänzung des

klinischen Leistungsspektrums setzen wir in der diagnostischen Phase spezifische Instrumente zur Trauma-Diagnostik ein und haben die Anamneseerhebung derart gestaltet, dass bewusste Distanzierung und Kontrolle von traumatischen Erlebnisinhalten gefördert wird. Weiterhin wurde eine drei Mal wöchentlich morgens stattfindende Stabilisierungsgruppe eingerichtet zum Erlernen von Übungen zur Förderung von Selbstberuhigung und Selbstfürsorge. Die Übungen, die mehrheitlich der Psychodynamisch-Imaginativen Traumatherapie nach Reddemann [1] entstammen, wurden mit der Zeit immer besser in Sprache und Vorgehen einem Gruppensetting mit zumeist jungen erwachsenen Drogenabhängigen angepasst.

Im Bereich der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation hat die interne Konzeptveränderung vor allem dazu beigetragen, differenzielle Behandlungsstrategien zu den in diesem Bereich besonders deutlich werdenden Störungen der sozialen Kompetenz bei den traumatisierten Patientinnen und Patienten zu entwickeln. Das beschriebene Fallbeispiel mag exemplarisch die traumaadaptierte Therapie drogenabhängiger Patienten in unserer Klinik verdeutlichen.

Fallbeispiel Herr P., 22 Jahre, Diagnose Polytoxikomanie und emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus. Erste stationäre Therapie.

Herr P. stammt aus Russland. In unserer Einrichtung griff Herr P. gerne das Angebot auf, über seine Kindheit aus einer distanzierteren Beobachterperspektive zu berichten. Danach habe „der Junge“, solange er zurückdenken könne, massive physische Gewalt, Herabsetzung und Zurückweisung durch den alkoholkranken Vater erfahren. Die Mutter habe nicht helfen können. Hilfreich sei gewesen, wenn „der Junge“ sich auf einen Hügel hinter das Haus zurückzog und alles aus der Ferne beobachtete. Die Migration nach Deutschland mit 8 Jahren hat Herr P. als belastend erlebt, die Integration sei für ihn schwierig gewesen. Schon in der Grundschule ist Herr P. durch häufige brutale Schlägereien aufgefallen. Die von ihm ausgeübte Gewalt hatte schließlich auch jugendgerichtliche und später strafrechtliche Konsequenzen zur Folge. Bereits mit 14 Jahren konsumierte Herr P. Alkohol und Haschisch, mit 15 Jahren Heroin, mit 16 Jahren Übergang zum i. v.-Konsum, auch zusammen mit Kokain.

In unserer Fachklinik konnte Herr P. in der Einzeltherapie nach und nach Zusammenhänge zwischen seinen impulsiven Verhaltensweisen, der Suchtentwicklung und den innerfamiliär erlittenen Traumatisierungen herstellen. Herr P. nahm in diesem Kontext gut stabilisierende Übungen an, die an die in der Kindheit entwickelten Bewältigungsstrategien anknüpften. Dabei war es ihm möglich, seine tatsächlichen Bedürfnisse nach Geborgenheit und Anerkennung zu benennen sowie dem verletzten kindlichen Persönlichkeitsanteil als der heute erwachsene Mann Trost zu spenden. In der Stabilisierungsgruppe hatte Herr P. mehr Mühe, sich auf die Übungen „vor den anderen“ zu konzentrieren. Herr P. nahm von sich aus aktiv an einem geschlechtsspezifischen Projekt zum Umgang mit Gewalt und Aggression teil und profitierte insbesondere von körperbezogenen Interventionen zur Erfahrung von Grenzen und der Arbeit an dem Zusammenhang von erfahrener Gewalt und ausgeübter Gewalt. Darauf aufbauend gelang es Herrn P. besser, in seiner Bezugsgruppe Konflikte adäquat zu bewältigen, seine Interessen zu äußern und die anderen zu respektieren. In der Arbeitstherapie zeigte sich sein impulsives Verhalten und die daraus resultierenden Leistungsschwankungen besonders deutlich. Nach der Arbeitstherapie-Diagnostik wurde mit Herrn P. vereinbart, ausschließlich an der Verbesserung seiner sozialen Kompetenzen zu arbeiten. In einer täglichen schriftlichen Reflexion zu seinem Befinden, den Hintergründen und Auswirkungen auf sein Arbeitsverhalten sowie wöchentlichen Gesprächen mit dem zuständigen Arbeitstherapeuten erreichte Herr P., ansatzweise mehr Selbstverantwortung für einen konstruktiveren Umgang mit inneren Konflikten zu übernehmen und ein gleichbleibenderes Arbeitsergebnis zu er-

zielen. Außerdem half ihm hier auch die weitere Bearbeitung in der Einzeltherapie zu einem Verständnis der Reinszenierungen traumatischer Erfahrungen gerade in den Anforderungssituationen der Arbeitstherapie zu gelangen.

Ausblick

Die Ausführungen zum Konzeptentwicklungsprozess der integrativen Behandlung von Drogenabhängigkeit und Traumatisierung geben einen Zwischenstand wieder. Gerade die konkrete Umsetzung von spezialisierten Therapiekonzepten fordert von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Klinikteams, sich von Gewohnheiten und scheinbaren Sicherheiten zu verabschieden, die gewählten Interventionen interdisziplinär kritisch zu reflektieren und aufeinander abzustimmen. Hier befinden wir uns in einem kontinuierlichen fachlichen und persönlichen Lernprozess mit Unterstützung von Supervision, vielfältigem Austausch mit externen Kolleginnen und Kollegen und in lebendiger Auseinandersetzung mit Patientinnen und Patienten.

Literatur

- 1 Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001
- 2 Reddemann L. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2004
- 3 Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press, 1995
- 4 Herrmann J. Die Narben der Gewalt. München: Kindler, 1993
- 5 van der Kolk B, Roth S, Pelcovitz D. Field trials for DSM IV, post traumatic stress disorder II: Disorders of extreme stress. Washington: American Psychiatric Association, 1992
- 6 Brown PJ, Recupero PR, Stout R. PTSD-substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive Behaviors* 1995; 20: 251 – 254
- 7 Ouimette PC, Finney JW, Moos RH. Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors* 1999; 13: 105 – 114
- 8 Weidekamm-Hegenscheidt B. Unveröffentlichtes Fortbildungsmanuskript, 2002
- 9 PBAG zum Landesprogramm gegen Sucht NRW. Anforderungen an eine geschlechtsbezogene stationäre medizinische Rehabilitation mit drogenabhängigen Frauen – Empfehlungen für die Praxis in NRW. Abschlussbericht der Projekte Nr. 22, 26. Federführung: Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW und Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Unveröffentlichtes Manuskript, 2004
- 10 Petzold HG, Wolf HU, Landgrebe B et al. Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann, 2002
- 11 Jordi A. Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Behandlung von folter- und kriegstraumatisierten Menschen. In: Petzold HG, Wolf HU, Landgrebe B et al (Hrsg). *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann, 2002: 132 – 136