

Bachelorarbeit
Sozialpädagogik
Kurs TZ-2013-2018

Corinne Kellerhals und Florence Barraud

**Suchterkrankung und Trauma – die Herausforderung für Fachkräfte
der Sozialpädagogik bei verstärktem Hervortreten von Traumata
während des Abbaus von Substitutionen**

**Konkrete traumapädagogische Handlungsansätze für die stationäre
Suchttherapie**

Diese Bachelorarbeit wurde im August 2017 in 1 Exemplar eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg.-Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher naheliegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag für die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern,

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Laut Statistiken leiden ca. 80% der Suchterkrankten an einer Doppeldiagnose. Häufig ist die Kombination von Suchterkrankung und Trauma anzutreffen, weshalb der schwierige Umgang als Fachkraft mit den Betroffenen untersucht wird. Im Jahr 2016 waren 39% der Suchterkrankten zum Zeitpunkt des Eintritts in eine stationäre Suchttherapie substituiert. Besonders der Abbau der Substitution ist heikel, da die verdeckten Traumata vermehrt in den Vordergrund treten. Das veränderte Verhalten der Betroffenen ist für Fachkräfte der Sozialpädagogik schwierig zu verstehen und zu handhaben, denn die Thematik wird immer noch als therapeutisches Thema angesehen. Die Möglichkeiten der Sozialpädagogik werden zu wenig erkannt und dadurch Chancen vergeben.

Zuerst wird das fehlende Fachwissen der Fachkräfte durch Hintergrundwissen zu Suchterkrankung, Trauma und Substitutionsabbau abgedeckt. Anschliessend werden die konkreten Zusammenhänge zwischen diesen drei Themen herausgearbeitet. Basierend auf den Ergebnissen folgt die Thematisierung der Aufgaben und Herausforderungen in der stationären Suchttherapie. Fehlender Resilienz und der Gruppendynamik der Klientel sowie Konflikten innerhalb des Arbeitsteams wird mit Kernaspekten der Traumapädagogik, Resilienz- und Selbstwirksamkeitsförderung, Raumgestaltung, Trauma-Gruppenpädagogik und Fachkräften als Schlüsselfunktion begegnet.

Ziel der Autorinnen, Corinne Kellerhals und Florence Barraud, ist es, Fachkräften der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie sowie deren Vorgesetzten die Notwendigkeit von fundiertem Fachwissen, Selbstreflexion, klarer Organisationsstruktur und einem unterstützenden Arbeitsteam im Umgang mit dieser Klientel aufzuzeigen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IIIX
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Einleitung	10
1.1 Ausgangslage	10
1.2 Berufsrelevanz und Motivation	12
1.3 Zielsetzung und Adressatenschaft	13
1.4 Abgrenzung	14
1.5 Fragestellungen	15
1.6 Aufbau der Arbeit	15
2 Suchterkrankung	17
2.1 Definition Suchterkrankung	17
2.2 Ursachen einer Suchterkrankung	19
2.2.1 Risiko- und Schutzfaktoren	19
2.2.2 Fehlendes ganzheitliches Modell	20
2.2.3 Trias der Entstehungsursachen der Suchterkrankung	21
2.3 Folgen einer Suchterkrankung	22
2.3.1 Weitreichende individuelle Folgen	22
2.3.2 Die Folgen in vier Ebenen	22
2.4 Mechanismus der Suchterkrankung (Neurowissenschaft)	23
2.4.1 Die Signale im Gehirn aufgrund von Konsum	23
2.4.2 Betroffene Hirnregion und die Wirkung der Suchtmittel	23
2.5 Opiate	24
2.5.1 Hintergrundwissen und Wirkung von Opiaten	24
2.5.2 Hintergrundwissen zu und Wirkung von Heroin	25
2.6 Wesentliche Erkenntnisse	26
3 Substitutionsgestützte Behandlung (SGB)	27

3.1	Hintergrundwissen zur SGB	27
3.2	Definition, Handhabung und Ziele der SGB	29
3.3	Verhalten eines substituierten Suchterkrankten	29
3.4	Einzelne Substitutionsmittel	30
3.4.1	Methadon	30
3.4.2	Subutex (Buprenorphin)	31
3.5	Substitutionsentzug	31
3.6	Beikonsum und Rückfälle	32
3.7	Wesentliche Erkenntnisse	33
4	Trauma	35
4.1	Definition Trauma	35
4.2	Traumtypen und Ursachen eines Traumas	35
4.3	Mechanismus der Traumatisierung (Neurowissenschaft)	38
4.3.1	Definition Traumatisierung	38
4.3.2	Der Ablauf einer Traumatisierung	38
4.3.3	Die Neurobiologie einer Traumatisierung	40
4.4	Folgen von Traumata	41
4.4.1	Die akute Belastungsreaktion	42
4.4.2	Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	42
4.4.3	Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)	43
4.4.4	Weitere möglichen Folgen	43
4.5	Verhalten und Bedürfnisse von Menschen mit einem Trauma	44
4.6	Wesentliche Erkenntnisse	46
5	Suchterkrankte mit Trauma und der Abbau von Substitution	48
5.1	Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und Trauma	48
5.1.1	Studien zum Zusammenhang von Suchterkrankung und Trauma	48
5.1.2	Selbstmedikationshypothese	49
5.1.3	Einwirkung auf dieselbe Hirnregion	51
5.2	Problematik der verdeckten Traumata	51
5.3	Symptome und Bedürfnisse von Suchterkrankten mit Trauma	52
5.4	Schwierigkeit des Substitutionsabbaus für Fachkräfte	53

5.5	Wesentliche Erkenntnisse	54
6	<i>Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie und deren Herausforderungen</i>	56
6.1	Definition und Aufgabenfelder der Sozialpädagogik	56
6.2	Sozialpädagogik und ihre Aufgaben sowie die Klientel in der stationären Suchttherapie	58
6.2.1	Definition stationäre Suchttherapie	58
6.2.2	Klientel in der stationären Suchttherapie	58
6.2.3	Aufgaben der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie	60
6.3	Herausforderungen der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie	61
6.3.1	Fehlende Resilienz und Copingstrategie der Klientel	62
6.3.2	Gruppendynamik der Klientel	64
6.3.3	Konflikte innerhalb des Arbeitsteams	68
6.3.4	Fehlendes Trauma-Fachwissen der Fachkräfte	70
6.3.5	Interdisziplinarität: Die Schnittstelle Sozialpädagogik/Therapie	71
6.4	Wesentliche Erkenntnisse	72
7	<i>Geeignete traumapädagogische Handlungsansätze für die stationäre Suchttherapie</i>	74
7.1	Definition Traumapädagogik	74
7.2	Die Notwendigkeit von Traumapädagogik	75
7.3	Kernaspekte der Traumapädagogik	75
7.3.1	Grundhaltung der Traumapädagogik	76
7.3.2	Der „sichere Ort“	77
7.4	Konkrete traumapädagogische Handlungsansätze	79
7.4.1	Lebensfreude als heilende Kraft der Klientel	79
7.4.2	Resilienzförderung der Klientel	80
7.4.3	Selbstwirksamkeitsförderung der Klientel	82
7.4.4	Raumgestaltung der Klientel	83
7.4.5	Trauma-Gruppenpädagogik für die Klientel	84
7.4.6	Fachkräfte als Schlüsselfunktion	85
7.4.7	Interdisziplinarität	91
7.5	Wesentliche Erkenntnisse	91
8	<i>Zusammenfassung der Erkenntnisse</i>	93

9	<i>Schlussfolgerungen für die Praxis</i>	96
9.1	Fachwissen über Trauma und Traumapädagogik aneignen	96
9.2	Mut, sich an ein bis anhin therapeutisches Thema heranzuwagen	96
9.3	Suchterkrankte mit und ohne Trauma differenziert behandeln	97
9.4	Schutz der Fachkräfte	97
9.4.1	Erhöhung des Schutzes durch Selbstreflexion	98
9.4.2	Erhöhung des Schutzes durch Struktur	98
9.4.3	Erhöhung des Schutzes durch Arbeitsteam und Interdisziplinarität	98
9.5	Was offen bleibt	98
9.6	Abschlusswort der Autorinnen	99
10	<i>Literatur- und Quellenverzeichnis</i>	100
11	<i>Anhang</i>	113

(Die gesamte Arbeit wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abbildung 1 - Aufbau der Arbeit</i>	16
<i>Abbildung 2 - Stufen der Abhängigkeit</i>	18
<i>Abbildung 3 - Risiko - und Schutzfaktoren für Suchterkrankung</i>	20
<i>Abbildung 4 - Tria der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit von Kielholz und Ladewig</i>	21
<i>Abbildung 5 - Dynamisches Modell des Rückfalls DMdR</i>	33
<i>Abbildung 6 - Traumtypen nach Leonore Terr</i>	36
<i>Abbildung 7 - Faktoren eines Traumas</i>	37
<i>Abbildung 8 - Ablauf einer Traumatisierung</i>	39
<i>Abbildung 9 - Traumafolgen: Verhalten und Bedürfnisse</i>	44
<i>Abbildung 10 - Traumafolgen: Verhalten und Bedürfnisse</i>	45
<i>Abbildung 11 - Teufelskreismodell Sucht und Trauma</i>	50
<i>Abbildung 12 - Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit</i>	57
<i>Abbildung 13 – Resilienzfaktoren</i>	63
<i>Abbildung 14 – Gruppenfindungsprozess</i>	65
<i>Abbildung 15 Aufenthaltsdauer in stationären Suchttherapien</i>	65
<i>Abbildung 16 - Die Macht der Übertragung und Gegenübertragung</i>	69
<i>Abbildung 17 – Grundhaltung Traumapädagogik</i>	76
<i>Abbildung 18 - Der sichere Ort</i>	78
<i>Abbildung 19 - Die Chance der Übertragung/Gegenübertragung</i>	87
<i>Tabelle 1 - Konsum von illegalen Drogen in der Schweiz</i>	25
<i>Tabelle 2 - Statistik Alter in substitutionsgestützter Behandlung Schweiz 1999</i>	28
<i>Tabelle 3 - Statistik Alter in substitutionsgestützter Behandlung Schweiz 2015</i>	28
<i>Tabelle 4 - Verhalten von Suchterkrankten mit PTBS</i>	53
<i>Tabelle 5 - Alter bei Beginn des regelmässigen Konsums der Hauptproblemsubstanz</i>	59
<i>Tabelle 6 – Zusammenfassung der Herausforderungen mit konkreten Handlungsansätzen</i>	92

Abkürzungsverzeichnis

Act-info-FOS	Forschungsverbund stationäre Suchttherapie in der Schweiz
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft (wird in Bezug auf Traumapädagogik verwendet)
BetmG	Betäubungsmittelgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
DMdR	Dynamisches Modell des Rückfalls
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (amerikanisch)
FH	Fachhochschule
HSLU	Hochschule Luzern
ICD	International Statistical Classification of Diseases (international (WHO))
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
MAZ	Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB	Substitutionsgestützte Behandlung
TARPSY	Tarifsysteem für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrien
UBKBS	Universitätsklinik Basel
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Um die heutige Ausgangslage der Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen in der stationären Suchttherapie aussagekräftig aufzeigen zu können, bedarf es eines kurzen Rückblicks in die Vergangenheit wie auch eines Ausblicks in die Zukunft der Suchthilfe Schweiz. Erst danach wird auf die spezifische Situation in den stationären Suchttherapien eingegangen.

1.1 Ausgangslage

Entwicklung der Suchthilfe Schweiz

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts, als die Suchthilfe Schweiz nur die Alkoholprävention umfasste, hat eine grosse Entwicklung stattgefunden. In den 1960er Jahren erfuhr der Substanzkonsum vermehrt öffentliche und politische Aufmerksamkeit und der Höhepunkt der Heroinwelle 1980 förderte die Weiterentwicklung der Suchthilfe enorm. Ab den 90er-Jahren darf dann von einer niederschweligen Versorgung gesprochen werden, bei der ein flächendeckender, unkomplizierter Zugang möglich war (Thilo Beck, Alfred Springer & Hans-Günter Meyer-Thompson, 2017, S. 51). Eine der wichtigsten Einführungen dieser Jahre war die substitutionsgestützte Behandlung (SGB), die den kalten Entzug verdrängte und sich in vielen wissenschaftlichen Studien bewährte. Laut Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2017) wird sie deshalb heute standardmässig angewendet. Der vom Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung erstellte Tätigkeitsbericht und die Jahresstatistik (2016) zeigen denn auch auf, dass 51% der Betroffenen in ihrem Leben bereits eine SGB erhalten oder am Heroinprogramm teilgenommen haben (S. 10).

Heute ist die Suchthilfe Schweiz umfassend aufgestellt und besteht aus ambulanten, stationären, suchtmmedizinischen und sozialtherapeutischen Angeboten. Präventionsstellen, Überlebenshilfen, Wohneinrichtungen, Beratungsangebote im Internet und Arbeitsintegrationsprogramme runden das Angebot ab. Gesetzlich und finanziell ist die Suchthilfe Schweiz verschiedentlich abgestützt und eine Übersicht darüber zu behalten ist selbst für Fachkräfte schwierig (Petra Baumberger & Stefanie Knocks, 2017, S. 21-22).

Wird ein Blick in die Zukunft gewagt, rückt das im Jahre 2018 in Kraft tretende schweizweit einheitliche Tarifsystem für die Abgeltung stationärer Leistungen der Psychiatrien (TARPSY) in den Fokus (SwissDRG, 2016). Wenige Informationen dazu sind bereits öffentlich zugänglich, aber es wird davon gesprochen, dass die

Aufenthaltsdauer in den Psychiatrien im Vergleich zu heute massgeblich verkürzt werden solle. Dies hätte einen direkten Einfluss auf die dortigen Betroffenen, welche dadurch wohl einen erhöhten Bedarf an weiterführender Unterstützung aufweisen würden, was abermals die gesamte Nachsorge und somit auch die stationären Suchttherapien verändern würde. Zudem zeigt sich klar, dass das Thema Suchterkrankung heute und wohl auch in Zukunft von der Öffentlichkeit und der Politik nicht mehr als Problem wahrgenommen wird, da durch die SGB das Elend von den Strassen verschwunden ist und mit der Migrationswelle weitaus grössere Probleme in deren Blickfelder gerückt sind. Dies erschwert den Kampf gegen den Spardruck enorm (Baumberger & Knocks, 2017, S. 26).

Aktuelle Ausgangslage in den stationären Suchttherapien

In dieser Arbeit wird weiterführend stets der Blickwinkel der sozialpädagogischen Fachkräfte in sozialtherapeutischen stationären Einrichtungen (im Folgenden stationäre Suchttherapie genannt) eingenommen. Die Therapiezentren sind nicht medizinisch und finden sich damit auf keiner kantonalen Spitalliste (Baumberger & Knocks, 2017, S. 22). Ein Aufenthalt in ihnen muss heute vorab durch einen Entzug oder eine Umstellung auf Substitutionsmittel vorbereitet werden. Erst danach ist ein Übertritt möglich. Im Jahr 2016 umfasste das Platzangebot in stationären Suchttherapien 1090 Personen (Info Drog, 2016, S. 1-2). 2015 hielten sich jedoch insgesamt rund 3'989 Personen schweizweit darin auf, was eine erhebliche Fluktuation in den Therapien bedeutet (BFS, 2016). Interessant ist es auch zu wissen, dass im Jahr 2016 39% der Suchterkrankten zum Zeitpunkt des Eintritts in die stationären Suchttherapien zugleich noch im Rahmen einer SGB behandelt wurden (Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, 2016, S. 10).

Die Betroffenen, die sich heutzutage in stationären Suchttherapien behandeln lassen, haben meist sehr lange und heftige Sucht-„Karrieren“ mit multiplem Substanzmissbrauch hinter sich. Einige sind im Konflikt mit dem Gesetz und meist sind alle Lebensbereiche negativ betroffen. Laut Christel Lüdecke, Ulrich Sachsse und Hendrik Faure (2010) ist bei insgesamt 80% der Betroffenen davon auszugehen, dass sie an einer Doppeldiagnose leiden, was bedeutet, dass sie zusätzlich zur Suchterkrankung noch mindestens eine komorbide (zusätzliche, begleitende) psychiatrische Erkrankung haben. Bei genauerem Hinsehen zeigt sich auch das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung nicht selten und Bindungs- und Beziehungstraumata aus der Kindheit tauchen sehr häufig auf (S. 3-5). Der langjährige Therapeut im Casa Fidelio, Peter Forster (Interview vom 24. April 2017), bestätigt

zudem, dass die Komplexität der Krankheitsbilder in der stationären Suchttherapie in den letzten Jahren markant zugenommen habe und die Anforderungen an das Personal dadurch gestiegen seien. Speziell die Abbaizeit der Suchtmittel (im Fall der stationären Suchttherapien sind Substitutionen gemeint) ist laut Lüdecke et al. (2010) sehr heikel. Die Betroffenen sind emotional instabil, problematische Ursprungssymptome werden verstärkt und leichte sowie schwere Traumata kommen vermehrt zum Vorschein (S. 79-80).

Zusätzlich problematisch wird die Abbaizeit dadurch, dass die Bewältigung von traumatischen Erlebnissen heute noch hauptsächlich der Psychotherapie zugeordnet ist und die Möglichkeiten der Pädagogik wenig in Betracht gezogen werden. In der Ausbildung werden die sozialen Fachkräfte nicht auf die Konfrontation mit traumatisierten Personen vorbereitet und dies führt teilweise zur Überforderung des Fachpersonals und Verkennung der Situation und der benötigten Hilfestellung (Wilma Weiss, 2016, S. 85-86). Da sich Betroffene im Laufe ihres Aufenthalts in den stationären Suchttherapien häufig im Abbau der Substitutionen befinden, stellen vor allem gruppenspezifische Prozesse einen Kraftakt für die Fachkräfte der Sozialpädagogik dar, die ohne genügend Fachwissen nicht oder nur ungenügend gemeistert werden können.

Erste traumapädagogische Ansätze für Fachkräfte der Sozialpädagogik sind seit wenigen Jahren in der Entstehung begriffen und die entsprechende Literatur ist daher noch sehr jung. Viele Fachkräfte der Sozialpädagogik haben eine Hemmschwelle, sich an dieses therapeutische Thema heranzuwagen, und auch viele Therapeuten sehen es heute noch als ihr alleiniges Fachgebiet an (Renate Jegodtka & Peter Lujitjens, 2016, S. 10). In der stationären Suchttherapie der Schweiz sind die traumapädagogischen Ansätze bis heute noch nicht vertreten.

1.2 Berufsrelevanz und Motivation

Ausschlaggebend für die Themenwahl war die fast tägliche Auseinandersetzung einer der beiden Autorinnen mit den Betroffenen in einer stationären Suchttherapie in der Funktion als Sozialpädagogin in Ausbildung. Sich der Suchtproblematik dieser Menschen bewusst, drängte sich im Laufe der Zeit eine zweite Problematik in den Vordergrund, die der häufigen Traumatisierung. Besonders beim Abbau der Substitutionen zeigten die Betroffenen Facetten, die von der Autorin nicht eingeordnet werden konnten und dadurch äusserst schwierig zu bewältigen waren. Die Frage nach

(versteckten) Traumata tauchte auf und danach, wie die Symptome sozialpädagogisch sinnvoll abgefangen werden könnten.

In Gesprächen mit Fachkräften und Vorgesetzten stellte sich heraus, dass sich auch erfahrene Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen tagtäglich mit denselben Fragen herumschlagen und dass eine Wissenslücke und Unsicherheit im Umgang mit den Betroffenen bestehen. Zudem zeigten sich bei der zweiten Autorin eine Affinität und ein grosses Interesse für die Thematik Trauma, wodurch klar war, dass von beiden Seiten ein Wille und Wunsch bestanden, sich intensiv mit dem gewählten Thema auseinanderzusetzen.

Die Konfrontation aller Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen mit dem Thema wird als äusserst sinnvoll und absolut elementar erachtet, da ohne dieses Wissen, so die Sichtweise der Verfasserinnen dieser Arbeit, in den stationären Suchttherapien keine professionelle Soziale Arbeit im Sinne des Berufskodex möglich ist. Laut Avenir Social (2010) gründen sich die Erklärungen, Methoden und Arbeitsweisen auf wissenschaftlich fundierte Grundlagen (S. 6). Durch die veränderte Arbeitssituation (komplexere Krankheitsbilder der Betroffenen und Abbau der Substitutionen in den stationären Suchttherapien) hat sich das Gebiet des benötigten Wissens für die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen massiv erweitert. Dieser Erweiterung wurde bis anhin weder von Seiten der Führungspersonen noch von Seiten der Arbeitnehmenden genügend Rechnung getragen; hier bedarf es einer dringenden Korrektur, da dies zu Lasten der Professionalität und somit der Betroffenen geht.

1.3 Zielsetzung und Adressatenschaft

Wie aus dem Kapitel 1.1 ersichtlich wurde, ist das Thema «Suchterkrankung und Trauma – Die Herausforderung für Fachkräfte der Sozialpädagogik bei verstärktem Hervortreten von Traumata während des Abbaus der Substitution» eine Auseinandersetzung, der sich alle Fachkräfte der Sozialpädagogik und deren Vorgesetzten in den stationären Suchttherapien und generell in der Arbeit mit Suchterkrankten auf unterschiedliche Art und Weise stellen sollten.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es also einerseits, die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen in den stationären Suchttherapien aufzurütteln. Sie sollen die Eigenverantwortung, zu der sie aufgrund ihrer Profession verpflichtet sind, wahrnehmen, sich intensiv mit der genannten Thematik und Traumapädagogik auseinandersetzen und benötigte Hilfestellungen an den relevanten Stellen einfordern. Sie sollen sich zudem auch mit sich selbst, den Strukturen ihrer Organisation, dem

Arbeitssteam, der Gruppendynamik, ihrer Verpflichtung der Profession und der Klientel gegenüber intensiv beschäftigen. Wissenschaftlich fundierte Arbeitsweisen sollen sie in Zukunft bei der Begleitung der Betroffenen unterstützen und ihnen und den Betroffenen in schwierigen Situationen mehr Sicherheit geben.

Bei den Vorgesetzten ist das zu erreichende Ziel vorwiegend die Bewusstheitsschaffung hinsichtlich der Notwendigkeit von Ausbildungen, Supervisionen und internen Coachings im Bereich Trauma für ihre Fachkräfte. Es wird angenommen, dass sich Personen in diesen Leitungsfunktionen der Wichtigkeit der Thematik bewusst sind, weshalb daraus folgend auch die Verpflichtung besteht, die eigenen Fachkräfte der Sozialpädagogik dafür zu sensibilisieren. Um den hohen Professionsstandard wahren und ihre Fachkräfte schützen zu können, wird dafür plädiert, dass sie ihre Leitungsfunktionen nützen und sich nach bestem Wissen und Gewissen für die Weiterbildung ihrer Fachkräfte einsetzen.

1.4 Abgrenzung

In dieser Arbeit gibt es eine klare Abgrenzung vom therapeutischen Setting. Im Bewusstsein, ein bis anhin eher therapeutisches Thema aufgegriffen zu haben, geht es ausschliesslich um die Verbesserung der Arbeitssituation im Bereich der Sozialpädagogik. Es soll dementsprechend eine Ergänzung zur therapeutischen Arbeit geschaffen werden.

Da die Suchterkrankung sehr viele Gesichter hat und in dieser Bachelorarbeit nur auf die stationären Suchttherapien eingegangen wird, muss auch hier eine starke Einschränkung vorgenommen werden. In dieser Arbeit geht es ausschliesslich um die Thematik der Drogensucht, mit einer vertiefenden Betrachtung in Bezug auf Opiate (im Folgenden wird von Suchterkrankung gesprochen). Laut Treter (2017a) gehört sie zu den stoffgebundenen Süchten und wird auch als «Verhaltenssucht» bezeichnet, da sie durch eine geminderte Kontrolle über das eigene Verhalten und hohe Attraktivität des Suchtobjekts gekennzeichnet ist (S. 10). Die stoffungebundenen Süchte wie Ess-, Kauf- oder Sexsucht sowie alle anderen stoffgebundenen Süchte werden nicht weiter behandelt.

Bezüglich der Traumata wird keine Abgrenzung vorgenommen und ein umfassendes, dafür nicht vertieftes Bild vermittelt. Das hat den Hintergrund, dass in der Praxis oft keine genaue Diagnose für ein Trauma vorliegt und daher der Rahmen der Traumata-Typen offengehalten werden soll. Die Begriffe «Trauma» und «Traumatisierung» werden in den Kapiteln 4.1 und 4.3.1 zwar voneinander unterschieden, aber im

weiteren Kontext dieser Arbeit wird jeder Mensch mit einem Trauma als traumatisiert verstanden.

1.5 Fragestellungen

Aufgrund der Ausgangslage und der definierten Ziele ergaben sich für die Arbeit folgende wegweisende Fragestellungen:

1. Was sind die wichtigsten Definitionen, Ursachen, Folgen und der Mechanismus von Suchterkrankung sowie eines Traumas und welche Funktion hat die substitutionsgestützte Behandlung?
2. Welche Schnittstellen zwischen Suchterkrankung, dem Substitutionsabbau und Trauma gibt es und wie beeinflussen sie sich gegenseitig?
3. Welche Aufgaben und Herausforderungen stellen sich den Fachkräften der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie?
4. Welche konkreten traumapädagogischen Handlungsansätze können die Fachkräfte bei der professionellen Bewältigung der Herausforderungen unterstützen und wie werden sie angewendet?

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in insgesamt neun Kapitel gegliedert. Im ersten Kapitel geht es um eine Grobübersicht und die Annäherung an das Thema. Das zweite Kapitel beleuchtet den Hintergrund der Suchterkrankung, das dritte den der SGB und das vierte den des Traumas. Diese drei Kapitel beantworten zusammen die erste Fragestellung und werden ausführlich bearbeitet, da sie zudem wichtige Grundlagen und Erklärungsansätze für das fünfte Kapitel darstellen. Durch sie lässt sich in Kapitel fünf bezüglich der zweiten Fragestellung eine fundierte Problematik aufzeigen, die mit suchterkrankten Menschen entsteht, die zusätzlich an einem Trauma leiden und sich im Abbau von Substitutionen befinden. Kapitel sechs befasst sich dann mit der zweiten Problematik: den Herausforderungen der Fachkräfte der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie. Die herausgearbeiteten Themen stellen die Antworten auf die Fragestellung drei dar. In Kapitel sieben werden anschliessend für die genannten zwei Problematiken traumapädagogische Handlungsansätze aufgezeigt, die zu einer Verbesserung der Lage für Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen und Betroffene führen können (Fragestellung vier). Zur besseren Übersicht werden in Kapitel acht nochmals die wichtigsten Erkenntnisse der gesamten Arbeit zusammengetragen, damit in Kapitel neun Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden können.

Das untenstehende Modell (Abbildung 1) zeigt die Übersicht der Kapitel und den zwischen ihnen bestehenden Zusammenhang nochmals in einer grafischen Übersicht.

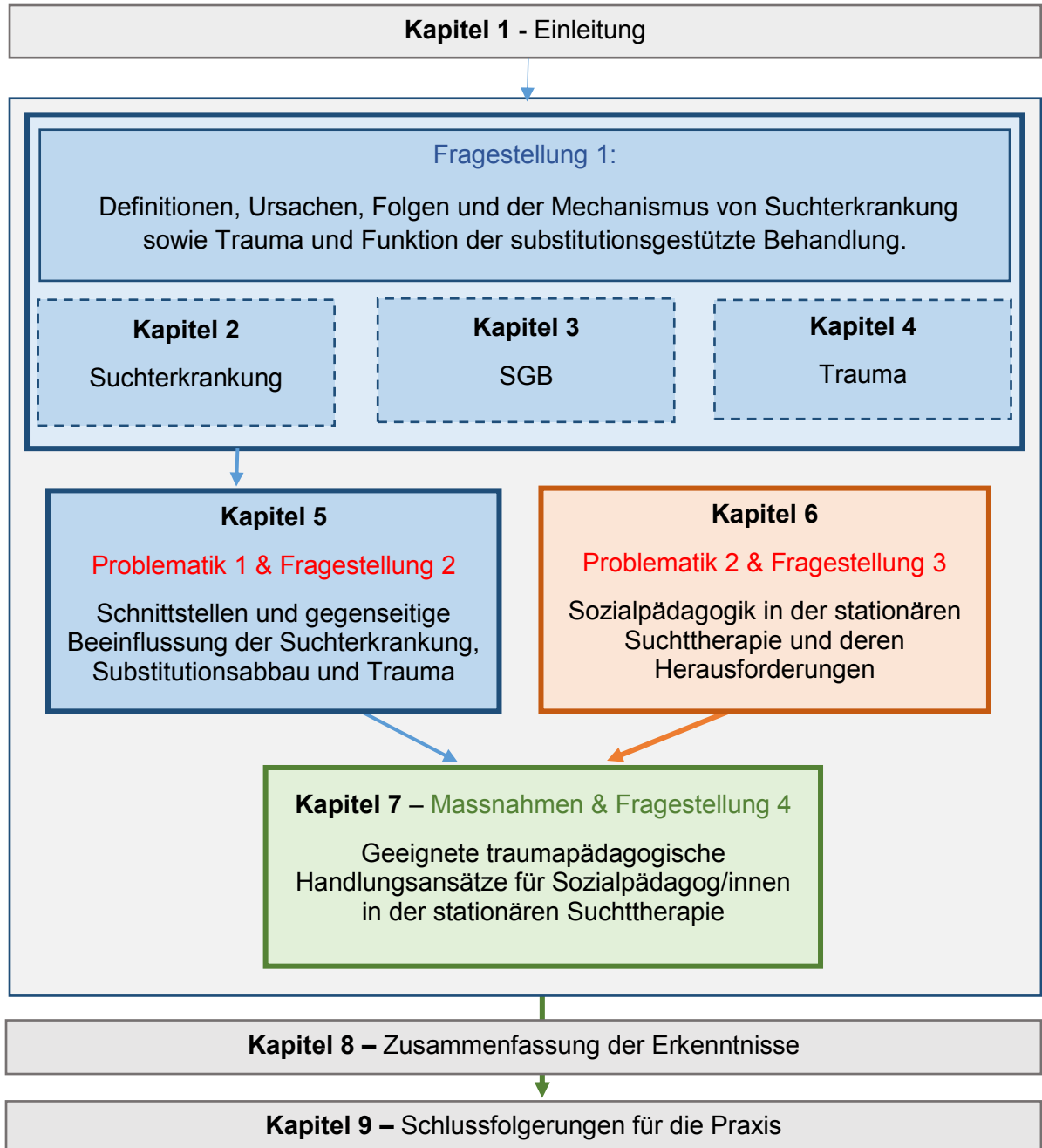


Abbildung 1 - Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung)

2 Suchterkrankung

In diesem Kapitel geht es um eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Suchterkrankung. Mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen lässt sich ein Teil der ersten Fragestellung beantworten. Das dadurch erlangte elementare Hintergrundwissen zur Suchterkrankung wird später benötigt, um die zweite Fragestellung der Bachelorarbeit fachgerecht beantworten zu können.

Zuerst werden Begriffsdefinitionen, Ursachen, Folgen und der Mechanismus im Hirn bei einer Suchterkrankung dargelegt. Danach wird der Blickwinkel fokussiert auf eine genauere Betrachtung des Themas Opiate.

2.1 Definition Suchterkrankung

Das Wort «Sucht» hat eine langjährige Tradition, kommt aus dem mittel- und althochdeutschen Raum und stammt vom Wort «siechen» ab, was leiden an einer Krankheit bedeutet (Duden online, 2017c). 1964 führte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff «Abhängigkeit» ein, um den Begriff «Sucht» zu ersetzen (WHO, 2017/eigene Übersetzung). 1992 veröffentlichte die WHO dann die englischsprachige Originalausgabe der «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision», welche später ins Deutsche übersetzt wurde. Darin definiert sie das Wort «Abhängigkeit». In der heutigen Version des ICD-10 gilt eine Person als von einer abhängigkeiterzeugenden Substanz abhängig, wenn mindestens drei der folgenden sechs Kriterien in den letzten zwölf Monaten zutreffen: Die Person verspürt einen starken Wunsch nach dem Konsum, sie gibt diesem den Vorrang vor allem anderem, sie hat Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, sie gibt ihn trotz Gesundheitsschäden nicht auf, sie verspürt körperliche Entzugssymptome bei der Reduzierung oder beim Stopp des Konsums und es bildet sich eine Toleranzentwicklung, was bedeutet, dass die Dosis erhöht werden muss, um die gleiche Wirkung zu erzielen (ICD-10/F11.2, 2017, S. 181-182).

Die Stufe der Abhängigkeit bildet das letzte Stadium des süchtigen Verhaltens, welche eine zerstörerische Eigendynamik für die Konsumierenden bedeutet (Felix Tretter, 2017b, S. 4-5). In der untenstehenden Abbildung 2 sind im oberen Drittel von links bis rechts alle Stufen von der Abstinenz bis zur Abhängigkeit zu sehen. Der untere Teil verdeutlicht die konsumierte Menge und die Häufigkeit, die es braucht, damit von den entsprechenden Begriffen die Rede sein kann.

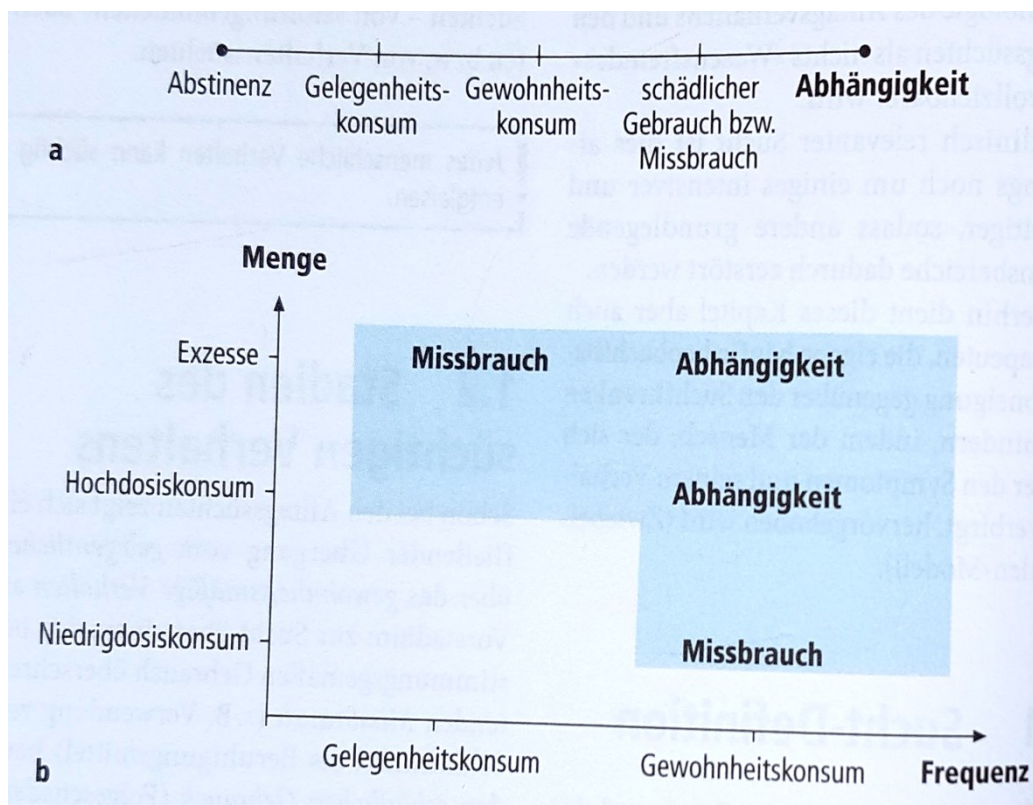


Abbildung 2 - Stufen der Abhängigkeit (Quelle: Tretter, 2017b, S. 4)

Auch wenn hier der Begriff «Abhängigkeit» definiert wird und nicht der Begriff «Suchterkrankung», soll diese Erklärung für beide Begriffe gelten. In dieser Arbeit wird auch weiterhin von Suchterkrankung gesprochen, da der Terminus in der Fachliteratur und auch in der Praxis der Suchttherapie weitverbreitet ist. Wichtig ist aber, dass beide Begriffe die Sucht als ein Krankheitsbild anerkennen und dementsprechend mit ihr umgehen.

Die Drogensucht der Opiate ist im Betäubungsmittelgesetz (BetmG) geregelt, welches seit Inkrafttreten im Jahr 1951 die rechtlichen Bestimmungen vorgibt. Dazu besteht heute zudem ein Vier-Säulen-Prinzip, welches die Prävention, Therapie und Wiedereingliederung, Schadensminderung und Überlebenshilfe sowie Kontrolle und Repression regelt (Schweizerische Eidgenossenschaft (2017).

2.2 Ursachen einer Suchterkrankung

Das Kapitel «Ursachen einer Suchterkrankung» umfasst drei Themen. Zuerst wird definiert, was in der Literatur unter den sehr häufig vorkommenden Begriffen Risiko- und Schutzfaktoren zu verstehen ist und wie sie im Zusammenhang mit den Ursachen einer Suchterkrankung stehen. Danach wird darauf hingewiesen, dass bis heute kein ganzheitliches Modell existiert, welches alle elementaren Faktoren umfasst. Und am Schluss wird auf das am weitesten verbreitete Modell, die Trias der Entstehungsursachen von Paul Kielholz und Dieter Ladewig, eingegangen.

2.2.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Laut Sucht Schweiz (2013b), um nur ein Literaturbeispiel zu nennen, stellen die Risikofaktoren, je nach Ausprägung und Anzahl, eine immer grössere Gefährdung dafür dar, dass ein Mensch ein Problemverhalten zeigt und die Wahrscheinlichkeit für eine Suchterkrankung wächst. Risikofaktoren sind in verschiedenen Bereichen, wie in der Gesellschaft, Gemeinde, Schule, Familie, bei den Peergroups, oder in der Person selbst zu finden. Schutzfaktoren hingegen helfen die Risikofaktoren zu hemmen und fördern das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Sie treten in den gleichen Bereichen wie die Risikogruppen auf (S. 1-2). Dies zeigt auf, dass zwei Personen, die sich von aussen betrachtet in exakt derselben Situation befinden, nicht zwangsläufig gleichermassen gefährdet sein müssen.

Nachfolgend zeigt ein Modell (Abbildung 3) von Sucht Schweiz den soeben genannten Zusammenhang von Risiko- und Schutzfaktoren bildlich auf. Vulnerabilität bedeutet dabei Verwundbarkeit oder Verletzbarkeit (Duden online, 2017d). Resilienz (in Kapitel 6.3.1 wird genauer darauf eingegangen) wird als die Fähigkeit definiert, schwierige Situationen ohne bleibende Schädigung zu überstehen (Duden online, 2017a).

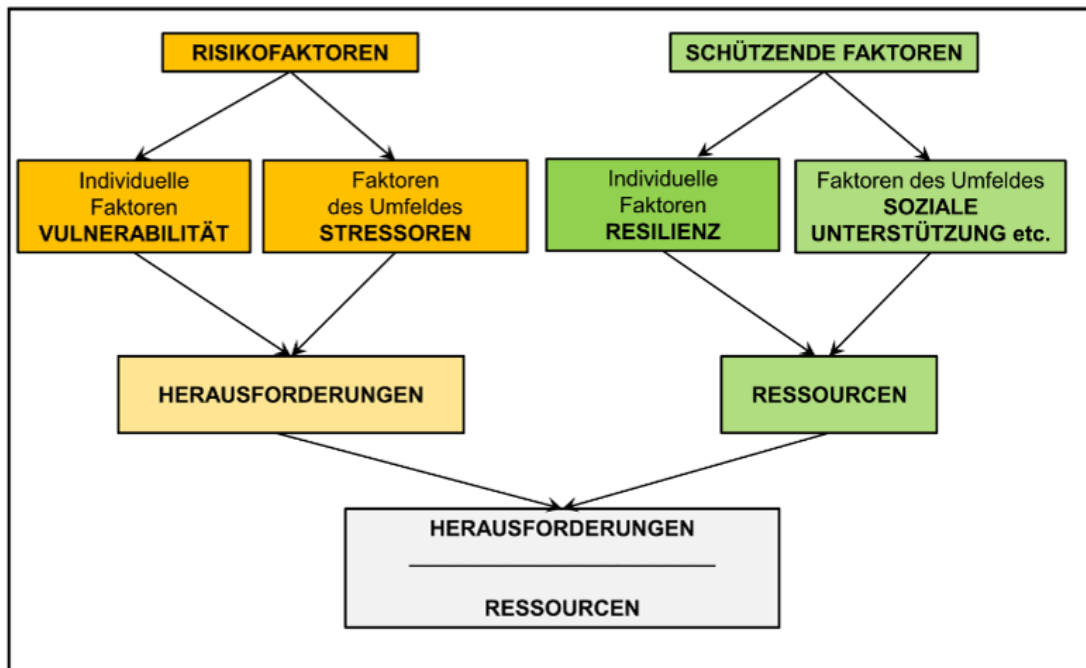


Abbildung 3 - Risiko - und Schutzfaktoren für Suchterkrankung (Quelle: Sucht Schweiz, 2013b)

2.2.2 Fehlendes ganzheitliches Modell

Um Hypothesen bilden zu können, aus welchen Gründen einige Personen nie und andere sehr häufig oder missbräuchlich Suchtmittel einnehmen, braucht es, wie nun deutlich wurde, komplexe und mehrschichtige Modelle. Gemäss Anil Batra und Oliver Bilke-Hentsch (2016) existieren bis zum heutigen Zeitpunkt unterschiedliche Modelle aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen für die Entstehung einer Sucht. Was aber noch ausstehend ist, ist ein Modell, das alle psychologischen, biologischen und soziologischen Wirkungsmechanismen unter Berücksichtigung der Einflüsse der unterschiedlichen Suchtmittel auf die lebenslange Entwicklung eines Menschen aufzeigt (S. 24). Dadurch ist es für Fachkräfte schwierig, die gesamte Komplexität, welche zu einer Suchterkrankung führt, zu erfassen.

2.2.3 Trias der Entstehungsursachen der Suchterkrankung

Das bis heute bekannteste Konzept, welches versucht, die verschiedenen Erklärungsansätze zu verbinden, ist die Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit von Kielholz und Ladewig, welche bereits 1973 veröffentlicht wurde (Abbildung 4). Sie gehört den soziologischen Erklärungsansätzen an und verbindet die Pfeiler Mensch, Substanz und Milieu miteinander (Institut Sucht Prävention Pro MEnte OOE, 2016).



Abbildung 4 - Trias der Entstehungsursachen der Drogenabhängigkeit von Kielholz und Ladewig (Quelle: Institut Sucht Prävention, 2016)

In der Literatur wurden die drei Pfeiler bereits einige Male erweitert und weiter unterteilt. Doch auch dadurch deckt es, wie bereits genannt, die Komplexität der Ursachen einer Suchterkrankung nicht vollumfassend ab. Einig ist man sich aber in der Literatur darüber, dass es keinen immer gleichbleibenden Weg in die Abhängigkeit und Sucht gibt und dass bestimmte Risikofaktoren die Entstehung einer Sucht stark beeinflussen können.

2.3 Folgen einer Suchterkrankung

Nachdem die möglichen Ursachen einer Suchterkrankung, deren Zusammenspiel und Komplexität genauer betrachtet wurden, werden als Nächstes die Folgen und ihre in der Literatur häufig vorgenommene Aufteilung beleuchtet.

2.3.1 Weitreichende individuelle Folgen

Wie bei den Ursachen gibt es auch bei den Auswirkungen keine generellen und immer auftretenden Folgen. Aus der Literatur und geführten Fachgesprächen wurde jedoch klar, dass von einer Suchterkrankung meist alle Lebensbereiche betroffen sind.

Personen mit einer schweren und langen Suchterkrankung leiden oft an immensen gesundheitlichen Problemen, Infektionskrankheiten, Selbstvernachlässigung, sozialer Isoliertheit und psychischen Belastungen. Zudem sind sie teils auch im Konflikt mit dem BetmG (Sucht Schweiz, ohne Datum/b).

2.3.2 Die Folgen in vier Ebenen

In der Literatur und auf den Internetplattformen werden die Folgen häufig in körperliche, psychische, soziale und juristische aufgeteilt. Zu den körperlichen Folgeschäden zählen unter anderem Herzscheiden, Nierenversagen, Beeinträchtigung des körpereigenen Abwehrsystems, Zerstörung der Lunge und Infektionskrankheiten. Zu den psychischen Folgen gehören oft schwere Depressionen, Selbstwertprobleme, Selbstmordgedanken und erhebliche Persönlichkeitsveränderungen. Opiatsüchtige werden weinerlich und antriebsarm. Die sozialen Folgen zeigen sich vor allem darin, dass der Drogenkonsum priorisiert wird und alles andere verdrängt. Die Arbeit, Freundschaften und Hobbys werden vernachlässigt. Unpünktlichkeit, vermehrte Fehler, verminderte Leistungsfähigkeit und häufige Absenzen führen zu Kündigungen im Beruf. Beziehungen zu Familie, Kindern, Ehepartner und Freunden werden brüchig, da sie neben dem Konsum nicht mehr gepflegt werden können. Dadurch haben drogensüchtige Menschen häufig keine zwischenmenschlichen Beziehungen mehr oder nur innerhalb ihrer ebenfalls drogenabhängigen Peergroup, was nicht selten mehr dem Zweck denn der Freundschaft dient. Juristische Folgen können bis zu einer mehrjährigen Haftstrafe führen (Die Techniker, 2016). Diese Liste variiert oder wird ergänzt, je nach Literatur. Der Therapeut Peter Forster (Interview vom 24. April 2017) erweitert die Liste zudem um die Themen Obdachlosigkeit, Schulden, Prostitution, fehlende Frustrationstoleranz, Gewalterfahrungen, Traumata und psychische Reifungsdefizite.

2.4 Mechanismus der Suchterkrankung (Neurowissenschaft)

Nachdem nun verdeutlicht wurde, was die Ursachen und Folgen einer Suchterkrankung sind, wird dieses Kapitel dem Mechanismus der Suchterkrankung gewidmet. Neurowissenschaftlich wird erklärt, wie ein Substanzmittel im Hirn weitergeleitet wird, welche Hirnregionen davon betroffen sind und wie sich der Suchtkreislauf verhält.

2.4.1 Die Signale im Gehirn aufgrund von Konsum

Das Gehirn besteht aus einem Netzwerk von 100 Milliarden Nervenzellen (Neuronen), wobei deren Signale über Botenstoffe (Transmitter) und 100 Billionen Kopplungsstellen (Synapsen mit Synapsen-Spalt) weitergeleitet werden. Die Transmitter schütten in den zugewiesenen Synapsen-Spalten ihre Signale aus und diese docken dort an ihren spezifischen Empfangsmolekülen (Rezeptoren) an, wodurch eine Entladung der Nervenzelle (Aktionspotential) stattfindet und das Signal weitergeleitet werden kann (Tretter, 2017a, S. 112-113).

Es gibt unterschiedliche Transmitter, wobei Dopamin, Noradrenalin, Serotonin und andere am Mechanismus der Wirkung der Suchtmittel beteiligt sind. Eingenommenen Suchtmitteln ist es möglich, an spezifischen körpereigene Rezeptoren anzudocken, da sie eine ähnliche Form aufweisen. Dadurch verändern die Transmitter das Signal, können weitergeleitet werden und greifen die Funktionsart des Gehirns an (Tretter, 2017a, S. 113).

2.4.2 Betroffene Hirnregion und die Wirkung der Suchtmittel

Die Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2009) erläutert, dass sich im limbischen System (Teil des Hirns, welches für Emotionen und Motivation verantwortlich ist) der Hippocampus (unter anderem verantwortlich für das Abspeichern von Erfahrungen), die Amygdala (emotionale Bewertung eines Erlebnisses, Angstzentrum) und das Belohnungssystem (zeigt den Befriedigungsgrad der Grundbedürfnisse an und ob eine Handlung interessant, verstärkt und künftig wiederholt werden soll) befinden. Alle Suchtmittel wirken auf dieses limbische System ein (S. 13-14). Im Belohnungssystem ist der Haupttransmitter Dopamin und damit die Wirkung der eingenommenen Suchtmittels besonders gross. Die erhöhte Dopaminausschüttung (körpereigene und hinzugefügte) färbt damit alle Ereignisse, welche unter Einfluss von Suchtmitteln gemacht werden, als besonders lohnenswert und herausragend, was im Hirn ein Lernsignal auslöst, das zur Wiederholung aufruft

(S. 15). Craving entsteht, was als ein heftiges und unabweisbares Verlangen nach dem Suchtmittel definiert wird. Durch Zufuhr der Substanzmittel, welche die körpereigenen Transmitter nachahmen, gerät das Gehirn aus dem Gleichgewicht. Passiert das mehrfach, nimmt das Gehirn auf mehrere Weisen ein Verringern der Signale vor, um wieder ins Gleichgewicht zu kommen. Dies kann dadurch geschehen, dass die körpereigenen Transmitter reduziert oder die entsprechenden Rezeptoren unerreichbar gemacht werden. Dadurch müssen immer grössere Substanzdosen eingenommen werden, um Entzugserscheinungen zu vermeiden (Toleranzentwicklung), was zu einem stetigen Konsum und Abhängigkeit führt (S. 19-20).

2.5 Opiate

In den bisherigen Kapiteln 2.1 bis 2.4 wurde ein Grundverständnis zur allgemeinen Suchterkrankung erarbeitet. Nun soll ein Vertiefungswissen über Opiate entstehen, welche nur eine Teilgruppe der Suchterkrankung abdecken. Weshalb gerade die Gruppe «Opiate» für die Vertiefung auserwählt wurde, wird im kommenden Abschnitt «Hintergrundwissen und Wirkung von Opiaten» ersichtlich.

2.5.1 Hintergrundwissen und Wirkung von Opiaten

Aus dem eingetrockneten Milchsaft der unreifen Kapseln des Schlafmons wird Opium hergestellt und daraus werden durch Weiterverarbeitung Opiate. Die bekanntesten sind Morphin, Heroin und Codein. Opiate wirken vorwiegend schmerzlindernd, dämpfend (sedierend), verlangsamen die Atmung, vermindern Hustenreize, verengen die Pupillen (Miosis), mindern den Blutdruck und führen zu Verstopfung. Das Belohnungssystem im Hirn wird aktiviert und die Aktivitäten des Nervensystems werden gedämpft. Opioide (darauf wird im Kapitel drei eingegangen) hingegen sind vollsynthetische Mittel, wobei das bekannteste das Substitutionsmittel Methadon ist (Batra Bilke-Hentsch, 2016, S. 158-159).

Da Opiate Schmerzen nicht nur dämpfen, sondern ihnen das Unangenehme nehmen und eine tiefe Entspannung und Gelassenheit auslösen, werden sie besonders häufig von Suchterkrankten zur Kontrolle von Traumata und Persönlichkeitsstörungen eingesetzt. Sie sind sozusagen unschlagbar, da sie aktivierte Notprogramme im Hirn am besten beruhigen. Alkohol und Benzodiazepine sind dafür zwar auch geeignet, aber erzielen nicht den gleichen Effekt, weshalb in dieser Arbeit nicht weiter auf sie eingegangen wird (Lüdecke et al., 2010, S. 58/114).

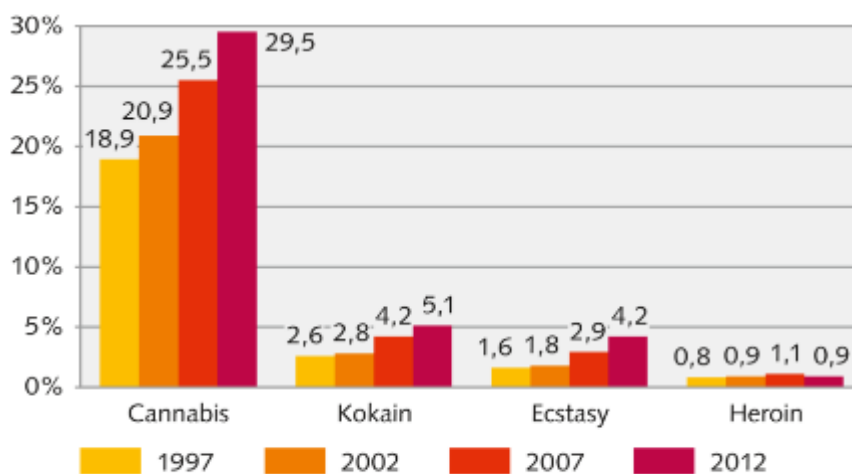
2.5.2 Hintergrundwissen zu und Wirkung von Heroin

Da Heroin das am weitesten verbreitete Opiat in der Schweiz ist, wird dieses nun innerhalb der Gruppe Opiate nochmals genauer betrachtet.

Wie in der untenstehenden Tabelle 1 des BFS ersichtlich, ist die Zahl der Suchterkrankten von Heroin in der Schweiz im Vergleich zu anderen Suchtmitteln eher gering und hat in den letzten Jahren stagniert.

Konsum von illegalen Drogen

Mindestens einmal im Laufe des Lebens
Bevölkerung in Privathaushalten*



* Für Cannabis: 15–59 Jahre; für Kokain, Heroin und Ecstasy: 15–49 Jahre

Tabelle 1 - Konsum von illegalen Drogen in der Schweiz (Quelle: Bundesamt für Statistik, 2014)

Dies bedeutet aber keinesfalls, dass das Suchtmittel Heroin keine Probleme mehr darstellt. Laut Dreher (2016) sind viele der Betroffenen bereits seit Jahrzehnten opiatabhängig und werden häufig durch Opiode wie Methadon, L-Polamidon (Levomethadon) oder Subutex (Buprenorphin) substituiert (S. 193).

Heroin kann intravenös verabreicht, geraucht, gesniffen oder inhaliert werden. Meist wird es mit anderen Suchtmitteln wie beispielsweise Kokain (Kombination beider Substanzen wird Speedball genannt) vermischt, um die Wirkung zu steigern. Multipler Substanzkonsum führt zu unkalkulierbaren Wirkungen und kann grosse Schäden verursachen. Heroin ist ein halbsynthetisches Opiat, da es im Labor auf der Basis von Rohopium hergestellt wird. Die Symptome eines Entzugs beginnen zirka acht Stunden nach dem letzten Konsum und zeigen sich vorwiegend durch Zittern, Schwitzen,

Durchfall, Schmerzzustände, Schlaflosigkeit, Angst und innere Unruhe (Sucht Schweiz, 2013a, S. 2-4).

Heroin gelangt schneller ins Hirn als Morphin und besitzt daher eine raschere und heftigere Wirkung. Dadurch ist sie aber auch zeitlich kürzer, was mehrere Einnahmen pro Tag erfordert (Thomas Geschwinde, 2013, S. 378). Laut Jan Dreher (2016) besitzt Heroin ein maximales Abhängigkeitspotential und wirkt sechs Mal schmerzstillender als Morphin (S. 195). Tretter (2017b) sagt, dass körperliche Schäden (Abszesse, schlechte Zähne, Schäden an Lunge, Herz, Knochen und Leber), Geschlechtskrankheiten, Infektionen, Verletzungen durch Trauma und psychische Schädigungen bei Opiat-Abhängigen häufig anzutreffen seien (S. 160).

2.6 Wesentliche Erkenntnisse

Die Ursachen und Folgen einer Suchterkrankung bei einem Menschen hängen von vielen unterschiedlichen Faktoren ab und sind dementsprechend breit gefächert. Risikofaktoren können die Entstehung einer Suchterkrankung fördern, wobei Schutzfaktoren ihnen entgegenwirken. Von einer Suchterkrankung sind meist alle Lebensbereiche betroffen.

Suchtmittel greifen auf den limbischen Teil im Gehirn und dort speziell auf das Belohnungssystem zu. Sie korrumpieren es, wodurch der Suchtkreislauf in Kraft gesetzt wird und das Craving, die Toleranzentwicklung und die Entzugssymptome ausgelöst werden.

Heroin hat ein maximales Abhängigkeitspotential und Opiate besitzen im Allgemeinen die Fähigkeit, Schmerzen in etwas Angenehmes umzuwandeln. Daher werden sie von den Betroffenen besonders häufig genutzt, um Traumata und Persönlichkeitsstörungen unter Kontrolle zu halten. Viele Opiatabhängige sind seit Jahren in einer SGB.

3 Substitutionsgestützte Behandlung (SGB)

Am Schluss des vorgängigen Kapitels wurde herausgearbeitet, dass viele Opiatabhängige in der Schweiz seit Jahrzehnten substituiert sind, weshalb auch ein genaues Hinsehen bei der SGB und in Bezug auf den Abbau der verordneten Opiode notwendig ist. Die aus dem Kapitel gewonnenen Erkenntnisse beantworten einen weiteren Teil der ersten Fragestellung und schliessen die bis anhin bestehenden Informationslücken zur heutigen Suchthilfe Schweiz.

Im folgenden Kapitel werden zuerst der Hintergrund, die Definition, die Handhabung und die Ziele der SGB beleuchtet. Danach geht es darum, einzelne Substitutionsmittel zu betrachten, bevor die Themen Substitutionsabbau, Beikonsum und Rückfälle behandelt werden.

3.1 Hintergrundwissen zur SGB

Die Aufsicht über die SGB obliegt den einzelnen Kantonen, wobei der Bundesrat die Rahmenbedingungen bestimmt. Finanziert wird sie durch die obligatorische Krankenversicherung (KLV, ART. 8) und sie ist verankert in den internationalen Guidelines der WHO (BAG, 2013, S. 4-5). In der von der schweizerischen Eidgenossenschaft verabschiedeten nationalen Strategie der Sucht (2015) ist im Vier-Säulen-Prinzip des BetmG im Pfeiler zwei – Therapie und Beratung – auch die substitutionsgestützte Behandlung enthalten (S. 28).

Dass die SGB heute standardmässig eingesetzt wird, bestätigt die aktuelle Teilnehmerzahl: 17'600 Personen (Thilo Beck, Alfred Springer & Hans-Günter Meyer-Thompson, 2017, S. 51). Auch von 1999 bis 2015 war die Teilnehmerzahl stabil und bewegte sich zwischen fast 17'000 bis leicht über 18'000. Interessant ist hier, dass sich das Durchschnittsalter der Teilnehmenden seit 1999 massiv erhöht hat, was in den untenstehenden Tabellen 2 und 3 ersichtlich ist (Offizielle Website der nationalen Substitutionsstatistik, 2015).

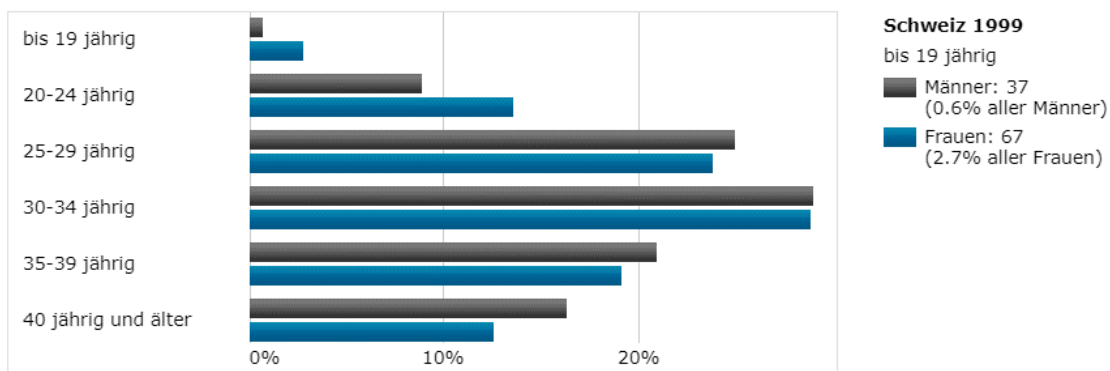


Tabelle 2 - Statistik Alter in substitutionsgestützter Behandlung Schweiz 1999 (Quelle: Substitution.ch, 1999)

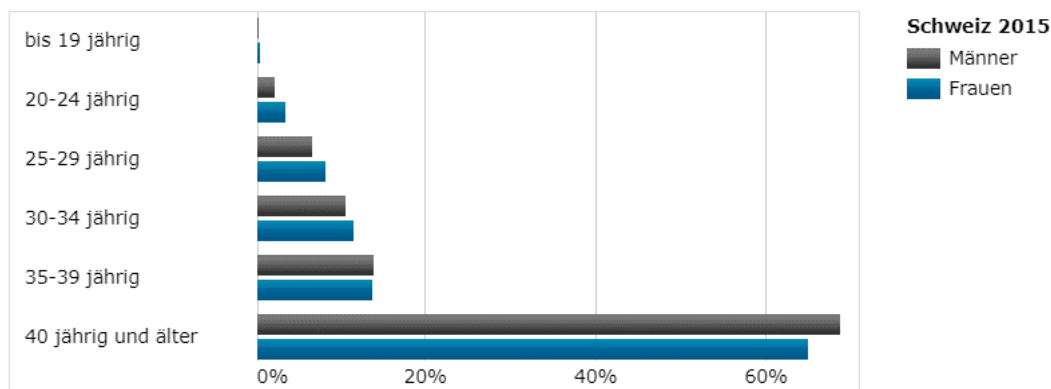


Tabelle 3 - Statistik Alter in substitutionsgestützter Behandlung Schweiz 2015 (Quelle: Substitution.ch, 2015)

Dies bestätigt wieder die Aussage von Dreher, dass viele Opiatabhängige seit Jahrzehnten in der SGB seien und nicht substanzfrei würden. Laut Baumberger und Knocks (2017) entsteht durch die gute Versorgung dieser Menschen eine neue Problematik – die der zunehmenden Anzahl alternder, seit Jahren suchterkrankter Menschen, die sehr pflegeintensiv sind und nicht in bestehende Pflegeheime integriert werden können. Heute fehlen sowohl die Erfahrung als auch die Therapieplätze, um sie angemessen versorgen zu können (S. 23). Beck et al. (2017) sehen unter anderem dieselbe Herausforderung und sagen, dass daher eine integrierte, interdisziplinäre Versorgung der Betroffenen im ambulanten wie im stationären Bereich an Gewicht gewinne (S. 52). Für die Fachkräfte der Sozialpädagogik in den stationären Suchttherapien bedeutet dies, dass sie zunehmend Menschen mit jahrzehntelanger Suchtproblematik betreuen werden, bei denen Traumata teilweise bereits Jahre zurückliegen und nie aufgearbeitet wurden.

3.2 Definition, Handhabung und Ziele der SGB

Eine SGB beginnt mit der Umstellung vom illegalen Konsum eines Opiats zur legalen, ärztlich verordneten Einnahme eines Opioids mit ähnlicher Wirkung. Bei Anlauf der SGB wird die Substitution so eingestellt, dass die Betroffenen keine Entzugserscheinungen haben und dadurch der Beikonsum von illegalen Suchtmitteln aufgegeben werden kann (was aber häufig nicht passiert). Die Behandlungsdauer ist nicht limitiert, dauert oft Monate bis Jahre und wird interdisziplinär begleitet. Möchten Betroffene die Substitution abbauen oder aus dem Behandlungsprogramm aussteigen, empfiehlt sich ein langsames «Ausschleichen» des Medikaments, um Entzugserscheinungen möglichst zu vermeiden (BAG, 2013, S. 4-5). 50% der SGB werden von Hausärzt/-innen, der Rest von Ambulatorien geleistet. Wie aber bereits in der Einleitung erwähnt, werden Betroffene, die eine Mehrfacherkrankung (in der Fachsprache Multimorbidität genannt) und eine fehlende soziale Integration in der Gesellschaft aufweisen, zunehmend in stationären Suchttherapien behandelt (Beck, Springer & Meyer-Thompson, 2017, S. 51) Da diese Anzahl eher hoch ist und vermutet werden kann, dass sie in Zukunft noch steigen wird, wird die SGB in die stationären Suchttherapien weiter Einzug halten. Die vom BAG festgelegten Ziele der SGB sind psychische wie physische Stabilität, ein Konsum ohne Risiko, Bedingungen schaffen für eine dauerhafte Abstinenz, die Integration in die Gesellschaft, eine Distanzierung vom illegalen Milieu und die anhaltende Einbindung in therapeutische Settings (BAG, 2017).

3.3 Verhalten eines substituierten Suchterkrankten

Das generelle Verhalten einer substituierten Person zu definieren ist äusserst schwierig und das Thema wird in der Literatur nur spärlich behandelt. Gefundene Studien bezogen sich meist auf suchterkrankte Personen ohne Substitutionen, da sie vor den 90er-Jahren durchgeführt und ausgewertet wurden. Verallgemeinernd kann gesagt werden, dass die Studienresultate einen sehr hohen Anteil an psychischen Erkrankungen bei den Betroffenen aufzeigte. Heroinsüchtige wurden zudem von unterschiedlichen Autoren als neurotisch (nervenkrank) bezeichnet (Jerome J. Platt und Christina Labate, 1982, S. 74). In einer Studie von English und Tori (1973) zeigte sich zudem bei Untersuchungen von Heroinsüchtigen, die sich meist bereits in einer SGB befanden, eine geringe Ich-Stärke (zit. in Platt et al., 1982, S. 75).

Aus seiner persönlichen jahrelangen Erfahrung zählte der Therapeut Peter Forster (Interview vom 24. April 2017) vorwiegend folgende Merkmale auf: Ein eher

distanzloses, forderndes Verhalten der Betroffenen, wobei immer die Nähe zu den Betreuenden und der Peergroup gesucht wird, ständig begleitet von Cravingsymptomen, ein vermehrtes Fehlen von Emotionsregulation und ein grosses Gefühl von Misstrauen den Mitmenschen gegenüber.

Im Kapitel 3.3, wird aufgezeigt, mit welchen Entzugssymptomen ein Opioid-Abhängiger zu kämpfen hat und wie sich das auf seine Psyche und seinen Körper auswirkt.

3.4 Einzelne Substitutionsmittel

In der Schweiz wird in den SGB vorwiegend mit den Substitutionsmitteln Methadon und Subutex gearbeitet. Diese zwei Substitutionsarten werden im Folgenden genauer betrachtet und die Verwendungsart, Unterschiede, Vorteile und Nachteile ausgearbeitet.

3.4.1 Methadon

Es gibt zwei Formen von Methadon: L-Polamidon und Methadon. Der Unterschied ist, dass L-Polamidon (auch Edelmethadon genannt) doppelt so stark wirkt wie das normale Methadon, nur alle maximal 36 Stunden eingenommen werden muss, erheblich teurer ist und somit seltener verordnet wird (Psychosozialer Dienst Neunkirchen, ohne Datum, S. 1-3).

Methadon wird als Trinkwasserlösung und in Tablettenform hergestellt, L-Polamidon nur als Trinkwasserlösung. Beide verursachen eine angenehme Wirkung, nicht aber den «Kick» wie das Heroin. Die Absetzung von L-Polamidon wie auch Methadon bringt deutlich stärkere Entzugserscheinungen mit sich als die Absetzung von Heroin, auch wenn sie ähnlicher Art sind (genauer beschrieben unter Kapitel 2.5.2 und 3.4). Die in der SGB verwendeten Dosen sind so hoch, dass nicht an Methadon gewöhnte Menschen daran sterben würden. Bis die richtige Dosis eingestellt ist, kann es bis zu zwei Wochen dauern und die Anfangsdosis wird angepasst an die Menge der zuvor konsumierten Suchtmittel (Psychosozialer Dienst Neunkirchen, ohne Datum, S. 1-3). 65% aller momentan in der Schweiz durchgeführten SGB setzen heutzutage das normale Methadon und nur ca. 2% L-Polamidon ein. Ein Grund für den Einsatz von L-Polamidon kann eine Unverträglichkeit von Methadon sein (Beck et al., 2017, S. 51).

Jemand, der mehrfach traumatisiert, komorbid erkrankt und hochgradig süchtig ist, schöpft am meisten Profit aus Methadon, da es dämpft und emotional distanziert (Lüdecke et al., 2010, S. 116).

3.4.2 Subutex (Buprenorphin)

Die Wirkungsdauer der Tablette hält je nach Dosierung ein bis drei Tage an, was ein grosser Vorteil sein kann, wenn Betroffene in den Arbeitsmarkt integriert sind. Die Sublingualtablette muss bei der Einnahme unter die Zunge gelegt und dort während ca. fünf Minuten aufgelöst werden. Im Vergleich zu Methadon wirkt Subutex mit hohen Dosen geringer, weist ein niedrigeres Abhängigkeitspotential auf und der Körper entwickelt weniger Toleranz gegen das Mittel. Ein zusätzlicher Heroin- oder Methadonkonsum bringt keinen Kick und kann sogar zu Entzugserscheinungen führen. Dies kommt daher, dass Subutex die Methadon- oder Heroinrezeptoren an ihren Rezeptoren verdrängt, aber dann nicht an allen Opiatrezeptoren andocken kann (Psychosozialer Dienst Neunkirchen, ohne Datum, S. 1-4). 9% aller SGB werden in der Schweiz mit Subutex durchgeführt (Beck et al., 2017, S. 51).

Ist ein Betroffener oder eine Betroffene stabilisiert in der Behandlung, ist Subutex oft die bessere Lösung als Methadon. Es stoppt das Opiat-Craving und dämpft kaum. Dadurch steigen die Erlebnisfähigkeit und Klarheit. Zudem wirkt es nicht stärker bei einer Überdosierung, was einen schweren Missbrauch für Suchterkrankte unattraktiv macht (Lüdecke et al., 2010, S. 116).

3.5 Substitutionsentzug

Die Entzugserscheinungen bei Methadon ähneln, wie bereits gesagt, denen von Heroin, sind aber stärker und langwierig und daher sehr unangenehm. Nebenwirkungen wie Schwindel, Schweregefühl in Armen und Beinen, Müdigkeit, Sexunlust, Konzentrationsschwäche, Schwitzen, Schlafstörungen, Alpträume, Juckreiz, Wegbleiben von Gefühlen, depressive Verstimmungen und Schlappeheit können auftreten. Bei zu hoher Dosierung kann es zu einer Atmungsblockade kommen, die zum Ersticken führen kann. Der Abbau von Subutex ist im Vergleich wesentlich einfacher und die Entzugssymptome sind geringer (Psychosozialer Dienst Neunkirchen, ohne Datum, S. 1-4).

Sind die Entzugssymptome zu stark, ist es sinnvoll, sogenannte Stopp-Tage einzulegen, um die Symptome zu reduzieren. Stopp-Tage bedeuten, dass an diesen Tagen kein Abbau stattfindet und die Dosis vom Vortag eingenommen wird. Sind die Nulltage (Methadon-freie Tage) erreicht, sind die schlimmsten Entzugssymptome ab dem fünften Tag überstanden (Dreher, 2016, S. 200).

3.6 Beikonsum und Rückfälle

Viele Personen, die sich in einer SGB befinden, betreiben irgendwann im Laufe der Behandlung einen problematischen Beikonsum. Kann dieser in den stationären Therapiezentren nicht unterbunden werden, muss das Fachpersonal vorübergehend eine Beikonsum-Entzugsbehandlung in einer stationären suchtmmedizinischen Organisation einleiten (Dreher, 2016, S. 204-205).

Auch Rückfälle, früher als Katastrophe angesehen und mit dem Vorwurf der persönlichen Schuld belastet, gelten heute als elementare Teile auf dem Weg aus der Suchterkrankung. Die Auseinandersetzung damit gehört zu jeder Therapie (Ulrich Kemper, 2016, S. 4-6). Oft häufen sich Rückfälle auch während des Substitutionsabbaus, was ein Auslöser für die heute unter den Fachkräften kontrovers geführte Diskussion der zwingenden Abstinenz ist.

Interessanterweise gibt es bis heute keine national oder international einheitliche Rückfalldefinition (Kemper, 2016, S. 4). Eine allgemeine Definition eines Rückfalls ist das wiederholte Auftreten einer scheinbar durchgestandenen Krankheit oder das Zurückfallen in ein verschlimmertes Befinden. Diese Definition bezieht sich aber nicht auf die Suchterkrankung und ist daher sehr ungenau (Duden, 2017b). In der Literatur über Suchterkrankung findet sich grundsätzlich eine Unterscheidung zwischen Fehltritt (lapse) und schwerem Rückfall (relapse). Als ein Fehltritt wird ein kurzfristiger und begrenzter Konsum angesehen, bei dem danach die Abstinenz aufrechterhalten wird. Als schwerer Rückfall hingegen wird ein Zurückfallen in alte Muster gewertet, welches eine deutlich höhere Konsummenge und -dauer mit sich bringt (Fachambulanz Beratungs- und Behandlungsstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängige, ohne Datum; Sucht Info Schweiz, 2010).

Die einflussreichste Rückfalltheorie ist die sozialkognitive von Marlatt und Gordon aus dem Jahr 1985. Sie wurde 2004 von Marlatt selbst mit Witkiewitz zum dynamischen Modell des Rückfalls (DMdR) erweitert und erfuhr dann aber im Gegenzug zu der Ursprungstheorie scharfe Kritik hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit und Komplexität. Die Theorie mischt soziale, kognitive, verhaltens- und suchtbetogene Elemente zusammen und zeigt, wie es zu einem Rückfall kommen kann (Kemper, 2016, S. 6). Trotz der Kritik gilt sie bis heute als eine der wichtigsten Rückfalltheorien, weshalb das DMdR in Abbildung 5 aufgezeigt wird.

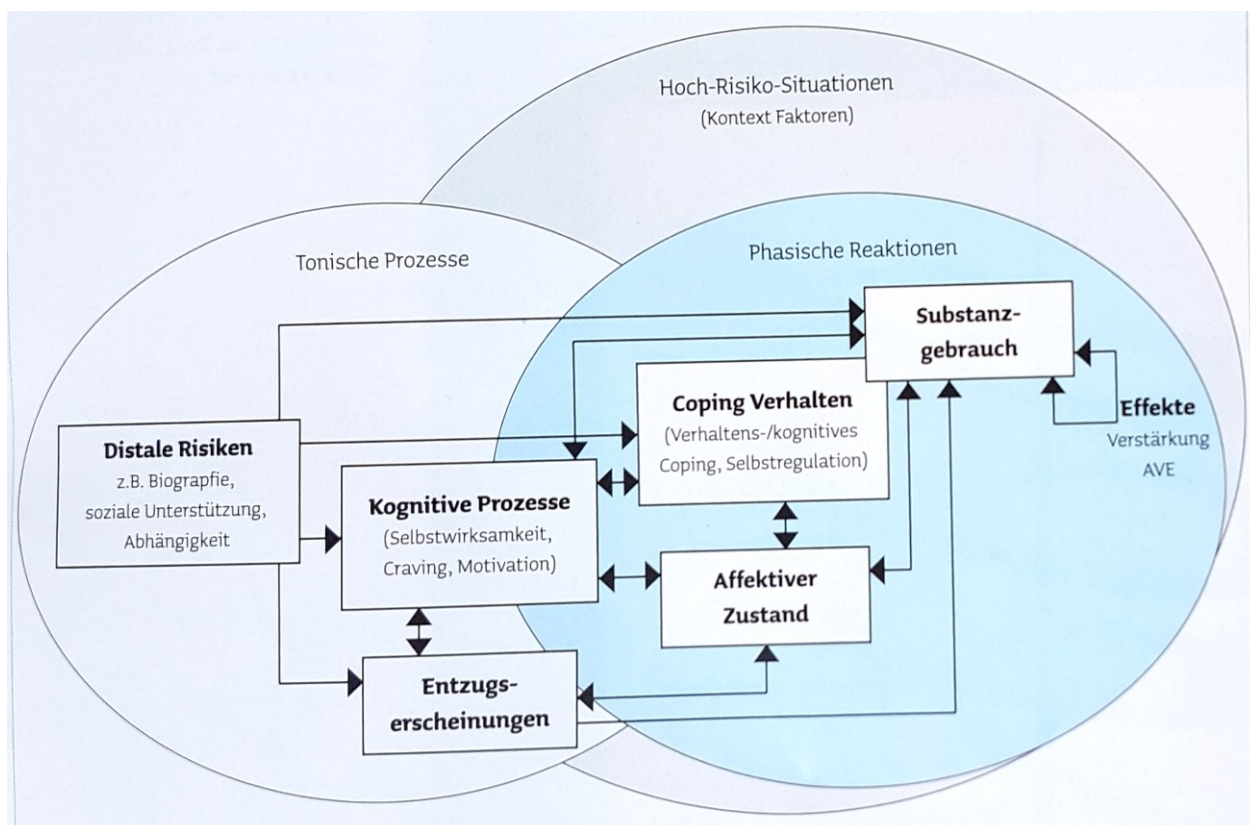


Abbildung 5 - Dynamisches Modell des Rückfalls DMdR (Quelle: Suchtmagazin, 2016 (1), S. 7)

3.7 Wesentliche Erkenntnisse

Eine neue Problematik – die der zunehmenden Anzahl alternder, sehr pflegeintensiver, seit Jahren suchterkrankter Menschen – ist in der Entstehung begriffen. Da diese nicht in Altersheimen untergebracht werden können, bedeutet das auch für die stationären Suchttherapien eine neue Herausforderung, wobei davon ausgegangen werden kann, dass bei vielen Betroffenen über Jahre Traumata entstanden sind, die teilweise nie aufgearbeitet werden konnten.

Die SGB ist Bestandteil der nationalen Strategie der Sucht und die Zuständigkeiten sind in der Schweiz klar geregelt. Der Hauptteil der Teilnehmenden einer SGB ist durch Methadon substituiert, was deutlich schwerer abzubauen ist als Heroin, da die Entzugserscheinungen erheblich stärker sind. Traumatisierte, komorbid erkrankte und hochgradig süchtige Personen ziehen einen grossen Vorteil aus Methadon, da es durch dämpfende und distanzschaffende Eigenschaften hilft, die zusätzlichen Problemstellungen auszublenden.

Das Verhalten suchterkrankter Menschen wird als eher distanzlos und fordernd beschrieben. Die Nähe zur Peergroup und zu den Bezugspersonen wird gesucht, wobei ein ständiges Misstrauen die Betroffenen begleitet. Craving-Symptome, ein vermehrtes Fehlen von Emotionsregulation, eine geringe ICH-Stärke und ein hoher Anteil an psychischen und neurotischen Krankheitsbildern sind ebenfalls vermehrt bei dieser Menschengruppe anzutreffen.

Für Rückfälle existiert keine vollumfassende und einheitliche Definition. Es wird in der Literatur aber unterschieden zwischen verschiedenen Rückfallarten. Rückfälle werden heute als wichtiger Teil der Therapie angesehen und die Frage nach der vollkommenen Abstinenz wird in den Fachkreisen offen diskutiert.

4 Trauma

Bis anhin wurde in dieser Bachelorarbeit die Seite der Suchterkrankung unter Einbezug der SGB genauer betrachtet. In diesem Kapitel findet nun eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Trauma statt, welches die letzten noch fehlenden Antworten zur ersten Fragestellung liefert und ebenfalls grundlegend für die Beantwortung der zweiten Fragestellung ist.

Das Kapitel ist ähnlich gegliedert wie die vorangegangenen Kapitel. Als Erstes wird daher der Begriff Trauma definiert, dann werden die verschiedenen Typen, Ursachen und Folgen von Traumata aufgezeigt und schlussendlich das Verhalten und die Bedürfnisse von Betroffenen thematisiert. Da ein Trauma nicht gleich eine Traumatisierung bedeutet geht es in einem eingeschobenen Kapitel um die Behandlung der Entstehung und des neurobiologischen Ablaufs.

4.1 Definition Trauma

Das Wort „Trauma“ stammt laut Wilma Weiss ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“ (2016, S. 25). Ein Trauma wird in der Medizin als Verletzung eines Körperteils verstanden. Renate Jegodtka und Peter Luitjens (2016) erläutern, dass ein psychisches Trauma, sinnbildlich eine psychische Verletzung, in der Literatur unterschiedlich bis kontrovers definiert werde. Es wird entweder das subjektive Erleben oder das überwältigende Ereignis als Trauma bezeichnet. Dominierend ist momentan die psychiatrische Sicht auf das Trauma, welche im ICD-10 festgehalten ist (S. 51).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrer internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) „Trauma“ im Zusammenhang mit infolge eines Traumas eintretender psychischer Erkrankung, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), wie folgt definiert: „...ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (ICD-10/F.43.1, 2017, S. 200).

4.2 Traumtypen und Ursachen eines Traumas

Jegodtka und Luitjens (2016, S. 55) heben hervor, dass in der ICD-10-Definition von Trauma die Bedingungen, in welchen Menschen von traumatischen Ereignissen überwältigt wurden, zu wenig berücksichtigt würden. Auf der einen Seite gibt es Unfälle und Naturkatastrophen, welche „apersonale, akzidentelle Traumata“ sind. Auf der

anderen Seite erleben Menschen „zwischenmenschliche Traumata“ (Universitätsklinik Basel (UPKBS), 2015), welche in der Literatur häufig als „man-made-disaster“ bezeichnet werden. Diese Unterscheidung wird auch von Leonore Terr getroffen (siehe Abbildung 6). Weiter wird an der ICD-10-Definition kritisiert, dass keine Unterschiede zwischen einmaligen und kumulativen Traumata vorgenommen würden. Aus diesen Gründen werden in der Literatur als Erweiterung der ICD-10-Definition die Traumtypen von Leonore Terr aufgegriffen (Jegodtka & Luitjens, 2016, S. 56; Martin Sack, Ulrich Sachsse & Julia Schellong, 2013, S. 45).



Abbildung 6 - Traumtypen nach Leonore Terr (Quelle: Schweizerisches Rotes Kreuz, 2013)

Bei Typ eins wird eine Situation einmalig erlebt und diese ist von kurzer Dauer (Naturkatastrophen, Vergewaltigung). Es wird hauptsächlich Angst verspürt und die Erinnerungen sind oftmals sehr deutlich und lebendig. Dieser Traumtyp ist eher gut behandelbar. Bei Typ zwei wurden langanhaltende oder sich wiederholende negative Erfahrungen gemacht, wie beispielsweise sexuelle Ausbeutung oder Krieg. Bei diesem Traumtyp sind die Wiedererinnerungen undeutlich und es besteht ein erhöhtes Risiko, zu dissoziieren (Abspaltung vom Ich) oder Bindungsstörungen zu entwickeln. Auch die Wahrscheinlichkeit, an Komorbidität (mehrere psychische Erkrankungen) zu leiden oder eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, ist viel höher. Dieser Traumtyp ist schwer zu behandeln, unter anderem, weil neben Angst oftmals auch

Gefühle von Wut, Scham und Misstrauen vorhanden sind (Universitätsklinik Basel, 2015; Hochschule Luzern (HSLU) Soziale Arbeit, 2017).

In dieser Arbeit und im Zusammenhang mit Sucht kommt vermehrt der Typ zwei vor (Lüdecke et al., 2010, S. 135). Da aber, wie im nächsten Kapitel erwähnt, nicht zwingend die Ursache eines Traumas, sondern das subjektive Erleben massgeblich ist, sollten die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen jeden Traumatyp ernst nehmen und versuchen, adäquat auf die Betroffenen zu reagieren.

Aus der obenstehenden Abbildung sind die häufigsten Ursachen eines Traumas erkennbar. Es werden aber viele Zwischennuancen nicht erfasst oder nicht klar aufgezeigt. Gottfried Fischer und Peter Riedesser (2009, S. 150) bieten eine differenziertere Darstellung an möglichen Ursachen (Tabelle 4). Auch sie unterscheiden zwischen kurz- und langanhaltenden Ereignissen, ergänzen diese jedoch mit einer Aufgliederung des Schweregrades.

		Schweregrad				
		leicht	mittel	schwer	sehr schwer	katastrophal
Dauer	akut	Schulabschluss (Matura), Auszug der Kinder, Lebensveränderungen	Heirat, Trennung, Verlust der Arbeit	Verlust der Familie, Erstes Kind	Tod des Partners, Vergewaltigung	Tod vom Kind, Suizid Ehepartner, Naturkatastrophen
	überdauernd	Familiäres Reizklima, finanzielle Nöte	Lange Eheprobleme, schwere finanzielle Nöte	Arbeitslosigkeit, Armut, Chronische Krankheit	Anhaltende Misshandlung, Missbrauch	Naturkatastrophen (überdauernde Dürre), Gefangenschaft, Deportation

Abbildung 7 - Faktoren eines Traumas (Quelle: Fischer & Riedesse modifiziert durch Michael Gloggnitzer, ohne Datum)

Diese umfassendere (nicht abschliessende) Tabelle zeigt, dass auch finanzielle Not, Krankheiten, schwierige familiäre Umstände, der Verlust von geliebten Menschen wie auch Trennungen und der Verlust einer Arbeitsstelle traumatisierend wirken können. Erwachsene Suchterkrankte mit einem Trauma, welche in einer stationären Suchttherapie leben, befinden sich nebst der Sucht häufig in den unterschiedlichsten schwierigen Lebenslagen, die sich mit der Tabelle von Fischer und Riedesser decken (Arbeitslosigkeit, Schulden, Verlust von Familie), was die Situation für die Betroffenen weiter verschlimmert (vgl. Kapitel 2.2).

4.3 Mechanismus der Traumatisierung (Neurowissenschaft)

Hier wird eine Abgrenzung zwischen den Begriffen «Trauma» und «Traumatisierung» vorgenommen. Dazu wird zuerst der Begriff «Traumatisierung» definiert, bevor dessen Ablauf geschildert wird. Neurobiologische Erkenntnisse runden dieses Kapitel ab.

4.3.1 Definition Traumatisierung

Ein Trauma bedeutet nicht zwingend, dass ein Mensch traumatisiert sein muss. Erst das subjektive Erleben einer Situation, welche die „individuellen Ressourcen zur Bewältigung übersteig[t]“, bedeuten eine Traumatisierung (UPKBS, 2016b). In dieser Arbeit werden Menschen, die ein Trauma (üb)erlebt haben, als traumatisiert angesehen, da die Traumatisierung einen direkten Einfluss auf die Suchterkrankung hat.

4.3.2 Der Ablauf einer Traumatisierung

Inwiefern ein Mensch nach einer stressreichen und belastenden Situation traumatisiert wird, hängt von vielen Faktoren ab. Wichtige Schutzfaktoren sind unter anderem die persönliche Verfassung, vorgängige Traumatisierungen sowie bereits vorhandene individuelle Bewältigungsstrategien (Vera Maria Weeber & Süleyman Gögercin, 2014, S. 32).

Die folgende eigene Darstellung (Abbildung 7), welche den Ablauf einer Traumatisierung aufzeigen soll, wurde anhand unterschiedlicher Quellen erarbeitet (UPKBS, 2015; Weeber & Gögercin, 2014, S. 34; Gerald Hüther & Ulrich Sachsse, 2007, S. 168; Corinna Scherwath & Sibylle Friedrich, 2014, S. 18; Tanja M. Brückl & Elisabeth B. Binder, 2017, S. 119).

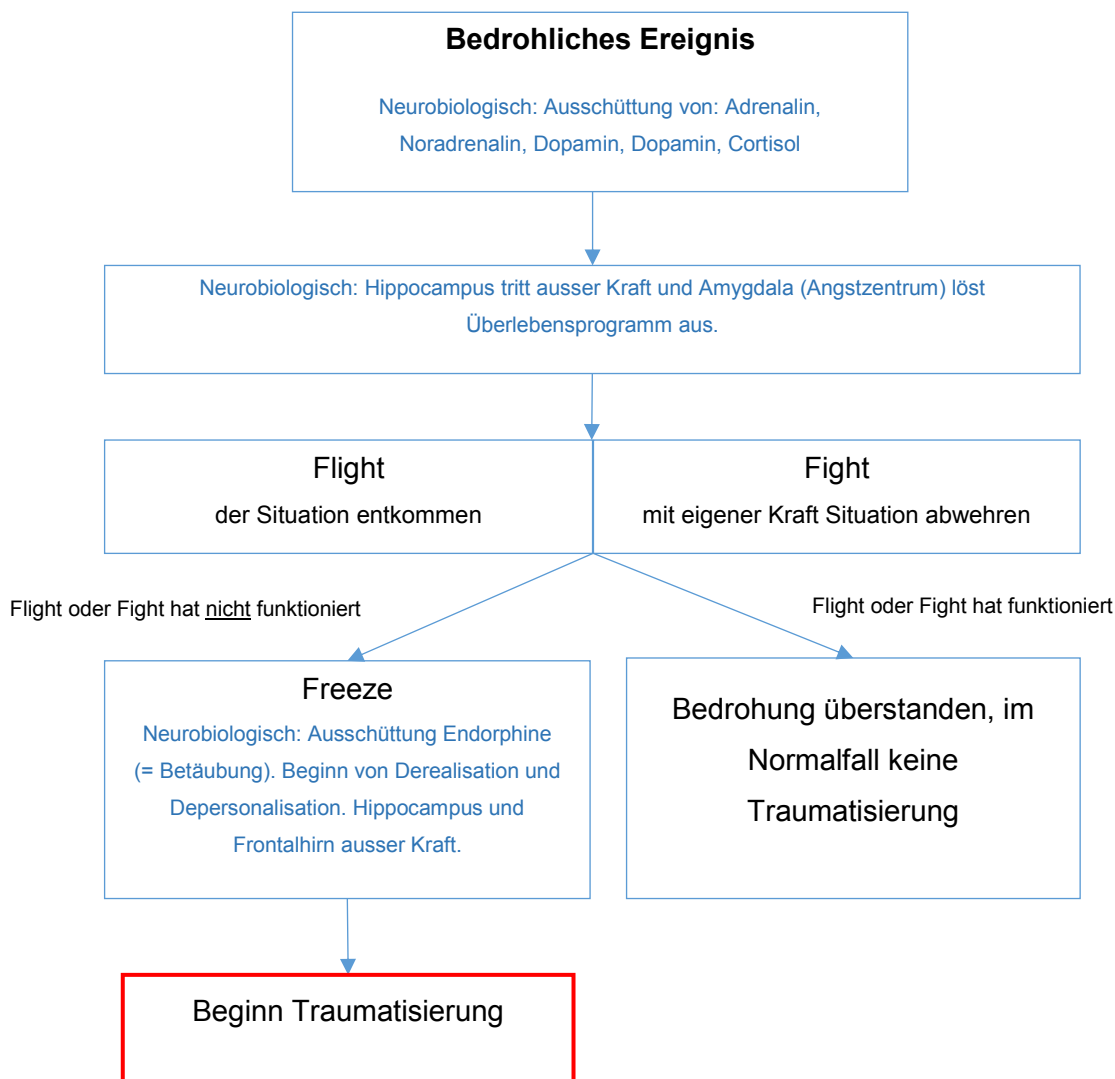


Abbildung 8 – Ablauf einer Traumatisierung (Quelle: eigene Darstellung)

Die Darstellung zeigt, dass zuerst Flucht (Flight) oder Kampf (Fight) versucht wird. Scheitern diese beiden Reaktionsmöglichkeiten, tritt die dritte Möglichkeit ein, Erstarren (Freeze). Kann während des bedrohlichen Ereignisses die Flucht ergriffen werden oder aber kann man sich zur Wehr setzen, konnte die bedrohliche Situation überstanden werden. Dennoch haben aber auch solche Ausgänge von Situationen möglicherweise Spuren hinterlassen. Die betroffenen Menschen sind in erhöhter Alarmbereitschaft und Wachsamkeit, haben Angstgefühle, werden impulsiver, affektiver sowie aggressiver (UPKBS, 2015).

Gravierender ist es aber, wenn es zu einer Freeze-Reaktion kommt. Hüther und Sachsse (2007, S. 168) vergleichen diese Reaktion, auch „Todstellreflex“ genannt, mit dem Tierreich. Sie gehen von den Jungtieren aus, welche Bewältigungsstrategien noch

erlernen müssen. Wie auch Menschenbabys und -kinder, werden die Mütter (und Väter) durch Geräusche auf sie aufmerksam gemacht, wenn sie Hilfe brauchen. Diese Laute, die Menschen wie auch Tiere von sich geben, werden „distress vocalisations“ genannt. Wenn sich das Tier nun aufgrund des Angriffs eines Raubtieres in lebensbedrohlicher Gefahr befindet und weder die Mutter noch anderweitigen Schutz um sich hat, ist es sicherer, keinen Ton von sich zu geben – sich tot zu stellen. Das Tier erscheint äusserlich erstarrt, empfindet aber innerlich eine sehr starke Erregung, was in der Fachsprache als Hyperarousal bezeichnet wird (Hüther & Sachsse, 2007, S. 168). Der Zustand, dass man eigentlich hätte wirksam handeln müssen, aber nicht konnte, lässt die Betroffenen „seelisch“ in dieser Situation verharren. Die Erfahrung der Hilflosigkeit und der panischen Angst kann nicht mehr verarbeitet werden und bleibt somit „als existenzielles Grundgefühl bestehen“ (Sächsische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2009).

Die in bedrohlichen Situationen übertretenen Selbstwirksamkeits- und Verarbeitungsstrategien rufen unsere Notprogramme ab, was oft eine Veränderung der neuronalen Hirnstruktur zur Folge hat (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 18).

4.3.3 Die Neurobiologie einer Traumatisierung

Das Gehirn muss neue Wege suchen, um mit der Übersteigerung der bisher erlernten Bewältigungsstrategien zurechtzukommen. Tritt eine nicht bewältigbare Situation ein, verändert sich spürbar der physiologische Zustand. Die Herz- und Atemfrequenz steigert sich, die Muskeln verkrampfen sich und es kommt zur verstärkten Ausschüttung von Hormonen wie Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Cortisol (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 19). Für die oben erwähnten Fight- und Flight-Auswege sind Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin nötig, welche unsere Wachheit, Beweglichkeit und erlernte Lösungswege für die Flucht oder den Kampf bereitstellen (Hüther & Sachsse, 2007, S. 169). Das Cortisol erhöht das Angstempfinden und ermöglicht dem Körper eine äusserst hohe Wachsamkeit (Brückl & Binder, 2017). Gleichzeitig werden die Gehirnfunktionen vom Frontalhirn, Sprachzentrum und Hippocampus (in der Grosshirnrinde angesiedelt und zuständig für unser Denken und Handeln) ausser Kraft gesetzt, damit diese Energie im Hirnstamm die oben erwähnten Notprogramme aktiviert. Zudem wird die Amygdala in Gang gesetzt, was ebenfalls zur Aktivierung der Notprogramme beisteuert (Freeze, Fight, Flight) (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 19).

Reichen die vom Körper bereitgestellten Ressourcen nicht aus, um die Situation zu bestehen, und muss in einer Freeze-Reaktion verharrt werden, versucht das Gehirn den Menschen zu schützen, indem die Wahrnehmung verändert wird. Die Betäubung von Körper und Geist wird durch eine hohe Ausschüttung von Endorphinen erreicht. Die Umgebung wird verzerrt und unwirklich wahrgenommen, was als Derealisation bezeichnet wird. Es können auch „dissoziative Phänomene“ entstehen. Diese werden als Depersonalisation bezeichnet. Die Person spürt sich nicht und fühlt sich nicht am Geschehen beteiligt. Bei diesem inneren Prozess wird die Wahrnehmung fragmentiert abgespeichert, was eine spätere zusammenhängende und abrufbare Erinnerung unmöglich werden lässt (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 20).

Das Gehirn lernt durch Erfahrung und hört nie auf zu lernen. Dies ist für die Mehrheit eine Chance, bei negativen Erlebnissen kann dies aber langwierige Folgen haben. Sind negative Erfahrungen/Erlebnisse abgespeichert worden, haben wir die damals funktionierende Überlebensstrategie erlernt. Es kann nun sein, dass man beim Gefühl, wieder in einer gleichen oder ähnlichen Situation zu sein, das erlernte Programm abspult – man dissoziiert (oder kämpft/flüchtet) wieder (Hüther & Sachsse, 2007, S. 167).

Das Dissoziieren ist ein wichtiger Punkt in Bezug auf das Suchtverhalten und die Selbstmedikation, worauf im Kapitel 5.1.1 genauer eingegangen wird.

4.4 Folgen von Traumata

Die am meisten verbreitete Folge eines Traumas ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Früher war die PTBS im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, das amerikanische Diagnosemanual) unter dem Kapitel der Angsterkrankungen zu finden (Schöner, Johanna, Kronenberg, Golo, Heinz, Andreas, Endres, Matthias & Gertz, Karen, 2017, S. 234). Heute wird PTBS als eigenständiges Störungsbild geführt (DSM-5/309.81) (Sandra Elze, 2017). Wie bereits erläutert, umfassen die Trauma-Definitionen der ICD-10 und DSM-V nicht die Komplexität eines Traumas. Dennoch ist es hilfreich, mittels Diagnose eine Unterscheidung der Schweregrade eines Traumas vorzunehmen. In der Literatur werden hauptsächlich drei Kategorien der PTBS erläutert. Es wird von einer akuten Belastungsreaktion (ICD-10/F.43, S. 200), der „klassischen“ Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10/F.43.1, S. 200) sowie der komplexen Belastungsstörung (Sack et al., 2013, S. 42-43) gesprochen.

4.4.1 Die akute Belastungsreaktion

Im ICD-10 (ICD-10/F.43.0, 2017, S. 199) wird die akute Belastungsreaktion als kurzzeitig beschrieben. Sie dauert meistens nur ein paar Stunden oder einige Tage und unterscheidet sich hauptsächlich durch die Dauer der Symptome von der PTBS. Es zeigen sich die typischen Symptome einer PTBS wie Verstörung, sich betäubt fühlen, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, ein Unruhezustand, Überaktivität sowie körperliche Änderungen wie Schwitzen und Erröten (vgl. Kap. 3.3.2 & 3.3.3). Laut Scherwath und Friedrich (2014) tritt die akute Belastungsreaktion besonders häufig bei Ereignissen auf, bei welchen die Person sich dank der Notfallprogramme, Flucht oder Kampf, selber helfen konnte. Zudem sind zu diesem Zeitpunkt die Schutzfaktoren wie zum Beispiel die persönlichen Bewältigungsstrategien relevant (S. 23).

4.4.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Bei der „klassischen“ Posttraumatischen Belastungsstörung werden, neben den bei der akuten Belastungsstörung erwähnten Reaktionen, drei typische Symptome in den offiziellen Klassifikationen (ICD-10 & DSM-5) sowie in der Literatur erläutert. Zum einen ist ein Hyperarousal (vgl. Kap. 4.3.2) erkennbar. Zum anderen ist das Wiedererleben der traumatischen Ereignisse (Intrusion bzw. Flashback) verbreitet. Zum Schluss ist eine Vermeidung (Konstriktion) von ähnlichen Situationen feststellbar (ICD-10/F.43.1, 2017, S. 199; Tobias Hecker & Andreas Maercker, 2015, S. 549).

Wie Übererregung entsteht, wissen wir bereits aus den vorangegangenen Kapiteln. Dies geschieht durch den neurobiologischen Ablauf und die Hormonausschüttung während der Traumatisierung. Die Übererregung hat durch die (nach der Traumatisierung) bleibende Stressüberflutung allgemeine innere Unruhe sowie Konzentrations- und Leistungsschwäche zur Folge. Zudem haben die Betroffenen oftmals Schlafstörungen, da sie tagsüber sehr wachsam sind und abends aufgrund der Übererregung Schwierigkeiten mit dem Einschlafen haben (Hecker & Maercker, 2015, S. 550; Fischer & Riedesser, 2009, S. 171).

Das Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses (Intrusion) kann durch verschiedene Reize wie Gerüche, Orte, Bilder, Bewegungen oder auch bestimmte Berührungen hervorgerufen werden. Diese Assoziierung wird auch als „Trigger“ bezeichnet. Laut Sabine Schönfeld, Anne Boos und Johanna Müller (2011) sind „intrusive Erinnerungen spontan auftretende, auslöserabhängige, ungewollte Erinnerung an Aspekte der Traumatisierung“ (S. 988). Während des Wiedererlebens sind die Betroffenen nicht in der Lage, den Unterschied zwischen „damals und heute“

zu machen, was für sie ein erneutes Durchleben des Ereignisses zur Folge hat (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 25-27).

Oft zeigen Betroffene eine Vermeidung (Konstriktion) von gewissen Orten oder anderen Erinnerungsgefahren. Dieses Vermeidungsverhalten hat Isolation sowie sozialen Rückzug zur Folge (Christian Stadler, 2013, S. 75). Die Vermeidung kann auch durch dissoziatives Verhalten in Erscheinung treten. Betroffene spalten sich in für sie als retraumatisierend empfundenen Situationen und Gesprächen ab und wirken dabei passiv oder abwesend (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 28). Diese Dissoziation hat auch Gedächtnislücken zur Folge, da die Wahrnehmung zu diesem Zeitpunkt getrübt ist. In der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist es wichtig, dieses Verhalten zu kennen, denn Erinnerungslücken werden von Fachkräften oft als Vergesslichkeit, Verweigerung, Verleugnung gemachter Handlungen oder aber als Lügen und Ausreden abgetan (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 28). Breitenbach und Requardt (2014) weisen aber auch darauf hin, dass nicht jede Abwesenheit oder Unlust auf das Trauma zurückzuführen sei. Auch traumatisierte Menschen könnten einfach mal faul oder aber mal unehrlich sein – wie alle anderen Menschen auch (S. 41).

4.4.3 Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Es gibt bisher keine einheitliche Definition der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS). Im ICD-10 wird sie als „Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ (ICD-10/F.62, 2017, S. 214) bezeichnet. DSM-5 versucht diesem Störungsbild mit der Bezeichnung „PTBS und zugehörige Merkmale“ gerecht zu werden (Dieter Kunzke & Frank Güls, 2003, S. 58). Laut Hecker und Maercker (2015) kommt diese Form besonders bei Personen mit traumatischen Erlebnissen des Typs 2 vor (vgl. Kap. 3.3.1), bei denen es zur Kumulation traumatischer Ereignisse kommt (z.B. Gewalt und Vergewaltigung) (S. 551-552). Im ICD-11, welche die WHO laut Stand Dezember 2016 im Jahr 2018 herausgeben wird, wird die KPTBS neu aufgenommen und definiert sein, was eine genauere Diagnose beziehungsweise Abgrenzung zu den bereits erfassten Klassifizierungen ermöglicht (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017).

4.4.4 Weitere möglichen Folgen

Wie bereits mehrfach betont, ist die Komplexität eines Traumas ausserordentlich hoch. Abgesehen von den erklärten PTBS-Möglichkeiten als Reaktion auf ein belastendes Ereignis gibt es auch eine Reihe von weiteren Traumafolgestörungen. Neben der in der

ICD-10 erläuterten Anpassungsstörung (ICD-10/F.43.2, 2017, S. 200) präsentieren Sack et al. (2013) in ihrem Buch eine Fülle von möglichen Folgen sowie auch komplexen gemischten Störungsbildern (Komorbidität). Neben den dissoziativen Störungen erläutern sie auch Essstörungen, somatoforme Störungen, psychotische Erkrankung sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen als Folge von Traumata. Zudem wird auch der Zusammenhang eines Traumas mit Sucht untersucht. Dieser Zusammenhang wird im Kapitel fünf genauer beleuchtet.

Neben den soeben erwähnten Störungen sowie Erkrankungen gibt es viele weitere möglichen Folgen von Traumata. Nach Thomas Kirn, Liz Echelmeyer und Margarita Engberging (2009) sind Gefühle der Angst sowie Schuld- und Schamgefühle häufig in der Arbeit mit traumatisierten Menschen anzutreffen (S. 224). Alexandra Liedl und Christine Knaevelsrud (2008) beschreiben den mit Studien bewiesenen Zusammenhang zwischen einer PTBS und gesundheitlichen Problemen wie chronische Schmerzen (S. 645). Klaus Wilhelm (2014) zeigt sogar einen Zusammenhang von negativen Erfahrungen und späteren Erkrankungen an Herz und Kreislauf auf (S. 26). Es ist auch möglich, an einer Depression zu erkranken (Maercker & Hecker, 2016, S. 29) oder aufgrund der Trigger-Gefahr durch Berührungen an sexuellen Störungen zu leiden (Melanie Büttner, Birger Dulz, Ulrich Sachsse, Bettina Overkamp & Martin Sack, 2014, S. 386). Weiter können auch Verlust der Lebensfreude, eine zunehmende Belastung für Familie/Partner, soziale Isolation/Rückzug, Vereinsamung, drohende Arbeitsunfähigkeit (Deutsche Traumastiftung, 2016), Wut, Trauer (Tagay et al., 2013, S. 45), Selbstwahrnehmungsprobleme, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität sowie eine Bindungsstörung eintreten (Scherwath & Friedrich, 2014, S. 29-32).

4.5 Verhalten und Bedürfnisse von Menschen mit einem Trauma

An dieser Stelle wird versucht, die typischen und am meisten verbreiteten Verhaltensmuster und Bedürfnisse von traumatisierten Menschen aufzuzeigen. Natürlich treffen diese nicht zwingend auf alle zu oder aber es zeigen sich andere Verhaltensweisen und Bedürfnisse. Jeder Mensch reagiert individuell auf ein Trauma.

Sophia Fischer hat für die UPKBS (2016a) eine wichtige Zusammenstellung (Abbildung 9) der Traumafolgen im Verhalten der Betroffenen sowie die daraus resultierenden Bedürfnisse beziehungsweise nötige Unterstützung/Veränderung vorgenommen. Der untenstehenden Darstellung ist zu entnehmen, dass sich die kognitiven Fähigkeiten

einschränken können. Zudem leiden die Betroffenen unter starker Anspannung, Selbstunwirksamkeit, Selbstvernachlässigung mit negativem Selbstbild, generellem Misstrauen, Dissoziationen und haben Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation. Dem stellt sie jeweils die Aufgaben der Sozialpädagog/-innen gegenüber, welche während der Arbeit mit traumatisierten Menschen auf Aspekte wie Vertrauen, Selbstwirksamkeit etc. bauen sollten.

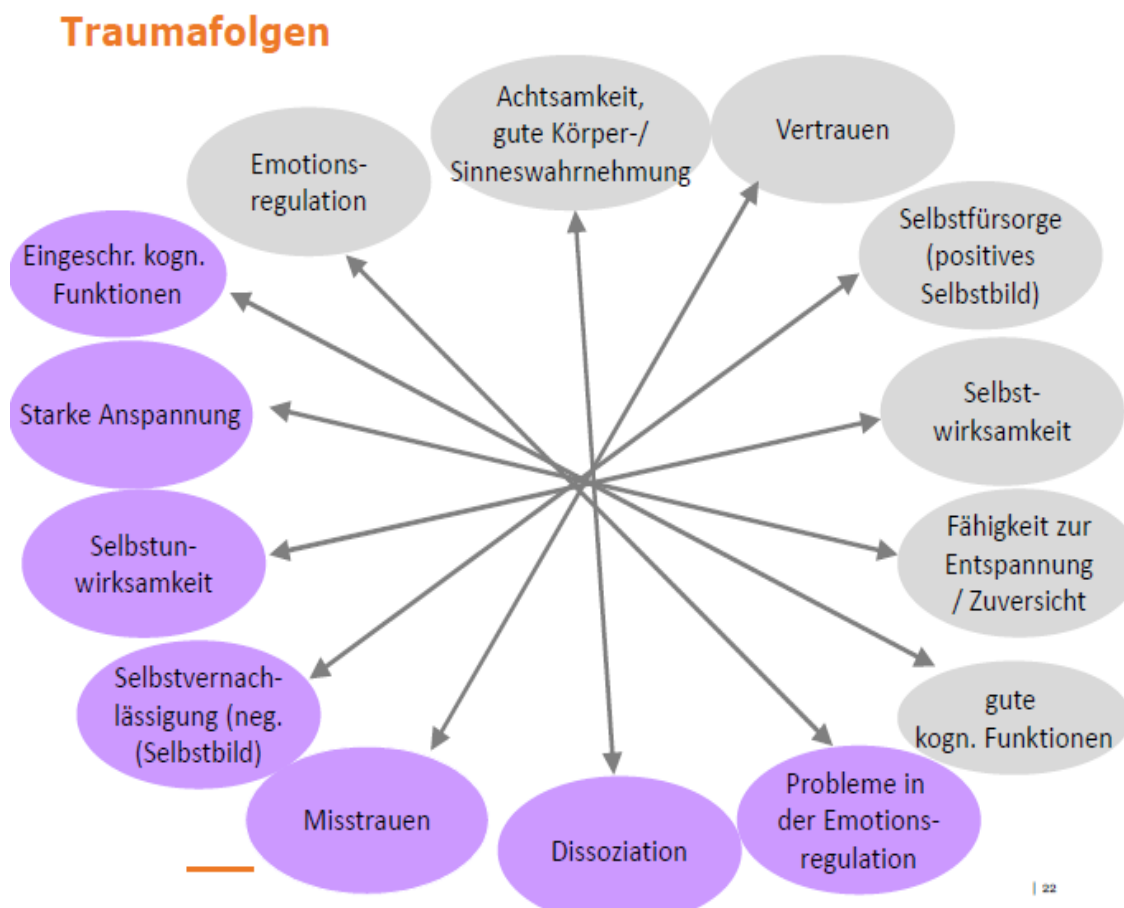


Abbildung 10 - Traumafolgen: Verhalten und Bedürfnisse (Quelle: Fischer, 2015, S. 11)

In Marc Schmidts (UPKBS, 2015) Aufzählung der Traumafolgen sind die von Fischer erwähnten Folgen enthalten, werden aber um weitere Folgen ergänzt. Betroffene können weniger soziale Wahrnehmung und Sozialkompetenz aufweisen, haben eine gestörte Empathiefähigkeit sowie eine Störung der Impulskontrolle, Selbstregulation sowie Stresstoleranz.

Irmela Weiss (2014) nennt ein weiteres konkretes Verhalten, das traumatisierte Kinder häufig zeigen. Sie möchten die Kontrolle über die Umwelt erreichen, weshalb sie gerne

ständig im Mittelpunkt stehen – auch, um sich selber zu spüren. Um diese Kontrolle zu haben, ist es für Betroffene wichtig, das Verhalten der Betreuenden einschätzen zu können. Überraschungen sollten vermieden werden, damit die betreuenden Personen einschätzbar sind. Zudem sollten traumatisierte Menschen möglichst aus Stresssituationen herausgehalten werden, da die Betroffenen ansonsten rasch in ihre Überlebensmuster zurückfallen (Freeze, Flight, Fight). Weiss ergänzt, dass „Weltenwechsel“ (z.B. Schulübergänge) sehr schwierig seien und gut begleitet werden müssten.

Dieses von traumatisierten Menschen gezeigte Verhalten und deren Bedürfnisse, insbesondere das Bedürfnis nach Sicherheit, werden in der Traumapädagogik aufgegriffen. Es wird versucht, diesen Schwächen mit viel Geduld und Beziehungsangeboten entgegenzuwirken, das Individuum zu stärken und den Betroffenen einen „sicheren Ort“ anzubieten (Martin Baierl, 2014, S. 80).

4.6 Wesentliche Erkenntnisse

Die Definition des ICD-10 wird in der Literatur hauptsächlich durch die Unterscheidung von zwei Traumtypen ergänzt. Unter Typ zwei fallen Betroffene mit langanhaltenden oder sich wiederholenden negativen Erfahrungen, die das Risiko erhöhen, an Dissoziationen und Komorbidität zu leiden. Dieser Typ zwei, der schwer zu behandeln ist, findet sich häufig bei Suchterkrankten. Auch bezüglich des Schweregrads eines Traumas bietet die Literatur eine weitere und differenziertere Unterscheidung.

Wichtig ist die Unterscheidung der Begriffe «Trauma» und «Traumatisierung». Von Traumatisierung bei einer betroffenen Person wird erst gesprochen, wenn die Ressourcen zur Bewältigung eines bedrohlichen Ereignisses nicht mehr ausreichen und die sogenannte Freeze-Reaktion ausgelöst wird. Diese führt zu Hyperarousal, Depersonalisation und Derealisation. Eine besondere Gefahr für Traumatisierte stellt auch das Speichern von funktionierenden Überlebensstrategien in Form von Dissoziation dar, da sie im Hirn als funktionierende Überlebensstrategie abgespeichert und damit zur Nachahmung empfohlen werden. Die angegriffene Hirnregion von Traumatisierten ist dieselbe wie die eines suchterkrankten Menschen.

Das Verhalten einer traumatisierten Person zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sind, die Betroffenen unter starker Anspannung, Selbstunwirksamkeit, Selbstvernachlässigung mit negativem Selbstbild, generellem Misstrauen, Dissoziationen und Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation leiden. Betroffene weisen weniger Selbstwahrnehmung auf, haben eine Störung der

Impulskontrolle und Empathiefähigkeit sowie eine geringere Stresstoleranz. Im Kontakt mit Bezugspersonen und Mitmenschen möchten sie zu ihrer Sicherheit häufig die Kontrolle übernehmen. Das Umfeld abschätzen zu können ist für sie sehr wichtig.

Die Folgen einer Traumatisierung sind so breit gefächert wie die einer Suchterkrankung. Traumata begünstigen dabei aber vorwiegend die Entwicklung einer PTBS (es gibt drei Kategorien), Komorbidität und einer Suchterkrankung.

5 Suchterkrankte mit Trauma und der Abbau von Substitution

In den drei vorangegangenen Kapiteln wurden die Begriffe «Suchterkrankung», «SGB» und «Trauma» vertieft betrachtet und bereits einige der zwischen diesen bestehenden Verbindungen angesprochen. In diesem Kapitel werden nun die gesammelten Informationen gebündelt, um die Fragestellung zu beantworten, welche nach den Schnittstellen zwischen einer Suchterkrankung, dem Substitutionsabbau und Traumata und deren gegenseitiger Beeinflussung fragt.

In diesem Kapitel wird zuerst der Zusammenhang zwischen einer Suchterkrankung und einem Trauma hergestellt, bevor die Bedürfnisse einer davon betroffenen Person thematisiert werden. Danach geht es um die Problematik der verdeckten Traumata, bevor zum Schluss auf die Schwierigkeiten mit den Betroffenen während des Substitutionsabbaus eingegangen wird.

5.1 Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und Trauma

Dieses Kapitel besteht aus drei Teilen, welche allesamt das Ziel haben, den sehr engen Zusammenhang von Suchterkrankung und Trauma zu untermauern. Im ersten Teil sollen durchgeführte Studien den faktischen Beweis dazu aufbringen. Im zweiten Teil wird die Selbstmedikationshypothese als die wichtigste in der Literatur existierende Erklärungshypothese in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und Trauma verdeutlicht. Und im dritten Teil wird nochmals darauf hingewiesen, dass beide Erkrankungen auf dieselbe Hirnregion zugreifen und sich daher gegenseitig korrumpieren können.

5.1.1 Studien zum Zusammenhang von Suchterkrankung und Trauma

Obwohl der Zusammenhang bereits in der Vergangenheit oft ersichtlich war, wurde diesem lange Zeit keine Beachtung geschenkt. Erst in den letzten 20 Jahren wurde der Fokus vermehrt darauf gerichtet (Ingo Schäfer, 2006, S. 11). Daher sind die hier erwähnten Studien alle in der besagten Zeit entstanden.

Eine nicht zu unterschätzende und die häufigste Folge von Traumata ist neben der Entwicklung einer PTBS die Suchterkrankung (Aercker & Hecker, 2016, S. 29). Laut Lüdecke et al. (2010) ist der Anteil an suchterkrankten Personen mit Traumatisierung um das Fünf- bis Fünfzehnfache erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (S. 13).

In einer Studie von Krausz und Birken (2002) wurde bei 75 opiatabhängigen Frauen untersucht, ob und aus welchem Grund sie an einer Traumatisierung leiden. Es zeigte sich, dass bei Opfern von sexuellem Missbrauch 40%, bei Opfern von körperlicher Misshandlung 72% und bei Opfern von emotionaler Misshandlung 80% an einem Trauma leiden (zit. in Lüdecke et al., 2010, S. 14). In einer anderen Studie zeigte sich, dass Menschen, die sich aufgrund ihrer Suchterkrankung oder PTBS in Behandlung befinden, auch die Diagnose der jeweils anderen Erkrankung zu 25 bis 50% erfüllen (I. Schäfer & L.M. Najavits, 2007; zit. in Sack et al., 2013, S. 448). Eine weitere Studie untersuchte die Folgen einer komplexen PTBS und kam zu dem Ergebnis, dass zu mindestens 30% die Sucht die häufigste davon ist (J.T. Levitt & M. Cloitre, 2005; zit. in Sack et al., 2013, S. 448). Ca. 30% der drogenabhängigen und 34% der mehrfachabhängigen Betroffenen weisen eine akute PTBS auf, so das Resultat einer weiteren Studie (Christian Stalder, 2013, S. 82). Und laut der letzten hier erwähnten Studie von LK Jacobsen, SM Southwick und TR Kosten (2001) weisen 22 bis 43% der Menschen mit einer PTBS im Laufe ihres Lebens auch eine Suchterkrankung auf (zit. in Ingo Schäfer, Sven Barnow, Silke Pawils, & CANSAS Study Group, 2016, S. 35). Auch wenn die Studien nicht alle auf dasselbe Resultat kamen, wurde somit bewiesen, dass ein erheblicher Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und Trauma besteht und dass die Kombination dieser Krankheitsbilder die Beachtung des Fachpersonals verdient.

5.1.2 Selbstmedikationshypothese

Laut Lüdecke et al. (2010) gibt es unterschiedliche Erklärungshypothesen, wobei, wie bereits angesprochen, die der Selbstmedikation die herausragende und durch Studien bestätigte ist (S. 23). Edward Khantzian hat sie 1985 entwickelt und in ihr geht es darum, dass Suchtmittel zur Regulation der PTBS (bezieht hier alle Trauma-Arten ein) eingesetzt werden (S. 19). Je schwerwiegender die Suchterkrankung ist, desto schwerwiegender ist auch die PTBS und umgekehrt (S. 21). Bei Zunahme der PTBS-Symptome nimmt somit auch der Konsum der Suchtmittel zu, um diese Symptome zu lindern (S. 27). Sack et al. (2013) sagen zudem, dass das Ziel der Selbstmedikation, sich nicht mit Situationen und Gefühlen beschäftigen zu müssen, die innere Zustände des Widerwillens hervorrufen, in der Fachsprache «chemische Dissoziation» genannt wird. Die Suchtmittel helfen also, eine Abspaltung zwischen traumatisierenden Erlebnissen und sich selbst herzustellen (S. 461). Dadurch kommen Betroffene in einen ähnlichen Zustand, den sie durch die Dissoziation erlernt haben, und fühlen sich sicher und aufgehoben (Jegodtka & Luitjens, 2016, S. 93).

Wird der Versuch der Selbstmedikation verhaltenstherapeutisch und lerntheoretisch betrachtet, kann er als ein gelerntes und zwanghaftes Verhalten angesehen werden, Situationen meistern zu können, in denen Bewältigungsstrategien (im Englischen Coping genannt) fehlen. Neue Strategien müssen deshalb entwickelt werden, um dieses Verhalten durchbrechen zu können (Werner Heinz & Carolin Hornack, 2012, S. 506).

Bildlich dargestellt ist in Abbildung 10 das Wechselspiel zwischen Suchtmittelkonsum und PTBS im unten dargestellten Teufelskreis-Modell.

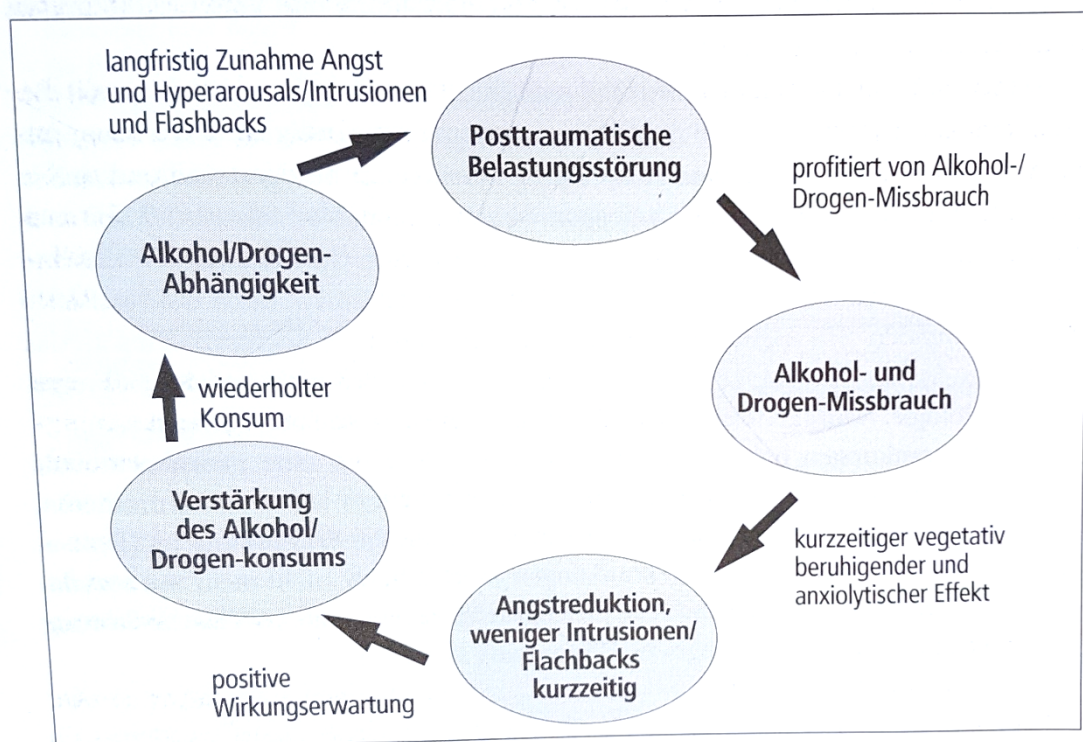


Abbildung 11 - Teufelskreismodell Sucht und Trauma (Quelle: Lüdecke et al., 2010, S. 28)

Susanna Junker (2012) spezifiziert die Selbstmedikationshypothese, indem sie Gründe nennt, weshalb traumatisierte Menschen eine höhere Gefährdung für eine Suchterkrankung aufweisen als nicht traumatisierte. Vier Erklärungsgrundsätze und entsprechende Symptome haben sich daraus ergeben: Die psychischen Symptome einer PTBS, wie Flashbacks, Schlafstörungen, Vermeidung von Reizen und anderen; die physischen Symptome einer PTBS wie das erhöhte Arousal, durch das Trauma verursachte Schmerzen und Phänomene körperlichen Wiedererlebens; dann der Kompensationsversuch, ein fehlendes soziales Umfeld wettzumachen; und zum

Schluss der Verlust der Selbstwirksamkeit, welcher sich durch absolute Hilflosigkeit und Ohnmacht äussert (S. 63-76).

Nebst der Selbstmedikationshypothese gibt es unter anderem laut Lüdecke et al. (2010) andere nennenswerte Hypothesen, die aber nicht gleich bestätigt sind. Die Sensibilitätshypothese besagt, dass Suchterkrankte eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besitzen, nach einem erlebten Trauma eine PTBS zu erleiden. Erklärungen für diesen Zusammenhang sehen sie in den wiederholten Drogenentzügen der Suchterkrankten, die deren Nervensystem in stete Alarmbereitschaft versetzen und somit neben dem Traums zusätzlich wirken. Studien stützen auch diese Hypothese. Die Studienergebnisse bezüglich der Hochrisikohypothese hingegen sind nicht einheitlich und daher umstritten. Hierbei geht es darum, dass sich die suchterkrankte Person durch den Konsum schadet, sich sehr risikobehaftet verhält, in einem gefährlichen Milieu bewegt, sich dadurch selbst gefährdet und zum Opfer macht, was die Wahrscheinlichkeit eines Traumas und einer PTBS ebenfalls erhöht (S. 19-21).

5.1.3 Einwirkung auf dieselbe Hirnregion

Aus den letzten Kapiteln ist ebenfalls deutlich geworden, dass beides, Trauma und Suchterkrankung, dieselbe Region im Hirn angreift. Durch ständige Triggerreize, Flashbacks und Intrusionen werden die Notprogramme im Hirn aktiviert, während das Belohnungssystem durch Suchtmittel manipuliert wird (Lüdecke et al., 2010, S. 78). Somit kann gesagt werden, dass zwei Krankheitsbilder aufeinandertreffen, sich vereinen, ablösen, gegenseitig korrumpieren und auch negativ wie positiv beeinflussen.

5.2 Problematik der verdeckten Traumata

Bei Menschen mit einer Suchterkrankung sind die Symptome von Traumata oft versteckt und durch die Sucht überlagert. Dies hat zur Folge, dass Fachkräfte diese Symptome erst aktiv erfragen und entdecken müssen (Sack et al., 2013, S. 461). Begibt sich also ein Mensch in eine Entzugsklinik und danach in eine stationäre Suchttherapie, wird er von Fachkräften auf dem Gebiet der Suchterkrankung behandelt. Traumaspezifische Anamnesen stehen daher nicht im Zentrum der stationären Suchttherapie und der/die Betroffene spricht traumatisierende Erlebnisse selten von sich aus an. Wie aber in der Ausgangssituation bereits geschildert, ist bei 80% der Suchterkrankten davon auszugehen, dass für sie eine Doppeldiagnose zutrifft. Forschungsergebnisse zeigen, dass Menschen mit einer PTBS und Suchterkrankung

vermehrt die stationäre Suchttherapie abbrechen. Dies entmutigt und verwirrt alle, das Fachpersonal wie die Betroffenen (Lüdecke et al., 2010, S. 126-127). Sind die Traumata aber entdeckt, werden zugunsten erhöhter Erfolgchancen integrative Behandlungsmodelle empfohlen, welche die Traumata und Suchterkrankung zur selben Zeit behandeln (Sack et al., 2013, S. 461).

In der Praxis der stationären Suchttherapien ist dieses Phänomen weitbekannt. Oft existieren keine offiziellen Trauma-Diagnosen, da Traumata nicht bemerkt und die wahrgenommenen Symptome der Suchterkrankung zugeschrieben werden. Dies bestätigte auch Peter Forster, Therapeut im Casa Fidelio (Interview vom 24. April 2017).

5.3 Symptome und Bedürfnisse von Suchterkrankten mit Trauma

Da in dieser Bachelorarbeit für Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen konkrete Massnahmen zum fachgerechten Umgang mit Betroffenen erarbeitet werden sollen, ist ein Hintergrundwissen über deren Verhalten unerlässlich. Generell kann gesagt werden, dass meist eines der beiden Krankheitsbilder vorrangig ist. Ob suchterkrankte Menschen zusätzlich traumatisiert oder ob Traumatisierte zusätzlich suchtkrank sind, stellt nicht dasselbe dar und erfordert unterschiedliche Handlungsarten und Therapieformen (Lüdecke et al., 2010, S. 128-129). In der nachfolgenden Tabelle 5 wird die unterschiedliche primäre Symptomatik von Menschen, die an einer PTBS (linke Spalte), und solcher, die an einer PTBS und Suchterkrankung leiden (rechte Spalte), aufgezeigt. Je mehr Kreuze beim jeweiligen Symptom gemacht sind, desto ausgeprägter ist es vorhanden. Ist ein Minus verzeichnet, bedeutet es das Gegenteil, also dass es nicht existiert. Der Begriff SMA steht für Suchtmittel-Abhängigkeit.

	PTBS	SMA/PTBS
Nähe zum Behandler	+	+++
Sozial angepasst	+++	+
Kontrolle	+++	-
Kontrollverlust	-	+++
Kind-State	+++	+
Adoleszenten-State	+	+++
Erwachsenen-State	++(+)	+
Hyperarousal	+++	+
Vegetativer Entzug	-	+++
Dissoziation	+++	++
Intoxikation/chemische Dissoziation	+	+++
Selbstverletzendes Verhalten	+++	+
Craving	+	+++
Flashback	+++	+++
Intrusion	+++	+++
Schlafstörungen/Alpträume	+++	+++
Vermeidung	+++	+++

Tabelle 4 - Verhalten von Suchterkrankten mit PTBS (Quelle: Lüdecke et al., 2010, S. 131)

In dieser Tabelle kommt nun klar zum Vorschein, dass bei einer Kombination beider Krankheitsbilder grundsätzlich das Verhalten der Suchterkrankung (vgl. Kapitel 3.1) vordergründig zu sehen ist, was auch erklärt, weshalb die Betroffenen eher einer Sucht- als einer Traumatherapie zugewiesen werden. Einige Symptome können aber beiden Krankheitsbildern zugeordnet werden, wie Flashbacks, Intrusionen und Alpträume. Trotzdem werden sie von einem Suchterkrankten und einem Traumatisierten unterschiedlich bewertet. Grund dafür kann sein, dass sich der Suchterkrankte mittels Konsum diesen Symptomen entziehen kann und der Traumatisierte nicht (Lüdecke et al., 2010, S. 130).

5.4 Schwierigkeit des Substitutionsabbaus für Fachkräfte

Auf die Schwierigkeit des Substitutionsabbaus und die dadurch oft vermehrt auftretenden Rückfälle wurde bereits in den Kapiteln 3.3 und 3.4 eingegangen. Da nun aber die beiden Krankheitsbilder zusammen betrachtet werden, gewinnt die Problematik des Abbaus nochmals explizit an Bedeutung.

Betroffene, welche nebst der Suchterkrankung ebenfalls noch an versteckten Traumata leiden, sind in der Abbauzeit doppelt so hart getroffen wie Suchterkrankte ohne Trauma. Grund dafür ist, dass neben den bereits genannten Abbauerscheinungen vermehrt noch die Symptome der verdeckten Traumata hervortreten (Sack et al., 2013, S. 447). Dadurch müssen sie sich in der Zeit des Entzuges nicht nur mit den Entzugserscheinungen, sondern auch ausgiebig mit ihren verborgenen und verdrängten Traumata auseinandersetzen, die sie dann aber nicht mehr kontrollieren können. Wurden beispielsweise Suchtmittel konsumiert, um Ängste unter Kontrolle zu halten, brechen sie dann mit aller Wucht hervor. Oder sollten Intrusionen kontrolliert werden, treten sie in einer noch nie dagewesenen Menge auf (Lüdecke et al., 2010, S. 79-80). Dieser Zustand wird von den Betroffenen oft nicht ausgehalten, was zu Therapieabbrüchen und Überforderung des Personals führt (Sack et al., 2013, S. 447).

5.5 Wesentliche Erkenntnisse

Die Kombination von Suchterkrankung und Trauma ist laut vielen Studien häufig vertreten und beide Krankheitsbilder greifen auf dieselbe Hirnregion zu und beeinflussen sich gegenseitig. Ständige Triggerreize, Flashbacks und Intrusionen aktivieren die Notprogramme im Hirn und das Belohnungssystem wird durch Suchtmittel manipuliert.

Der bis heute am besten wissenschaftlich belegte Erklärungsansatz für diese Kombination ist die Selbstmedikationshypothese, bei der traumatisierte Personen versuchen, die Traumata mittels Suchtmitteln zu kontrollieren und zu unterdrücken.

Durch den Suchtmittelkonsum sind viele Traumata bei Betroffenen nicht ersichtlich und hervortretende Symptome werden daher von den zuständigen Fachkräften der Suchterkrankung zugeschrieben und nicht diagnostiziert. Tritt bei einem Menschen eine Kombination beider Krankheitsbilder auf, ist primär das Verhalten eines Suchterkrankten zu sehen, wobei einige Symptome beiden Krankheitsbildern zugeordnet werden können.

Befinden sich Suchterkrankte mit versteckten oder diagnostizierten Traumata in der stationären Suchttherapie und unterziehen sich dort einem Substitutionsabbau, bricht ihre Selbstmedikationsstrategie zur Kontrolle der Traumata zusammen, was zur Folge hat, dass die Traumata hervorbrechen. Häufig halten das die Betroffenen in Kombination mit dem Substitutionsabbau nicht aus und brechen ihre Therapie ab. Dies führt zur Frustration bei den Betroffenen sowie bei den behandelnden Fachkräften.

Die oben genannte Erkenntnis stellt die erste herausgearbeitete Problematik dieser Bachelorarbeit dar. Im Kapitel sechs wird ihr nun eine zweite Problematik gegenübergestellt.

6 Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie und deren Herausforderungen

Nachdem die erste Problematik fundiert dargelegt werden konnte, findet ein grundlegender Wechsel in der Thematik statt. Ab sofort geht es nicht mehr in erster Linie um die Betroffenen und deren Krankheitsbilder, sondern um die Professionellen der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie.

Da ab jetzt ein entgegengesetzter Blickwinkel auf die soeben herausgefilterte Problematik eingenommen wird und die Profession in den Vordergrund rückt, werden die Betroffenen ab sofort als Klientel bezeichnet, um diesen Wechsel zusätzlich zu unterstreichen.

In diesem Kapitel wird der Begriff «Sozialpädagogik» generell definiert und die Aufgabenfelder werden eingegrenzt. Danach wird dasselbe mit dem Begriff «stationäre Suchttherapie» vorgesehen, wobei ebenfalls betrachtet wird, wer solche Angebote nutzt. Und schlussendlich geht es um die Herausforderungen mit der Klientel.

6.1 Definition und Aufgabenfelder der Sozialpädagogik

Laut Gregor Husi und Simone Villiger (2012) ist die Sozialpädagogik neben der Soziokulturellen Animation und der Sozialarbeit als „Berufsprofil“ der Sozialen Arbeit zu verstehen, welche in einem definierten Berufsfeld ausgeübt wird, um anschliessend in Aufgabenfelder aufgegliedert zu werden (S. 42).

Die Suche nach einer treffenden Definition der Sozialpädagogik gestaltet sich in der aktuellen Literatur als schwierig. Einerseits gilt es zu beachten, dass Sozialpädagogik in der Schweiz nicht die gleiche Bedeutung aufweist wie in Deutschland. Andererseits wird in der Literatur häufig das Thema „Identitätsproblem“ der Sozialen Arbeit, und somit auch der Sozialpädagogik, aufgegriffen und die Frage gestellt, ob sie als eigenständige Wissenschaftsdisziplin bestehen kann (Walter Hornstein, 2012, S. 269-270; Christoph Ried, 2017, S. 11-20). Auf diese Thematik wird in der Bachelorarbeit nicht eingegangen, sondern versucht, eine möglichst klare, praxisnahe und auf die Schweiz bezogene Definition von Sozialpädagogik aufzugreifen.

Die Berufsberatung.ch (2017) beschreibt die Tätigkeiten und Aufgaben der Sozialpädagogik folgendermassen:

Sozialpädagogen FH sind dort tätig, wo Menschen ausgegrenzt oder in ihren sozialen Entwicklungschancen eingeschränkt sind. Dies kann vielfältige Ursachen haben, zum Beispiel Behinderung, Sucht (Hervorhebung v. Verf.), Straffälligkeit, Erwerbslosigkeit, Obdachlosigkeit oder eine schwierige familiäre Situation. Die Berufsleute begleiten betroffene Menschen bei der Bewältigung und Gestaltung von Alltag und Freizeit.

Die Sozialpädagogik ist in vielen Aufgabenfeldern anzutreffen. Husi und Villiger haben eine treffende Darstellung der drei Untergruppen der Sozialen Arbeit – Sozialarbeit, Soziokulturelle Animation, Sozialpädagogik – erarbeitet (Abbildung 11).

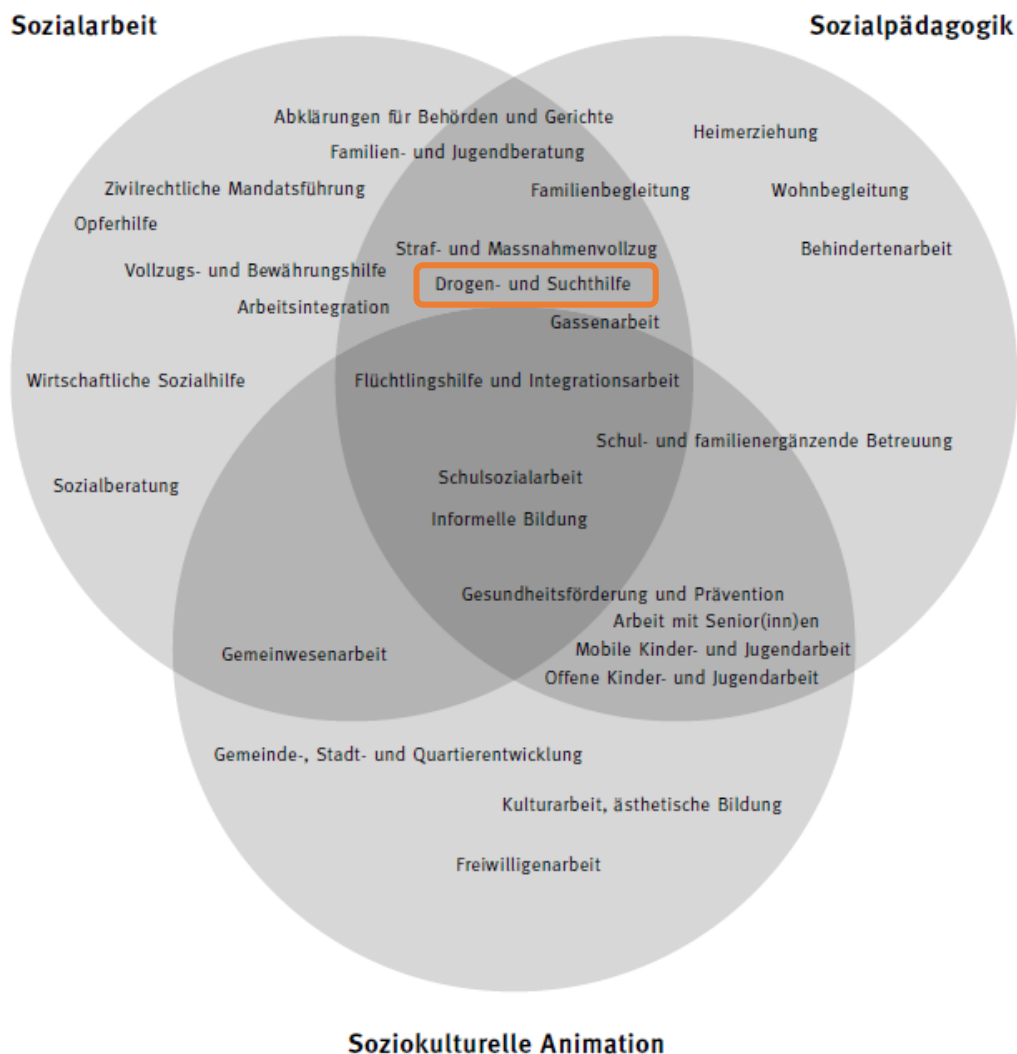


Abbildung 12 - Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit (Quelle: Husi & Villiger, 2012, S. 46)

Hier ist zu erkennen, dass der Bereich Sucht in beiden Berufsprofilen, Sozialarbeit und Sozialpädagogik, zu finden ist. Als Begründung kann die Trennung von ambulanter (Sozialarbeit) und stationärer (Sozialpädagogik) Begleitung von Suchterkrankten angesehen werden, da SozialpädagogInnen meist in stationären oder auch teilstationären Institutionen tätig sind (Berufsberatung.ch, 2017). Was die stationäre Suchttherapie und die Aufgaben der Sozialpädagogik darin sind, wird im nächsten Kapitel erläutert.

6.2 Sozialpädagogik und ihre Aufgaben sowie die Klientel in der stationären Suchttherapie

Dieses Teilkapitel ist in drei Themen unterteilt. Zunächst geht es um die Definition der stationären Suchttherapie. Das zweite Thema beschäftigt sich mit der dortigen Klientel und das dritte umreißt den Aufgabenbereich des Fachpersonals Sozialpädagogik spezifisch in Bezug auf das Angebot der stationären Suchttherapie.

6.2.1 Definition stationäre Suchttherapie

Da die gesamte Bachelorarbeit aus dem Blickwinkel der stationären Suchttherapie verfasst wurde, bedarf es einer Klärung dieses Begriffs. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, handelt es sich dabei um sozialtherapeutische stationäre Einrichtungen, welche kein medizinisches Fachpersonal zum Mitarbeiterstamm zählen. Die Sozialpädagogik, wie ebenfalls bereits erwähnt, ist besonders im stationären oder teilstationären Setting anzutreffen. Als stationär ist zu verstehen, dass Menschen die meiste Zeit in einer Einrichtung verbringen und sich dort ihr Alltag abspielt – und genau hier setzt die Sozialpädagogik an. Zum anderen wird die Suchthilfe in drei Sparten gegliedert: Suchtprävention, Suchtberatung und Suchttherapie (Michael Klein, 1999, S. 495). Die Suchtprävention und -beratung sind in den Bereich der Sozialarbeit einzuordnen. Die Sozialpädagogik ist besonders im Bereich der Suchttherapie anzutreffen.

6.2.2 Klientel in der stationären Suchttherapie

Aus der Einleitung und dem Kapitel zwei geht klar hervor, dass Menschen, die in eine stationäre Suchttherapie einsteigen, häufig lange Sucht-„Karrieren“ hinter sich haben. Um sich selbst zu schützen und einen sicheren Rahmen zu haben, suchen sie die Möglichkeit einer stationären Suchttherapie auf, um von der Begleitung und Betreuung deren Fachpersonal profitieren zu können.

1090 Plätze gab es gesamtschweizerisch in stationären Suchttherapien im Jahr 2015 (siehe Einleitung). Aus der untenstehenden Statistik kann entnommen werden, dass die am häufigsten angetroffene Altersgruppe (im Schnitt mehr als 50%) in diesem Setting Menschen über 30 sind (Tabelle 6). Laut Sucht Schweiz (ohne Datum/a) waren die Hauptproblemsubstanz bei Eintritt in eine stationäre Institution im Jahr 2014 mit 35% Opiate. Die Statistik aus dem Jahr 2014 von Sucht Schweiz zeigt, dass über die Hälfte der Männer beim Erstkonsum von Opiaten über 20 Jahre alt sind, bei Frauen sind es knapp 6 Prozentpunkte weniger. Fast 45% der Männer sind bei Erstkonsum von Opiaten (als Hauptsubstanzmittel) zwischen 15-20 Jahre alt, bei den Frauen sind es etwa vier Prozentpunkte mehr.

Alter bei Beginn des regelmässigen Konsums der Hauptproblemsubstanz bei Klientinnen und Klienten in stationären, auf Probleme mit illegalen Drogen spezialisierte Institutionen im Jahr 2014

Quellen: Koordinationsstelle des FOS c/o Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (2015). Auskunft ISGF und act-info-FOS Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik 2014.



Tabelle 5 - Alter bei Beginn des regelmässigen Konsums der Hauptproblemsubstanz (Quelle: Sucht Schweiz, ohne Datum/c, modifiziert nach act-Info-FOS, 2014)

Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (act-info-FOS) (2016) gibt weitere statistische Auskünfte. 92% der Personen verfügen bei Eintritt bereits über Behandlungserfahrung. Davon waren wiederum 92.9% schon wegen Drogenproblemen behandelt worden (S. 30). 58.8% hatten bereits Behandlungserfahrung mit Substitution (Methadon, Subutex u.a.) (S. 31). Act-info-FOS führt weiter aus, dass 59.9% nach einer Entzugsbehandlung eine stationäre Suchttherapie in Anspruch genommen haben. Hierbei gilt es zu unterscheiden, dass nur 9.4% die stationäre Suchttherapie in derselben Institution, in der der Entzug stattfand, wahrnehmen. 50.5% der Personen haben in eine externe stationäre Suchttherapie gewechselt (act-info-FOS, 2016, S. 32).

Die wichtigsten drei Einweisungsmöglichkeiten der Klientel: Ein Drittel der Einweisung in ein solches Setting wurde über eine auf Suchtprobleme spezialisierte Einrichtung durchgeführt, ein Drittel der Personen hat sich selbst eingewiesen und 20% der Einweisungen sind aufgrund einer auferlegten Massnahme entstanden (act-info-FOS, 2016, S. 35).

Diese sehr detaillierten Statistiken zeigen auf, dass die Klientel, mit der die Sozialpädagogik in stationären Suchttherapien zu tun hat, meistens bereits grosse Therapieerfahrung mitbringt. Daraus lässt sich ableiten, dass sich für viele Menschen die Reintegration in die Gesellschaft schwierig gestaltet oder aber auch mehr als ein Anlauf notwendig ist (vgl. Kapitel 3.1). Interessanterweise werden weder Komorbidität noch spezifische Verbindungen zu Traumata in diesen Statistiken/Untersuchungen erfragt, was die Autorinnen als Lücke ansehen.

6.2.3 Aufgaben der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie

Wie der Name bereits verrät, wird in der stationären Suchttherapie jeweils ein therapeutisches Angebot zur Verfügung gestellt. Das bedeutet, dass die Klientel automatisch therapeutische Betreuung beansprucht, gleichzeitig wird sie aber auch von Sozialpädagogen und -pädagoginnen begleitet. Nachfolgend soll deshalb der Aufgabenbereich der Sozialpädagogik in diesem Setting genauer erläutert werden.

Dieses Arbeitsfeld ist in der Schweiz unterschiedlich aufgestellt, was automatisch verschiedene Aufgaben mit sich bringt. In der stationären Suchttherapie werden übliche und typische Aufgaben der Sozialpädagogik in einer betreuten Wohngruppe mit Erwachsenen wahrgenommen.

Das bedeutet, dass die persönliche Entwicklung und die Integration in ein soziales Umfeld gefördert werden müssen. Zudem ist die Alltagsbewältigung ein zentrales Thema, was mithilfe einer klaren Tagesstruktur (Tagesablauf, Alltag, Freizeit) erreicht werden kann. Dazu gehören die alltäglichen Dinge wie Haushalt, Kochen und Einkaufen, um die Eigenständigkeit zu fördern. Lernen muss die Klientel auch, dass es Regeln gibt, an welche sie sich halten müssen. Konflikte adäquat in Gesprächen zu lösen gehört ebenso in das Profil einer Fachperson der Sozialpädagogik (Berufsberatung.ch, 2017). Neben den allgemeinen Anforderungen an diese Profession gibt es viele weitere, spezifischere Aufgabengebiete. Spezifisches Fachwissen über Suchterkrankung und Substanzmittel ist ein Muss. Dazu ist ebenfalls wichtig, dass man aufgrund des Fachwissens eine klare innere Einstellung vertritt. Ohne diese ist es schwierig, einen adäquaten Umgang mit der Klientel zu finden, weshalb es als Grundvoraussetzung angesehen wird (Sozialpädagogik-Fernstudium, ohne Datum). Hans Joachim Abstein (2012) führt aus, dass es professionsspezifische Anforderungen gibt. Die Erfassung und Analyse der Lebenslagen, das Wissen über Recht und Sozialhilfeleistungen bis hin zum starkem Vernetzungsdenken sind von grosser Bedeutung, um umfassend Hilfe leisten zu können (S. 8). Insbesondere bei Personen, die aufgrund einer Massnahme eintreten, werden besondere Aufgaben deutlich. Verschärfte Kontrollen und Berichterstattung an das einweisende Organ sind ein Teil davon (S. 17). Weitere Aufgaben sind die Förderung der Kompetenzen zur Vermeidung/Bewältigung von Suchtproblemen und das Schaffen von Angeboten, welche Alternativen zum problematischen Konsum ermöglichen (Klein, 1999, S. 499). Nichts zu finden ist in der Fachliteratur erstaunlicherweise darüber, dass eine Fachperson der Sozialpädagogik in diesem Setting auch dringend Wissen über Traumata und psychische Störungsbilder benötigt.

6.3 Herausforderungen der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie

Die Umsetzung der oben genannten Aufgaben gestaltet sich in der Realität nicht immer einfach. Öfters erfordern sie einiges an Durchsetzungsvermögen und Kraft, weshalb sich verschiedene Herausforderungen in diesem Arbeitsfeld zeigen.

Nachfolgend werden daher die Gründe, welche die Aufgaben zu Herausforderungen heranwachsen lassen, in Bezug auf die Klientel beleuchtet, bevor auf die des Arbeitsteams eingegangen wird.

6.3.1 Fehlende Resilienz und Copingstrategie der Klientel

In Kapitel 2.2 wurden als mögliche Ursache für die Suchterkrankung bereits die Begriffe Risiko- und Schutzfaktoren eingeführt. Diese Faktoren sind nicht nur im Hinblick auf die Entstehung und Erhaltung einer Suchterkrankung relevant, sondern sie sind auch für traumatisierte Menschen ein wichtiger Bestandteil, welcher für die Erlangung von Gesundheit oder aber das Bestehenbleiben der Krankheit entscheidend sein kann. Die Selbstmedikationshypothese sowie die Erklärung der Rolle des Belohnungssystems in 2.4.2 und 5.1.2 zeigen auf, wie Suchterkrankte mit Stresssituationen (in diesem Fall Trauma) umgehen – sie regulieren sich durch die eingenommenen Substanzen selbst. Zudem sagt Roland Mahler (2012), dass in der stationären Suchttherapie besonders problematische („weil destruktive/toxische“) Strategien von Stressregulation anzutreffen seien. Laut Mahler ist es die Aufgabe der stationären Suchttherapie, dem Betroffenen zu helfen, diese Strategien zu verändern (S. 16). Aufgrund der vorausgehenden Darlegungen ist es wichtig, die Herausforderung von fehlender Resilienz und Copingstrategien näher zu betrachten.

Der Begriff Resilienz stammt laut Jens-Uwe Marens und Birgit M. Begus (2016) ursprünglich vom lateinischen Verb „resilire“ ab, was so viel wie zurückspringen/abprallen bedeutet. Resilienz beinhaltet die Eigenschaften, welche Menschen dazu befähigen, „Schicksalsschläge und Krisen zu überwinden, ohne Schaden zu nehmen, ja sogar durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu wachsen“. Resilienz beschreibt also die Widerstandskraft eines Menschen auf belastende Lebenssituationen (Traumatisierung) (S. 23-24). Lydia Hantke und Hans-Joachim Görges (2012) bringen Resilienz mit folgendem Satz auf den Punkt: „wir sind, was wir mitbekommen und erlebt haben.“ Resilienz ist laut ihnen auch die Fähigkeit, im Schlechten das Gute zu sehen und somit eine Lernerfahrung für künftige ähnliche Situationen zu machen (S. 134). In der Literatur wird oftmals von den sieben Resilienzfaktoren gesprochen. Diese werden in der Abbildung 12 dargestellt. Als Resilienzfaktoren gelten Optimismus, Akzeptanz, Lösungsorientierung, Verlassen der Opferrolle, Verantwortung, Netzwerkorientierung sowie Zukunftsplanung. Diesen Resilienzfaktoren, auch protektive Faktoren genannt, stehen Belastungen, Stress und Risikofaktoren gegenüber (Michaela Forster, 2011).



Abbildung 13 – Resilienzfaktoren (Quelle: Personalmanagement.info, 2016)

Laut Maria Teresa Diez Grieser (2011) ist die Beziehung als Hauptfaktor zur Erhöhung von Resilienz in den Vordergrund gerückt. Eine stabile Bezugsperson kann zu einem alternativen Selbstbild verhelfen und somit der „traumatischen Identität“ entgegenwirken (S. 2). Neben der Resilienz, also der Widerstandskraft, eine schwierige Situation gut zu meistern, gibt es noch die Copingstrategie. Diese beschreibt im Vergleich zur Resilienz, WIE mit einer schwierigen Situation umgegangen wird, die „Art des Umgangs“ (Forster, 2011). Grundsätzlich werden zwei unterschiedliche Copingstrategien in der Literatur unterschieden. Einerseits gibt es die sogenannte „problemorientierte“ und andererseits die „emotionsorientierte“ Copingstrategie (Lexikon online, ohne Datum/a; Fischer & Riedesser, 2009, S. 165¹). Bei der problemorientierten Copingstrategie wird versucht, das Problem durch (unterlassene) Handlungen zu lösen. Dies kann sich durch Kampf (Drohungen, Zerstörung, Beseitigung, Abbrechen) oder Flucht (Rückzug, Isolation) sowie Eingehen auf Kompromisse zeigen. Die emotionsorientierte Copingstrategie hingegen zielt auf das eigene Verhalten ab. Man setzt beim eigenen Verhalten und nicht beim Stressauslöser an. Das kann auf körperlicher Ebene, wie z.B. durch Entspannungstraining und Atemübungen, stattfinden oder auf psychischer Ebene wie z.B. durch Selbstreflexion, Ablenkungen und Fantasie oder mithilfe von Psychotherapie. Die problemorientierte Copingstrategie löst das Problem nicht und lässt sich mit der erlernten Strategie von Trauma vergleichen, bei der die Flucht oder der Kampf geholfen hat. Deshalb ist es sinnvoller, die emotionsorientierte Copingstrategie zu fördern, bei dabei reflektiert an die Situation herangegangen wird

¹ Terminologie von Fischer & Riedesser: Instrumentelles Coping / Gefühlsexpressives Coping.

(Gesund.at, 2013). Martens und Begus (2016) zeigen anhand eines Beispiels eines Kindes auf, welches sich direkt nach einem Trauma sehr glücklich zeigt, nach zwei Jahren aber grosse Angst verspürt und viele Aggressionen hat, dass Resilienz und Coping nicht dasselbe sind. Kurzfristige Bewältigungsstrategien wie die Verdrängung, welche kurz nach dem Ereignis einen Schutz bieten kann, bedeuten nicht, dass man dieses Ereignis unbeschadet überstanden hat (S. 27).

Daraus lässt sich ableiten, dass die Konsequenzen von fehlender Resilienz und Copingstrategien für suchterkrankte Menschen mit einem Trauma problematisch sind. Das Erlebte bestimmt, wie sie auf neue Situationen reagieren. Behalten die Betroffenen diese Reaktionsmuster bei und wird nicht daran gearbeitet, wird es schwierig, eine Veränderung und somit positive Erfahrungen zu erleben – sie bleiben stehen und es besteht eine grosse Gefahr für Rückfälle. Es ist somit notwendig, die Resilienzfaktoren zu fördern und die Risikofaktoren und Belastungen zu minimieren. Die Traumapädagogik stellt für die die Förderung einiger Resilienzfaktoren (siehe Abbildung 12) Handlungsoptionen bereit. Im Kapitel 7.4.2, wo es um konkrete traumapädagogische Handlungsansätze geht, ist nur von Resilienzförderung und nicht spezifisch von Copingstrategieförderung die Rede. Denn Mahler (2012) spricht davon, dass die protektiven Faktoren dazu beitragen würden, zukünftige Problemlösungsstrategien zu erlernen (S. 15). Es gilt also besonders die Resilienzförderung umfassend zu gestalten und somit die Copingstrategien direkt zu beeinflussen.

6.3.2 Gruppendynamik der Klientel

Die Gruppendynamik kann generell in sozialpädagogischen stationären Einrichtungen als relevant bezeichnet werden, da unterschiedliche Menschen die meiste Zeit zusammen verbringen und somit automatisch an Gruppenprozessen teilnehmen. In dieser Arbeit wird die Gruppendynamik in zwei Teilen betrachtet. Als Erstes werden die Gruppe und ihre Dynamik im Allgemeinen erläutert und im zweiten Teil die Herausforderungen von Gruppendynamiken mit traumatisierten Menschen beleuchtet, welche neben den „normalen“ Gruppendynamiken vertieftes Wissen erfordern.

Laut Sabine Ader (2013) sind Gruppen in ständiger Bewegung, verändern sich und machen Entwicklungsprozesse durch (S. 435). Die verschiedenen Phasen einer Gruppenfindung (Abbildung 13) lassen sich in der Literatur am häufigsten noch immer auf Bruce Tuckmann (Entstehung Modell 1965) zurückführen: Forming (Gründungsphase), Storming (Streitphase), Norming (Vertragsphase) und Performing

(Arbeitsphase). Nach einem Reforming (Orientierungsphase) beginnt der Prozess wieder beim Storming (Ader, 2013, S. 435; Teamentwicklung LAB, ohne Datum).

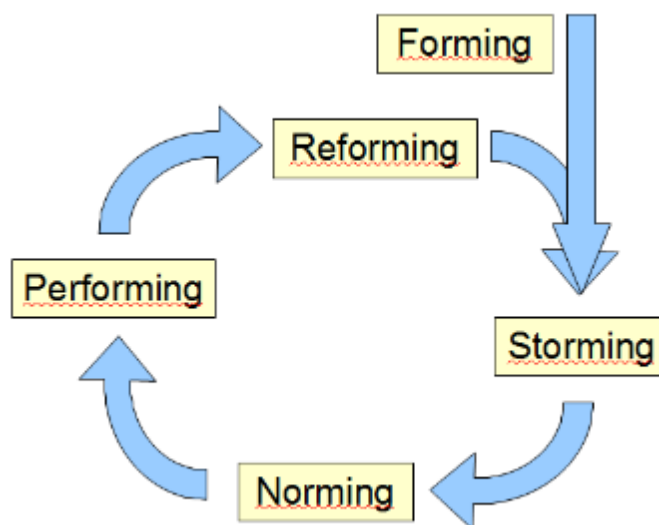


Abbildung 14 – Gruppenfindungsprozess (Quelle: openPM, 2012)

Diese Darstellung spiegelt die sich ständig verändernde und in Bewegung bleibende Dynamik einer Gruppe. Aus diesem Prozessablauf lässt sich schliessen, dass bei Ein- und Austritten von Personen einer Gruppe gezwungenermassen der Prozess erneut durchlaufen werden muss.

An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass in der stationären Suchttherapie oftmals im Vergleich zu anderen stationären sozialpädagogischen Einrichtungen eine kurze Aufenthaltsdauer üblich ist, wie dies der untenstehenden Statistik entnommen werden kann (siehe Abbildung 14). Dies zeigt auf, dass selten eine stabile Gruppe entstehen kann und der Prozess häufiger erneut durchlaufen werden muss. Wenn sich eine Stormingphase (Streitphase) dauernd wiederholt, kann sich das negativ auf das Wohnklima niederschlagen.

	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
bis 1 Monat (0-30 Tage)	32	8,6%	12	11,7%	44	9,2%
1-3 Mte (31-90 Tage)	57	15,2%	25	24,3%	82	17,2%
3-6 Mte (91-180 Tage)	68	18,2%	22	21,4%	90	18,9%
6-9 Mte (181-270 Tage)	54	14,4%	9	8,7%	63	13,2%
9-12 Mte (271-360 Tage)	42	11,2%	8	7,8%	50	10,5%
12-18 Mte (361-540 Tage)	43	11,5%	14	13,6%	57	11,9%
über 18 Mte (über 540 Tage)	78	20,9%	13	12,6%	91	19,1%
Total	374	100,0%	103	100,0%	477	100,0%
Missing	0		0		0	

Abbildung 15 Aufenthaltsdauer in stationären Suchttherapien (Quelle: act-infos-FOS Bericht, 2016, S.82)

Ader (2013) führt weiter aus, dass die Befindlichkeit und die von den Gruppenmitgliedern eingebrachten Handlungsmuster für die Gruppendynamik relevant seien. Sie spricht hierbei die unterschiedlichen Verhaltensweisen Einzelner an, die von sehr kommunikativ, offen und interessiert an Nähe bis hin zu distanziert und zurückgezogen reichen könnten (S. 435). Neben dem Verhalten sind die unterschiedlichen Rollen einer Gruppe massgeblich. Das immer noch aktuelle Modell von Raoul Schindler aus dem Jahr 1957 zeigt die vier unterschiedlichen Rollen nach sozialen Positionen auf, nämlich: Alpha (Leitung), Beta (Spezialisierte), Gamma (Mitlaufende) und Omega (Aussenseiter/-in bzw. Sündenbock) (Trainergemeinschaft, ohne Datum, S. 6-8). Diese sozialen Positionen werden ebenfalls bei jedem Ein- und Austritt gezwungenermassen neu definiert, was zu Konflikten führen kann. Es zeigt sich, dass Gruppen im Allgemeinen bereits ein Konfliktpotential bieten, was mit der Kombination von traumatisierten Menschen noch verstärkt wird.

„Patient X kann sich zurückziehen und ich muss arbeiten“ – ein wörtlich übernommenes Zitat aus dem Bericht der act-infos-FOS (2014), bei welchem nach Herausforderungen während des Therapieaufenthaltes in stationären Suchttherapien gefragt wurde (S. 27). Dieses Zitat zeigt auf, dass bei der Durchsetzung der Aufgaben (nehmen wir als Beispiel den Wohnungsputz) besondere Herausforderungen auf einen zukommen. Warum darf beziehungsweise *muss* eine Person etwas nicht machen, was die anderen müssen? Gefühle von Unfairness können aufkommen, weil einige gerade nicht imstande sind, ihre „Ämtlis“ zu erledigen. Besonders wenn traumatisierte Menschen aufeinandertreffen, sind solche Szenen nicht ungewöhnlich; sie fühlen sich vernachlässigt und unfair behandelt. Kann von den Fachkräften in diesem Moment nicht transparent und fachlich begründet werden, warum auf jeden individuell eingegangen wird, birgt das hohes Potential für Konflikte und Rivalität in der Gruppe (Tanja Tüllmann, 2016, S. 265-266).

Zur Erinnerung: In der stationären Suchttherapie sind ungefähr 1/3 von Sucht und Traumata betroffen, in Kinderheimen sind über 80% traumatisiert. Was sind also die zusätzlichen Gründe für Konflikte in Gruppen von traumatisierten Menschen?

In der Literatur ist dieses konkrete Thema noch wenig behandelt worden. Vor allem Jacob Bausum hat sich jedoch vertieft mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Der Autor (2009) erläutert die drei möglichen Zusammentreffen von traumatisierten Menschen, die sich zu einer Gruppe finden. Als Erstes gibt es eine Gruppe, welche „gemeinsame traumatische Erfahrungen“ gemacht hat. Als Zweites wird die Gruppe „gleiche traumatische Erfahrung“ erwähnt. Das bedeutet, dass sehr ähnliche

Geschichten der Individuen aufeinandertreffen (z.B. Vernachlässigung, Gewalt, Missbrauch). Die dritte Gruppe wird „transportierte traumatische Erfahrungen“ genannt (S. 179-180). Damit ist gemeint, dass von einzelnen oder mehreren Gruppenmitgliedern erlebte traumatische Erfahrungen direkten Einfluss auf die Gruppendynamik nehmen. Als Beispiele können *Manipulation*, *Trigger* oder *traumatische Übertragungen* genannt werden (Bausum, 2016, S. 305). Bausum (2009) führt die Problematik von Manipulation, Trigger und Übertragungen aus und zeigt auf, welche „zerstörerische Gruppendynamik“ dadurch entstehen kann (S. 180).

Manipulation wird innerhalb einer Gruppe aus zwei Gründen vorgenommen. Einerseits gibt Manipulation ein Machtgefühl, welches die erlebte Ohnmacht überdecken soll. Andererseits schafft es Sicherheit, was durch manipulative Kontrolle erreicht werden kann. Dieses Verhalten ist darum schwierig für traumatisierte Menschen, weil dadurch für die Gruppenmitglieder, welche der Manipulation ausgesetzt sind, ein Täterverhalten erkennbar ist (Bausum, 2009, S. 183).

Trigger (reaktivierende Reize, vgl. Kapitel 4.4.2) können oft zu Flashbacks (Wiedererleben eines Traumas) führen (Manuela Schröder, 2016, S. 214). Oftmals kennen die Betroffenen die Trigger für die eigene Person und die ihrer Gruppenmitglieder, weshalb sie sich unbewusst oder auch bewusst untereinander triggern. Auch diese Methode wird angewendet, um Macht und Sicherheit zu erlangen (Bausum, 2016, S. 306).

Traumatische Übertragungen sind in der Arbeit mit traumatisierten Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit anzutreffen. Bei traumatischen Übertragungen werden unbewusste gespeicherte Situationen des traumatisierenden Erlebnisses auf die neue Situation übertragen. Dies betrifft im Besonderen die Übertragung von Emotionen auf Betreuende oder Gruppenmitglieder. Das bedeutet, dass Emotionen wie Wut, Angst oder Trauer auf andere Menschen übertragen werden (Schroeder, 2016, S. 219). Diese Übertragungen können bei den Fachkräften zu einer „Gegenreaktion“ führen. Diese können durch bestimmte Körperreaktionen, Gefühle, Handlungen, Gedanken und Sinneswahrnehmungen in ihrem professionellen Arbeiten eingeschränkt werden. Als Beispiel wird Wut oder Hilflosigkeit, die bei der Fachperson plötzlich auftaucht, genannt (Tanja Kessler, 2016a, S. 125). Wie traumapädagogisch auf diese Herausforderung reagiert werden kann, wird im Kapitel 7.4.5 genauer erläutert.

6.3.3 Konflikte innerhalb des Arbeitsteams

Auf Basis eigener Erfahrung der Autorinnen wurde die Hypothese erstellt, dass Unstimmigkeiten innerhalb des Arbeitsteams für die Klientel eine schwierige Situation darstellen und somit als Herausforderung zu betrachten sind. In der Literatur wird interessanterweise aber genau die umgekehrte Situation geschildert – die Klientel hat mit ihrem Verhalten einen starken Einfluss auf die Harmonie innerhalb des Teams. Warum das so ist und wie sich Teamkonflikte zeigen, soll nachfolgend beleuchtet werden.

Anknüpfend an die Problematik der Übertragungen (vgl. Kapitel 5.3.2) weisen Lydia Hantke und Hans-Joachim Görge (2012, S. 137) sowie Tüllmann (2016, S. 265) darauf hin, dass das erlernte Miteinander im eigenen Familiensystem der Klientel auf die Fachkräfte übertragen werde. Birgit Lang (2009) beschreibt die Auswirkungen der Übertragungen folgendermassen: „PädagogInnen, die traumatisierte Kinder und Jugendliche in Betreuungssettings begleiten, sind Übertragungen ausgesetzt, die in ihrer Qualität das sonst übliche Mass bei Weitem übersteigen“ (S. 211). Diese Aussage ist auch auf erwachsene traumatisierte Menschen übertragbar, da Traumatisierungen lange verborgen bleiben und sich auch erst im Erwachsenenalter zeigen können. Laut Ulrich Schnyder haben rund 55% der Fachkräfte selber traumatische Erfahrungen gemacht, weshalb die Macht von Übertragungen/Gegenübertragungen nicht zu unterschätzen ist (Schnyder, 2000; zit. in Martin Baierl, 2016b, S. 122). In der folgenden Abbildung 15 ist die Negativspirale der Übertragungen und Gegenübertragungen gut zu erkennen.

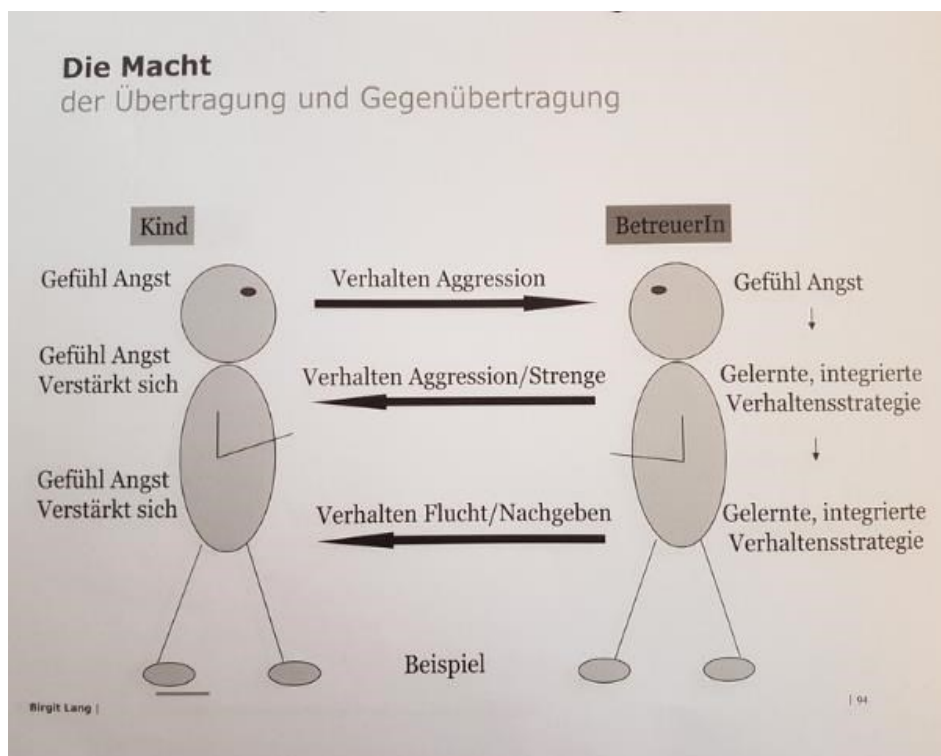


Abbildung 16 - Die Macht der Übertragung und Gegenübertragung (Quelle: Lang, in von Wolschendorf (rose) abgegebene Unterlagen, S. 94)

Wilma Weiss (2016) konkretisiert, wie Spannungen im Team entstehen. Klient/-innen suchen sich eine Vertrauensperson selber aus, die nicht zwingend die offizielle Bezugsperson sein muss. Dies kann zu Konkurrenzgefühlen und -verhalten sowie zur Abwertung dieser Person führen. Die Übertragungen der Klientel, welche Gegenübertragungen bei den Fachkräften auslösen, haben letztlich auch eine unterschiedliche Bewertung bei den Fachkräften zur Folge. Diese individuellen Bewertungen und die Konkurrenzgefühle führen zu Spaltungen im Arbeitsteam. Sind es zudem unterschiedliche Berufsgruppen mit ungleichen Aufträgen, kann eine grosse Spannung entstehen. Die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen sind eifersüchtig auf die Therapeut/-innen und beobachten diese genau, was wiederum die Leitung belastet (S. 218-219). Dass dies auch besonders im Arbeitsfeld Suchterkrankung wiederzufinden ist, wird von Petra Baumberger und Stefanie Knocks (2017) dargelegt. Laut ihnen sind in diesem Arbeitsfeld meistens verschiedene Ansichten und Denkmodelle unterschiedlicher Berufsgruppen anzutreffen, was eine Zusammenarbeit möglicherweise erschwert. Birgit Preuss-Scheuerle (2016) zeigt auf, wie Konflikte innerhalb eines Teams erkennbar werden. Die *Kommunikation* verändert sich. Missverständnisse werden nicht geklärt und Informationen bewusst zurückgehalten. Offene Gespräche werden vermieden und mehr Druck wird aufgebaut. Zudem verschiebt sich die *Wahrnehmung*. Gemeinsamkeiten werden immer weniger gesehen,

der Fokus liegt auf den Unterschieden. Personen, welche sich heraushalten, werden zu Gegnern und nette Gesten als Täuschung empfunden. Weiter äussern sich Konflikte in der *Einstellung*. Die Hilfsbereitschaft nimmt ab, das Misstrauen untereinander zu, was zu abschätzendem Verhalten führt. Diese Umstände zeigen sich dann auch im *Aufgabenbezug*, welcher nicht mehr sinnvoll gestaltet wird. Es wird zunehmend alleine gearbeitet und Schuldzuweisungen häufen sich (S. 103). Aus den beschriebenen Aspekte eines Konflikts ist abzuleiten, dass Disharmonie innerhalb des Teams in Wechselwirkung mit der Klientel steht. Denn das Umfeld – in dem Fall das betreuende Team – bietet der Klientel ein bekanntes Umfeld, das von Misstrauen und Missgunst geprägt ist. Die Klientel erkennt ihr instabiles Familiensystem innerhalb des Teams wieder, was wiederum Trigger auslösen kann und einen neuen Beziehungsaufbau erschwert. Wie Fachkräfte, und somit auch die Klientel, vor diesen Belastungen und Herausforderungen geschützt werden können, wird im Kapitel 7.4.6 genauer erläutert.

6.3.4 Fehlendes Trauma-Fachwissen der Fachkräfte

Die ausführlichen Erklärungen zu der Entstehung und den Folgen von Traumata und dazu, wie sich diese in der Arbeit mit den Betroffenen äussern können, zeigten bereits deutlich, wie problematisch ein fehlendes Fachwissen der Fachkräfte sein kann. Es reicht nicht, dass Fachkräfte im Bereich der stationären Suchttherapie nur bezüglich Suchterkrankungen aus- und weitergebildet werden. Martin Baierl, Cornelia Götz-Kühne, Thomas Hensel, Birgit Lang und Jochen Strauss (2016) sagen, dass das Risiko für beide an der Interaktion beteiligten Personen – Klientel und Betreuende –, in eine belastende und schwierige Situation zu geraten, deutlich erhöht sei. Die Betreuenden ohne Wissen über Psychotraumatologie können nicht adäquat auf die in Kapitel 5.2 beschriebenen Verhaltensweisen reagieren und geraten in eine Negativspirale (S. 61). Laut Lang (2013b) werden sich die Fachkräfte häufig in Eskalationen wiederfinden und somit selbst das Gefühl von Ohnmacht und Angst empfinden wie auch vermehrt psychische und physische Grenzüberschreitungen vonseiten der Klientel erleben. Lang teilt ihre Erfahrungen als Supervisorin und beschreibt das Erleben von Handlungsunwirksamkeit der Pädagogen und Pädagoginnen als Auslöser von Frust, Enttäuschung oder sogar Wut (S. 133-134). Auch Wilma Weiss (2016) hebt hervor, dass Retraumatisierungen von Klienten und Klientinnen aufgrund fehlenden Fachwissens von Fachkräften nicht erkannt würden (S. 85). Sie führt ebenfalls ihre in Heimen gesammelten Erfahrungen aus und schildert, wie die Klientel aufgrund von Unkenntnis über Traumata und ihre Merkmale/Symptomatik ausgegrenzt worden sei/werde (S. 201). Die Notwendigkeit eines spezifischen Trauma-Fachwissens ist in

jedem Traumapädagogik-Werk wiederzufinden. Aus den bisherigen Beschreibungen und Erklärungen zum Zusammenhang von Sucht und Trauma ist abzuleiten, dass es unabdingbar ist, spezifisches Fachwissen in beiden Themenbereichen aufzuweisen.

6.3.5 Interdisziplinarität: Die Schnittstelle Sozialpädagogik/Therapie

Wie in den Aufgaben erwähnt, braucht es ein hohes Mass an Vernetzungdenken. Dies gilt im Bereich der stationären Suchttherapie besonders in Bezug auf Therapie. Allgemein wird in der Literatur seit einigen Jahren die Forderung nach einer besseren und transparenteren Zusammenarbeit von Sozialpädagogik und der Therapie lauter. Sozialpädagogik ist aufgrund der meist stationären Angebote öfters von dieser Herausforderung betroffen, da die Klientel oftmals eine Therapie neben der Wohngruppe beansprucht. Interessanterweise findet sich aber besonders in der traumapädagogischen Literatur ein Appell für eine intensivere Zusammenarbeit. Aber auch Abstein (2012) hebt Schnittstellen als besondere Herausforderung in der Suchthilfe hervor (S. 8).

Wilma Weiss (2016) widmet sich vertieft dieser Thematik. Laut Weiss ist das schwierige Verhältnis von Sozialpädagogik und Therapie aufgrund des Verhaltens beider Seiten entstanden beziehungsweise immer noch aktuell (S. 166-167). Jegodtka und Luitjens (2016) meinen, dass grundsätzlich beide dasselbe Ziel im Fokus hätten – die Verbesserung der Lebensumstände – dies aber in einem anderen Kontext (Einzelgespräche vs. Alltag) geschehe. Oft wird die Therapie gegenüber der Sozialpädagogik als überlegen betrachtet (S. 10). Die beiden Autoren möchten die therapeutische Wirkung zwar nicht schmälern, kritisieren aber dennoch, dass die Sozialpädagogik sich weit mehr als eine Stunde pro Woche mit der Klientel befasse (ebd.). Weiss stützt diese Aussage, merkt aber auch an, dass Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen sich teilweise selbst in diese Lage bringen würden. Oftmals würden sie vor Berichten traumatischer Erfahrungen ihrer Klientel zurückschrecken und diese automatisch an die Therapie verweisen oder bewundernd zu den Therapeuten aufschauen und somit ihre eigenen Chancen und Möglichkeiten für Unterstützung und Wirkung unterschätzen (Weiss, 2016, S. 167-168; Johannes Herwig-Lempp & Ludger Kühling, 2012, S. 51). Die Interdisziplinaritäts-Schwierigkeit wird von der act-info-FOS in ihrem Jahresbericht 2014, wofür Befragungen in stationären Suchttherapien durchgeführt wurden, untermauert (S. 28).

Michaela Halper und Petra Orville (2009) haben hierbei drei Hauptprobleme eruieren können. Als Erstes wird das Vertrauen zwischen der Klientel und der Bezugsperson

erläutert (damit ist in diesem Kontext ein/e Sozialpädagoge/Sozialpädagogin gemeint). Häufig hat die Klientel das Bedürfnis, aufgrund des erarbeiteten Beziehungsverhältnisses ihre Geschichte der Bezugsperson mitzuteilen. Diese wiederum verweist auf die Therapie, was zu einem Vertrauensbruch und wenig Verständnis auf der Seite der Klientel führt – sie fühlt sich nicht verstanden und es kann möglicherweise sogar Trigger auslösen (S. 96).

Das zweite Problem, das sich aufdrängt, ist, dass möglicherweise Kriseninterventionen nach belastenden Therapiesitzungen nötig werden. Halper und Orville meinen damit, dass die Klientel nach schwierigen Sitzungen mit inneren Spannungen zurück in die Wohngruppe kommt und keine angemessene Begleitung/Nachbereitung der Sitzung in Anspruch nehmen kann. Somit kann sich die Situation unerwartet entladen, was für die Betreuenden schwierig zu handhaben ist, wobei sie mithilfe der nötigen Informationen Entlastung hätten bieten können (S. 97). Baiertl (2016a) sieht das ähnlich und meint, dass aufwühlende Themen anfangs die Symptome (eines Traumas) verstärken könnten und somit das Bestreiten des Alltags erschwert werde (S. 118).

Als Drittes kann die Schweigepflicht der Therapeut/-innen dazu führen, dass abgemachte Vereinbarungen zwischen den Betreuenden und der Klientel umgangen werden können. Die Förderung der Selbstverantwortung, Regelverstöße selber zu melden, wird somit gefährdet. Die Klientel kann einen Regelverstoss in der Therapie melden und somit das Konzept umgehen (Halper & Orville, 2009, S. 98).

6.4 Wesentliche Erkenntnisse

Die Sozialpädagogik ist der Profession Soziale Arbeit zugehörig, wobei deren Aufgliederung in Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation nur die Schweiz betrifft. Die Aufgabe der Suchthilfe gehört im ambulanten Bereich der Sozialarbeit und im stationären Bereich der Sozialpädagogik an. Innerhalb der stationären Suchttherapien haben die Fachkräfte folgende Kernaufgabenbereiche mit der Klientel wahrzunehmen: die soziale Integration, die persönliche Entwicklung, die Alltagsbewältigung die Förderung der Eigenständigkeit, die Kompetenzerhöhung zur Suchtbewältigung und die Erarbeitung von Konfliktlösungsstrategien. Zudem müssen sie rechtlich Bescheid wissen, über ihren Zuständigkeitsbereich hinausgehen und die Interdisziplinarität fördern. Wissen über Traumata und psychische Störungsbilder wird in der Literatur nicht gefordert.

In stationären Suchttherapien wohnt die Klientel, solange sie die Therapie in Anspruch nimmt, und ihr Alltag spielt sich grösstenteils dort ab. Meist bringen diese Menschen

heutzutage bereits viel Therapieerfahrung mit, da sie langjährige Suchterlebnisse und mehrere Therapien ausgehalten haben. Über die Hälfte der Klientel besitzt heute bereits Erfahrung mit der SGB.

Als spezielle Herausforderungen für die Fachkräfte der Sozialpädagogik im Setting der stationären Suchttherapien wurden seitens der Klientel die fehlenden Resilienz- und Copingstrategien sowie die ständig wechselnde und durch die Krankheitsbilder sehr schwierige Gruppendynamik, herausgearbeitet. Auf Seiten der Arbeitsteams werden vorwiegend das fehlende Wissen der Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen über Traumata, Konflikte innerhalb des Arbeitsteams und die nicht immer einfach zu handhabende Schnittstelle der Sozialpädagogik zur Therapie als Herausforderung angegeben.

Die in diesem Kapitel herausgearbeiteten Herausforderungen stellen die zweite Problematik der Bachelorarbeit dar. Nun werden die Problematiken eins (Kapitel 5) und zwei (dieses Kapitel) einander gegenübergestellt und dafür konkrete Handlungsansätze in Kapitel sieben gesucht.

7 Geeignete traumapädagogische Handlungsansätze für die stationäre Suchttherapie

Die Komplexität und der Zusammenhang von Suchterkrankung und Trauma wurden bereits ausführlich dargelegt. Weiter konnte aufgezeigt werden, dass die durch den Abbau der Substitution hervortretenden Traumata problematisch sind und die Unkenntnisse der Fachkräfte hinsichtlich des veränderten Verhaltens der Klientel Schwierigkeiten auslösen. Häufig wechselnde Gruppendynamiken und Konflikte innerhalb des Arbeitsteams und deren Schnittstellen verstärken die Problematik noch zusätzlich. Deshalb macht es aus Sicht der Autorinnen Sinn, traumapädagogische Handlungsansätze in die stationären Suchttherapien zu integrieren. Dabei wird berücksichtigt, dass nicht alle traumapädagogischen Handlungsansätze, Konzepte und Methoden für das genannte Setting geeignet sind.

Die Beziehungsarbeit wird von den Autorinnen als Arbeitsgrundlage mit suchterkrankten und traumatisierten Menschen angesehen. Da das Wissen darüber bei allen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen vorhanden sein sollte, wird deshalb nicht konkret darauf eingegangen. In dieser Bachelorarbeit sollen eher zusätzliche und ergänzende traumapädagogische Handlungsansätze ausgearbeitet werden.

Im Kontext mit Kapitel 6.3 – Herausforderungen der Sozialpädagogik in der stationären Suchttherapie – werden nun geeignete, realistische und für die Praxis anwendbare traumapädagogische Handlungsansätze herausgearbeitet. Die traumapädagogischen Handlungsansätze dieses Kapitels beantworten die Leitfrage vier der Bachelorarbeit und sind auf die Förderung der individuellen Ebene (Klientel/Fachkräfte) sowie der Gruppenebene (Klientel/Team/Struktur) ausgelegt

7.1 Definition Traumapädagogik

Es existieren diverse Begrifflichkeiten wie „traumabezogene Pädagogik“ oder „pädagogischer Umgang mit Traumata“, welche unter Traumapädagogik zusammengefasst werden können (Wilma Weiss, 2016, S. 89). Marc Schmid (2013) definiert die Traumapädagogik als „konsequente Anwendung der Psychotraumatologie auf die sozialpädagogische Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Vernachlässigungs-, Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen“ (S. 56). In dieser Arbeit soll, wie bereits gesagt, die Definition alle Ursachen einer Traumatisierung umfassen und sich nicht auf die von Schmid aufgezählten Ursachen beschränken.

Schmid ergänzt, dass das Wissen über Traumafolgestörungen wesentlich zum Verständnis für das Verhalten und die Bedürfnisse der Klientel beitrage und deshalb eines der Hauptmerkmale der Traumapädagogik ausmache (ebd.). Die Traumapädagogik hat ihre Wurzeln in der Reformpädagogik, Heilpädagogik, Psychoanalytischen Pädagogik, der Pädagogik der Befreiung sowie in milieutherapeutischen Konzepten. Zudem bezieht sie Wissen aus Erziehungswissenschaften, Psychoanalyse, Bindungs- und Resilienzforschung, therapeutischen Disziplinen, der Neurobiologie sowie der bereits erwähnten Psychotraumatologie (Weiss, 2013, S. 36).

7.2 Die Notwendigkeit von Traumapädagogik

Das Bundesamt für Justiz (BJ) (2014) hat der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Basel den Auftrag gegeben, anhand eines Modellversuchs Traumapädagogik in fünf Institutionen (vom BJ anerkannt) einzuführen. Die Grundlage dafür war der Zusammenhang von Mehrfachtraumatisierungen und Aufenthaltsabbrüchen in Heimen. Zudem wurde anerkannt, dass die pädagogischen Fachkräfte mit traumatisierten Menschen an ihre Grenzen stossen. Die Studie wurde von 2012 bis 2016 durchgeführt und anschliessend ausgewertet. Marc Schmid, Michael Kölch, Jörg M. Fegert und Klaus Schmeck (ohne Datum) erläutern in der Zusammenfassung die wichtigsten Ergebnisse des Modellversuchs der Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ) aus dem Jahr 2012. Dabei zeigte sich, dass 80% der Kinder und Jugendlichen in Erziehungsanstalten mindestens ein und über ein Drittel sogar mehr als drei traumatische Erlebnisse durchlebt haben. Martin Kühn (2016) weist ebenfalls auf die Problematik des fehlenden Fachwissens der Fachkräfte hin. Laut Kühn zeigen sich in der Praxis oftmals „Überlastungserfahrungen“, worauf mit Therapie, dem Feststellen ausbleibender Fortschritte sowie Aussagen wie „er/sie ist nicht länger tragbar bzw. wir sind die falsche Einrichtung“ reagiert werde (S. 21). Aus diesen Argumenten lässt sich ableiten, dass Traumapädagogik generell in psychosozialen Arbeitsfeldern wichtig ist.

7.3 Kernaspekte der Traumapädagogik

Nachdem die Relevanz von Traumapädagogik nun klar belegt wurde, beschäftigt sich dieses Kapitel mit der Grundhaltung der Traumapädagogik und dem «sicheren Ort», der einen Kernaspekt darin darstellt.

7.3.1 Grundhaltung der Traumapädagogik

Ein Hauptbestandteil der Traumapädagogik ist die Grundhaltung (Abbildung 16). Sie besteht aus folgenden Teilen:

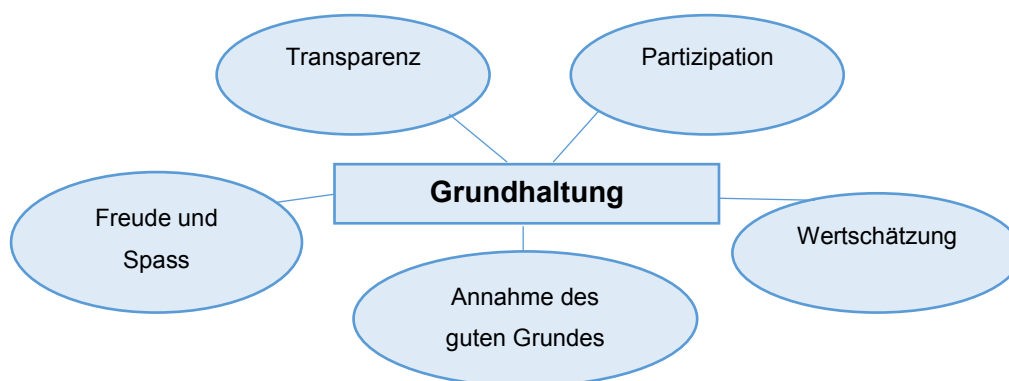


Abbildung 17 – Grundhaltung Traumapädagogik (Quelle: eigene Darstellung)

Die Annahme des guten Grundes

Damit ist gemeint, dass jedes vom Klientel gezeigte Verhalten in der einzelnen Lebensgeschichte Sinn macht. Um den Grund des jeweiligen Verhaltens zu erkennen, können Fachkräfte Fragen wie „er/sie macht das, WEIL“ (auch bekannt als Weil-Methode) nutzen (Agron Tatari (Burghof), Interview vom 29. Mai 2017; Thomas Lang & Birgit Lang, 2013, S. 107-111).

Wertschätzung

Sie soll eine innere Haltung darstellen und äussert sich durch respektvollen Umgang, Fairness und Freundlichkeit. Ziel der Wertschätzung ist die Förderung der fehlenden Selbstakzeptanz (Wilma Weiss & Claudia Schirmer, 2013, S. 112-113).

Partizipation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG) (2016) hat den Leitsatz „Ich traue dir was zu und überfordere dich nicht“ zum Thema Partizipation (S. 8). Die Kinder sollen dadurch statt Ohnmacht Selbstwirksamkeit erfahren (UPKBS, 2016b).

Transparenz

Transparenz kommt dem Bedürfnis der Berechenbarkeit der Betroffenen entgegen. Durch transparentes Verhalten soll eine gewisse Stabilität im Alltag gewonnen werden (Thomas Wahle & Thomas Lang, 2013, S. 118-119).

Freude und Spass

Traumatisierte Menschen haben oft und viele negative Gefühle kennengelernt, was sie in der Leistung sowie in der Selbstwirksamkeit einschränkt. Durch viel Lachen und Spass können sie wieder zuversichtlicher, optimistischer sowie kreativer werden (Birgit Lang, 2013a, S. 121-122).

7.3.2 Der „sichere Ort“

Im Zusammenhang mit der Traumapädagogik wird in der Literatur mehrheitlich vom sogenannten „sicheren Ort“ gesprochen. Laut Martin Kühn (2006) wird er in drei Bereiche aufgegliedert – Klient/-innen, Mitarbeitende und Struktur (S. 31). Häufig ist in der Literatur nur ein Kuchendiagramm der drei Bereiche zu finden. Um der Komplexität des „sicheren Orts“ Rechnung tragen zu können, wurde seitens der Autorinnen die nachfolgende Darstellung aufgrund der Zusammenfassung diverser Literatur erarbeitet (Abbildung 17, Kühn, 2009, Wilma Weiss, 2013, UPKBS, 2016a & Nicole Wolschendorf (rose), Interview vom 8. Mai 2017). Die Erfahrungsberichte des Modellversuchs von Traumapädagogik in fünf Institutionen (siehe oben erklärt), inklusive Gewinne und Herausforderungen der einzelnen Bereiche, wurden ebenfalls miteinbezogen. Die eigene Darstellung versucht nun deshalb, den jeweiligen Bereichen Heraus- und Anforderungen zuzuordnen und deren Gewinn bei erfolgreicher Bewältigung aufzuzeigen.

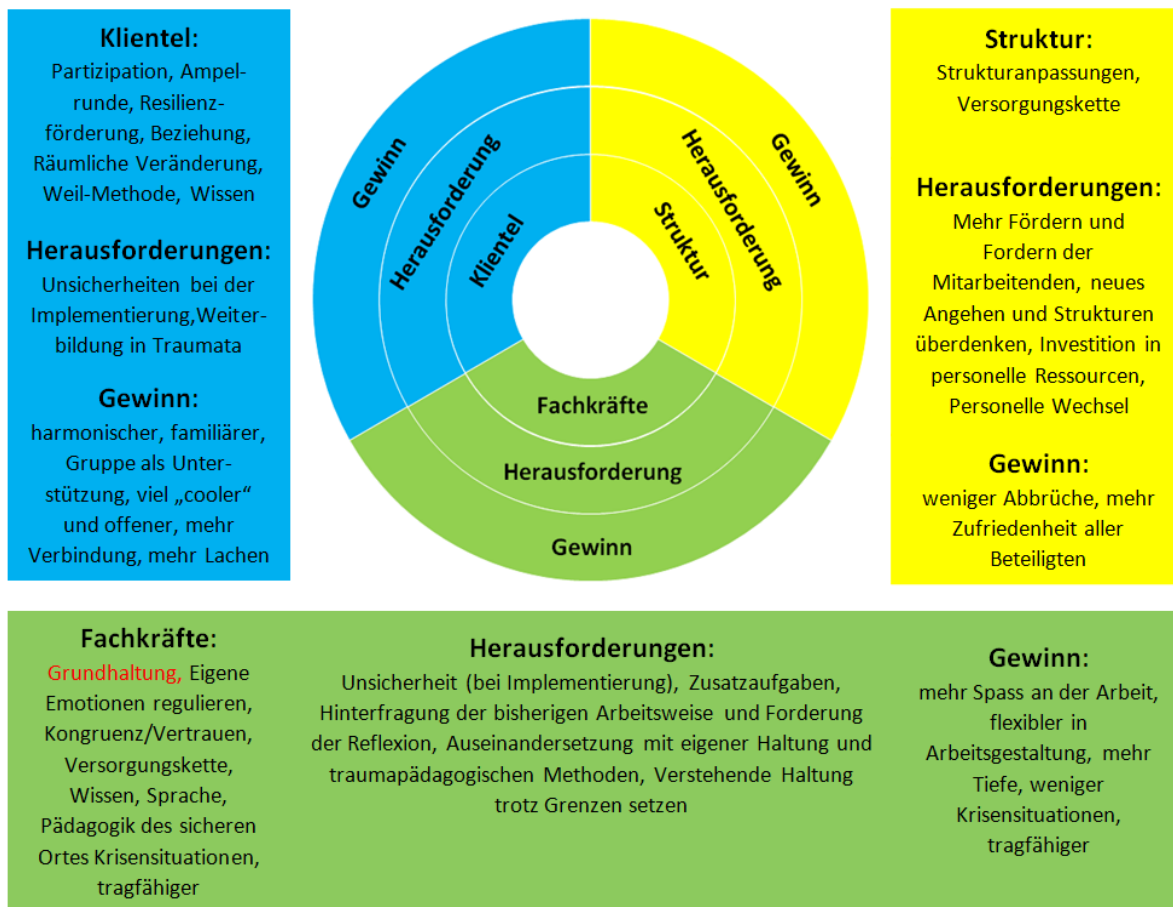


Abbildung 18 - Der sichere Ort (Quelle: eigene Darstellung auf der Basis von Kühn, 2009, Wilma Weiss, 2013, UPKBS, 2016a & Nicole Wolschendorf (rose), Interview vom 8. Mai 2017)

Zu einem geschützten Ort im Bereich Klient/-in werden, nebst dem in der Darstellung Genannten, ebenso Transparenz, räumliche Gestaltung (Wohlfühlen) sowie Aufklärung der Klientel über Traumata und Traumafolgesymptome benötigt (Wolschendorf (rose), Interview vom 8. Mai 17). Die Ampelrunde wird im Kapitel 7.4.3 genauer erläutert.

Im Bereich Struktur müssen, wie in der Darstellung ersichtlich, die Institution und deren Struktur neu überdacht und angepasst werden. Zudem sollen so dank einer klaren Versorgungskette (Leitung -> Pädagogen/Pädagoginnen -> Kind) auch die Betreuenden einen Schutz und eine Anlaufstelle haben (Kühn, 2009, S. 31-33). In der Literatur wird oft erwähnt, wie zentral der Beitrag der Fachkräfte sei. Die Fachkräfte sollen auf Traumapädagogik geschult sein und anschliessend kompetenter handeln können (Weiss, 2013, S. 34).

Im Bereich Mitarbeitende ist die Liste der Anforderungen an die Fachkräfte lang. Neben der im Teilkapitel 7.3.1 erwähnten Grundhaltung wird eine Bereitschaft erwartet,

sich selber zu reflektieren und das eigene Handeln zu überdenken. Wichtig ist auch, sich mit der Psychotraumatologie auszukennen und somit adäquat auf das Verhalten der Klientel reagieren zu können.

Die Traumapädagogik hat diverse eigene Methoden, um angemessene Reaktionen auf das Verhalten und die Bedürfnisse der Klientel zu zeigen. In dem folgenden Kapitel werden diese im Zusammenhang mit suchterkrankten Menschen erläutert und erklärt.

7.4 Konkrete traumapädagogische Handlungsansätze

Im Anschluss an die Einführung zur Traumapädagogik sollen nun konkrete Handlungsansätze auf der Basis der bisherig herausgearbeiteten Herausforderungen mit Sucht- und Traumaerkrankten aus dem Kapitel 6.3 vorgeschlagen werden. Auf der individuellen Ebene sind deshalb besonders die fehlende Resilienz und Copingstrategie sowie die Gruppendynamik ein Thema. Auf der Ebene der Struktur einer stationären Suchttherapie ist im Besonderen auf die Konflikte innerhalb des Teams, das fehlende Traumafachwissen sowie die Schnittstelle zwischen der Sozialpädagogik und der Therapie einzugehen.

7.4.1 Lebensfreude als heilende Kraft der Klientel

Baierl (2016c) betont, dass Lebensfreude zur traumapädagogischen Grundhaltung (siehe oben) gehöre und ein wichtiger Bestandteil der Genesung sei (S. 54). Hier muss an die Kapitel zu „Mechanismus von Suchterkrankung und Trauma“ erinnert werden (Kapitel 2.4 und 4.3). Wie dort ausführlich beschrieben wurde, sind diverse Hormone für unsere Emotionen relevant. Besonders Hormone wie Oxytocin (Bindungshormon), Phenyläthylamin (ruft Lust hervor) und Endorphine sind für die Empfindung von Freude verantwortlich. Diese Hormone werden vom Körper selbst hergestellt und haben eine grosse Ähnlichkeit mit der Struktur von Opiaten, die besonders bei der Schmerzverarbeitung und dem Belohnungssystem ansetzen (Klaus Grawe, zit. in Kathrin Lohmann, 2016, S. 132). Laut Lohmann (2016) haben diese Hormone eine schmerzlindernde und euphorisierende, Dopamin und Noradrenalin eine erregende Wirkung. Werden diese Botenstoffe an die Neuronen weitergeleitet, entsteht eine Reaktion im Gehirn, die das Wohlbefinden steigert. Diese Reaktionen können sehr rasch eintreten oder aber auch über Tage oder sogar Wochen andauern. Dem dadurch entstehenden Problem der festgefahrenen Gehirnveränderung (dauernde erhöhte Adrenalinausschüttung/Stresszustand) während einer Suchterkrankung oder traumatischen Erfahrung kann durch die Vermittlung von Lebensfreude

entgegengewirkt werden, da dadurch die Hirnstruktur zurückverändert/ausgeglichen wird (S. 133-134). Alexandra Bruchholz und Susanne Tscherny (2016) weisen im Zusammenhang mit Freude dem Humor einen hohen Stellenwert zu. Humor kann schwierige Situationen als weniger schlimm erscheinen lassen, den Menschen Mut machen oder auch die Fähigkeit zurückgeben, nicht alles ausweglos zu sehen. Bei Spass kann wieder Leichtigkeit empfunden werden, was Zuversicht, Optimismus und Kreativität fördert. Die Lebensfreude gilt auch als einer der bedeutendsten Resilienzfaktoren, was ihre Wichtigkeit nochmals unterstreicht (S. 145). Die für Kinder zur Steigerung der Lebensfreude geeigneten Methoden können an dieser Stelle nicht auf Erwachsene übertragen werden. Aufgrund des Partizipationsgedankens (Grundhaltung) lässt sich aber der Vorschlag machen, dass konkrete Aktivitäten gemeinsam mit der Klientel überlegt werden können. Um auch Selbstwirksamkeit zu fördern, kann sogar die Planung solcher Aktivitäten (Betreuende als Ansprechperson) der Klientel überlassen werden.

7.4.2 Resilienzförderung der Klientel

Nach ausführlicher Darlegung der Notwendigkeit der Resilienzförderung von Suchterkrankten und traumatisierten Menschen sollen hier mögliche Methoden dazu aufgezeigt werden. Resilienzförderung geht Hand in Hand mit der Ressourcenförderung. Werden die Ressourcen gestärkt, wird ein Mensch resilienter. Neben den sieben Resilienzfaktoren (Kapitel 6.3.1) ist die Selbstwirksamkeit ein wichtiges Element der Resilienz, welches im nächsten Kapitel vertieft betrachtet wird. Zur Resilienzförderung gehört auch die Förderung des Selbstbildes. Laut Wilma Weiss (2016) ist das Selbstbild von Betroffenen durch das Gefühl von „Anderssein“ geprägt (S. 121). Durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen kann das negative Selbstbild nach und nach korrigiert werden. Hantke und Görges (2012) geben konkrete Übungen zur Förderung von Ressourcen an. Im Folgenden werden fünf Methoden zur Ressourcenstärkung vorgestellt:

Ressourcenorientierte Fragen

Diese Methode ermöglicht der Klientel eine neue Sichtweise auf ihre eigenen Stärken und Kräfte, von denen sie oftmals keine Kenntnisse haben. Die Übung kann zwischen „Tür und Angel“ erfolgen oder aber auch in einer ruhigen Umgebung und mit Aufschreiben der Antworten (S. 372). Sollten Klientinnen oder Klienten z.B. erwähnen, keine Kraft zu haben, können folgende Fragen ressourcenaktivierend sein: Wie ist es Ihnen gelungen, heute morgen aufzustehen? Woher haben Sie die Kraft genommen,

Essen zuzubereiten? Woher nehmen Sie die Kraft, Ihren Alltag zu bewältigen? Es gibt noch viele weitere Fragen, die hierbei helfen, und der Kreativität sind keine Grenzen gesetzt. Hantke und Görges (2012) unterscheiden zwischen diversen Frage-Themen: „die Ausnahmen von Problemen“ (Wann ging es schon mal besser), „die Fähigkeiten und Vorlieben“ (Was können Sie gut/machen Sie gerne), „das zirkuläre Fragen“ (was würden Partner/Freunde etc. sagen) und „das zeitliche Fragen“ (wie haben Sie Herausforderungen in der Vergangenheit gemeistert/Fragen zur Gegenwart/Fragen zur Zukunft) (S. 373-375). Diese Fragen sollen jedoch nur anregen, dabei gilt es situativ passende Formulierungen zu wählen.

Notfall-/Ressourcenkoffer

Die zweite Methode, der Notfall-/Ressourcenkoffer, stammt von Hantke und Görges (2012). Dieser Koffer sollte im Notfall immer griffbereit sein und der Klientel die vorhandenen Ressourcen aufzeigen. Grund dafür ist, dass in Notfallsituationen unsere nötige logische Denkfähigkeit ausfällt, weshalb eine Stütze sehr hilfreich sein kann. Wichtig ist, dass die Stütze aber im Voraus bereits erstellt werden muss, da dies sonst nicht funktioniert (S. 381-384). Besonders bei Suchterkrankten wird bei einem Notfall (Craving) schnell wieder auf bewährten Bewältigungsmethoden von Schwierigkeiten zurückgegriffen (= Rückfall). Auch Traumatisierte verlieren die Fähigkeit, sich als positiv zu erleben. Hantkes und Görges' (2012) Vorschlag für einen Notfall-/Ressourcenkoffer scheint darum eine geeignete Methode zu sein. Es geht darum, eine Liste von zehn bis zwanzig Dingen zu erstellen. Damit sind konkrete Tätigkeiten und Kontaktmöglichkeiten gemeint. Es darf auch gerne mit Beispielen nachgeholfen werden, die die Klientel zum Nachdenken anregen: Was beruhigt Sie? Wie sieht es aus mit Bewegung, Musik, Spazieren, Fernsehen, Zurückziehen? Diese Liste soll jederzeit für die Klientel griffbereit sein und sie daran erinnern, was ihr hilft, wenn es ihr gerade nicht einfällt (S. 381-384).

Wunderfrage

Eine weitere Möglichkeit der Ressourcenstärkung ist die bekannte Wunderfrage. Christoph Mahr (2015) beschreibt diese folgendermassen:

Stellen Sie sich vor, Sie gehen heute Abend wie gewohnt schlafen. Doch während Sie schlafen, geschieht ein Wunder. Das Wunder besteht darin, dass das Problem, das Sie hierher geführt hat, gelöst ist. Allerdings wissen Sie nicht, dass das Wunder geschehen ist, da Sie ja geschlafen haben. Woran würden Sie morgen früh erkennen, dass ein Wunder geschehen ist und das Problem gelöst ist (S. 42)?

Die Betroffenen werden so aufgefordert, ihre Perspektive zu ändern. Diese Frage gilt nur als Eröffnungsfrage, anschliessend können weitere Fragen eine Stütze sein (z.B.: Woran erkennen Sie, dass ein Wunder passiert ist? Was ist anders? usw.) (ebd.).

Ressourcenorientiertes Tagebuch

Neben dem Stellen von Fragen gibt es auch die Möglichkeit, die Betroffenen zum Schreiben zu motivieren. Ein ressourcenorientiertes Tagebuch kann dabei helfen, indem täglich die guten, schönen und erfolgreichen Momente/Erlebnisse festgehalten werden.

Regentagbrief

Daneben gibt es auch die von Yvonne Dolan entwickelte Idee des Regentagbriefs, bei dem die Betroffenen in einem guten Moment einen Brief an sich selbst schreiben, was ihnen in schwierigen Momenten hilft (Hantke & Görges, S. 391).

All diese Methoden der Ressourcenstärkung fördern die Resilienz. Können Betroffene (in akuten Situationen) neue Lösungswege finden, gehen sie gestärkt aus der gemeisterten Situation heraus, was ihre Widerstandskraft für zukünftige schwierige Momente verbessert. Suchterkrankte lernen somit, nicht mehr nur mithilfe von Suchtsubstanzen einen Ausweg zu finden, sondern werden befähigt, neue Copingstrategien anzuwenden.

7.4.3 Selbstwirksamkeitsförderung der Klientel

Menschen, die von Suchterkrankung und Traumata betroffen sind, hatten häufig wenige Chancen, sich als selbstwirksam zu erleben. Selbstwirksamkeit bedeutet, die innere Überzeugung zu haben, schwierige Situationen und Herausforderungen selbstständig und aus eigener Kraft bewältigen zu können (Lexikon online, ohne Datum/b). Traumatisierte Menschen haben während der traumatischen Erlebnisse besonders Hilflosigkeit, Ohnmacht und somit auch Kontrollverlust erlebt. Ziel der Selbstwirksamkeitsförderung ist es, die Betroffenen aus der Opfererfahrung zurück in die Eigenständigkeit zu begleiten. Um Selbstwirksamkeit erreichen zu können, sollte unbedingt mit den Ressourcen gearbeitet werden. Es geht darum, partizipativ mit der Klientin/dem Klienten seine Stärken, aber auch seine Grenzen herauszuarbeiten (Baierl, 2016d, S. 85). Scherwath und Friedrich (2014) nennen die Ressourcenkarte und die Netzwerkkarte als mögliche Methoden zum Selbstwirksamkeitserleben (S. 197). Wilma Weiss (2013) ist für ihr Konzept der Selbstbemächtigung bekannt, welches

sich aus Selbstverstehen, Selbstbewusstheit, Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und Selbstwirksamkeit zusammensetzt. Thomas Lutz (2009) hat in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Traumapädagogik eine Methode entwickelt, die alle von Wilma Weiss erwähnten Punkte beinhaltet. Die Methode besteht aus unterschiedlichen Modulen, die vom Betroffenen selbst oder mithilfe der Betreuenden ausgefüllt werden. Die Module lauten: Körper, Gefühle, Sinne, Verstand, Stress, Energie, Grenzen, Gewalt und Bindung. Zu jedem der Module sind Fragen formuliert, die darauf abzielen, sich bewusst mit den eigenen Abläufen und Handlungen auseinanderzusetzen. Durch die genaue Analyse, welche Körperveränderungen, Gedanken und Gefühle z.B. in Stresssituationen auftauchen, sind die Betroffenen besser in der Lage, SELBST zu merken, wenn etwas aus dem Ruder läuft, und können aufgrund der erarbeiteten Lösungsstrategien selbstwirksam handeln. Dies wirkt gegen das Ohnmachtsgefühl und gibt ihnen die Macht über sich selber zurück. Diese Methode funktioniert laut Lutz auch mit Eltern, was bedeutet, dass sie auch für Erwachsene in der stationären Suchttherapie infrage kommt und hoffentlich zukünftig Anwendung findet; daher wurde eine Darstellung dazu dem Anhang beigelegt.

7.4.4 Raumgestaltung der Klientel

Die Gruppendynamik und der Gruppenalltag können für einige zu Überforderungen führen, weshalb Rückzugsmöglichkeiten sehr wichtig sind. Auch das in stationären Suchttherapien übliche „Filzen“ (Zimmer- und Habseligkeiten-Durchsuchung) verursacht Unsicherheiten und stellt die Eigenverantwortung und Autonomie infrage (Trauma und Sucht, ohne Datum). Auch Scherwath und Friedrich (2014) betonen die Wichtigkeit von räumlicher Atmosphäre, welche direkten Einfluss auf das Wohlbefinden der Klientel hat. Menschen mit innerer Zerstreutheit spiegeln diese oftmals mit Chaos im Zimmer. Einige zeigen hingegen eine sehr klare Ordnung, um sich von aussen Sicherheit zu geben (alles ist an seinem vorbestimmten Platz). Scherwath und Friedrich heben hervor, dass die Räumlichkeiten und Rückzugsmöglichkeiten Geborgenheit und somit Schutz bieten müssten. Sie halten daran fest, dass auch dieser Aspekt in dem Gesamtkonzept einer Einrichtung enthalten sein müsse und die Räume partizipativ mit der Klientel eingerichtet werden müssten. Das Miteinbeziehen der Klientel wirkt auch präventiv gegen das „Kaputtmachen“ von Gegenständen, da durch die Eigenleistung mehr emotionale Bindung besteht (S. 75). Detlev Wiesinger, Wolfgang Huck, Marc Schmid und Ulrike Reddemann (2016) weisen darauf hin, dass Gruppenräume die Möglichkeit bieten würden, am Geschehen teilzunehmen, ohne direkt im Mittelpunkt zu stehen, und somit dem Gefühl des Alleinseins auszuweichen (S. 52). Die Herausforderung für die stationäre Suchttherapie liegt darin, dass sie einen

hohen Klientel-Wechsel verzeichnet (vgl. Kapitel 1.1 und 6.2.1). Die Aufgabe der Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen ist es, auch das Wohlbefinden von Kurzaufenthaltern ernst zu nehmen und sich bewusst Zeit für die Einrichtung des Zimmers zu nehmen. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass sich jede Klientel ab dem Eintrittstag auch in den Gruppenräumen einbringen kann. Daher sollte dieses Einbringen klar als Ritual in den Eintrittsprozess eingebunden werden.²

7.4.5 Trauma-Gruppenpädagogik für die Klientel

Die Herausforderung von Gruppen, im Speziellen von traumatisierten Gruppen, wurde im Kapitel 6.3.2 ausführlich erklärt. Im Folgenden werden nun eine passende Herangehensweise und eine Methode aufgezeigt.

Ruhige Herangehensweise

Nadine König (2016) verdeutlicht anhand eines Beispiels die Kraft einer Gruppendynamik. In diesem Beispiel geht es zwar um Kinder, es zeigt jedoch deutlich, wie sich eine Gruppendynamik entwickeln kann. Es wird von Kindern erzählt, die auf dem Tisch stehen und laut einen Protestspruch kundtun. Die Reaktion der Betreuenden war sehr ruhig. Sie setzte sich mit klarer Haltung an den Tisch und diskutierte in einer normalen Lautstärke mit ihrer Arbeitskollegin über ihr Backvorhaben (Plätzchen) und erzählte so lange, bis die Kinder interessiert zuhörten und den Protest beendeten. Dieses Beispiel zeigt auf, dass eine ruhige Herangehensweise sehr wichtig ist. Hätte sie sich lautstark über die Situation beschwert und Konsequenzen verteilt, wäre die Situation mit Sicherheit aus den Fugen geraten (S. 161). Daraus lässt sich auch für Erwachsene ableiten, dass eine ruhige und allenfalls auch kreative Herangehensweise die Gruppendynamik entlasten kann. Wie bereits aus den Erklärungen zu Übertragungen/Gegenübertragungen ersichtlich wurde, ist ein aggressives Verhalten Klientinnen und Klienten gegenüber fehl am Platz und löst nur weitere negative Schwingungen aus. Bausum (2009) sagt, dass die Gruppe den Kindern eine Chance biete, ihre oft gefühlte Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit sowie Schuld- und Schamgefühle abzulegen und sich als selbstwirksam zu erleben. Dies gilt besonders für gleichaltrige Gruppen, deren Kraft aktiv von den Betreuenden genutzt werden kann.

² Genauere Ausstattungsvorschläge finden sie bei Wiesinger et al., 2016, S. 52.

Ampel-Methode

Mit der sogenannten „Ampel-Methode“ kann täglich ein Gefäss des Austausches eingerichtet werden. Es werden verschiedene Sequenzen des Tages und die eigenen Reaktionen reflektiert und eingeordnet (S. 185). Die Methode funktioniert folgendermassen: Die Betreuenden leiten die Runde, aber die Klientel reflektiert selbstständig und gibt sich gegenseitig Rückmeldungen. Situationen, die nicht akzeptabel sind oder einen Regelverstoss bedeuten, sind in die Farbe Rot einzuordnen. Gelb bedeutet, dass die Situation nicht ganz gelungen ist und man es eigentlich besser kann. Und bei der Farbe Grün sind Situationen einzuordnen, in welchen etwas gut gelungen ist. Die Gruppe kann Verschiedenes daraus lernen. Sie erlebt ein Wir-Gefühl, lernt, anderen zuzuhören, übt, Lob und Kritik anzunehmen, über ihr Verhalten zu sprechen und sich zu reflektieren (Zentrum für Traumapädagogik, 2015). Diese Methode ist altersunabhängig, da die Erwachsenen genauso Schwierigkeiten haben, sich auszudrücken und selbst wahrzunehmen.

Die Chance der Gruppe sollte unbedingt auch in den stationären Suchttherapien genutzt werden. Die Betroffenen sind besonders beim Abbau der Substitution durch die neuen und unbekannteren (Trauma-)Gefühle verunsichert. Die Gruppe kann einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden leisten und jedem Einzelnen Sicherheit bieten.

7.4.6 Fachkräfte als Schlüsselfunktion

Die Fachkräfte nehmen in der Traumapädagogik eine Schlüsselfunktion ein, sie sind Teil des Konzepts (Wilma Weiss, 2016, S. 34). Es sind also verschiedene Aspekte aufzunehmen und näher zu betrachten. Für die stationäre Suchttherapie macht es Sinn, die Fachkräfte in die konkreten Handlungsansätze einzubeziehen. Sie spielen in der Sozialpädagogik generell eine zentrale Rolle. Es ist eine realistische Annahme, dass an und mit den Fachkräften gearbeitet wird und dass durch Veränderungen auf dieser Ebene viel erreicht werden kann. Neben dem Fachwissen sind Gegenübertragungen, Selbstreflexion, Selbstfürsorge (Psychohygiene), die Stütze der Institution/Struktur (vgl. Versorgerkette) sowie die Supervision zentrale Themen, die hier erläutert werden.

Fachwissen

Dass fehlendes Fachwissen zu Problemen und vor allen Dingen Überforderung der Fachkräfte führen kann, wurde bereits ausführlich dargelegt. Mit dieser Arbeit soll somit die Aufklärung über den Zusammenhang von Suchterkrankung und Trauma

angestossen und dazu angeregt werden, sich weiter mit der Thematik zu beschäftigen und das Wissen zu vertiefen. Martin Baierl et al. (2016) merken an, dass Fachwissen allein nicht ausreichend ist, um in „Hochrisikosituationen“ adäquat zu reagieren. Es brauche besonders auch die Bereitschaft, an sich selbst zu arbeiten (S. 62), worauf nun näher eingegangen werden soll.

Gegenübertragungen

Im Kapitel „Konflikte innerhalb des Teams“ wurde auf die möglichen Übertragungen/Gegenübertragungen hingewiesen. Es wurde aufgezeigt, dass die Gefühle der Klientel auf die Fachkräfte übergehen können. Hat man keine theoretischen Kenntnisse darüber, hat das in der Praxis verschiedene Konsequenzen. Wie schon erwähnt, kann dies zu Konflikten im Team führen. Zudem kann es den Beziehungsaufbau zur Klientel beeinträchtigen und erschweren.

Kessler (2016b) macht darauf aufmerksam, dass die Konzentration der Fachkräfte hauptsächlich auf der Klientel liege und der Fokus auf die eigene Person auf ein Minimum reduziert werde. Somit werden die eigenen Grenzen und Emotionen ausser Acht gelassen (S. 285). Mit der Aufklärung über die Dynamik der Übertragungen und Gegenübertragungen können eine Sensibilisierung und höhere Achtsamkeit bezüglich dieser Thematik erreicht werden. In der Abbildung 15 in Kapitel 6.3.3 wurde anhand des Gefühls Angst eine negative Übertragung/Gegenübertragung gezeigt. Wenn aus Angst ein aggressives Verhalten gezeigt wird, wird das ohne zu reflektieren auch mit Angst empfangen und verarbeitet. Dies wiederum löst die eigenen erlernten Strategien aus (erlernte Reaktion auf Angst) und man kontert selbst mit aggressivem (strengem) Verhalten oder flüchtet (gibt nach). Das Ende einer solchen Interaktion ist für keine der beiden Parteien befriedigend. In der Abbildung 18 gemäss Lang (Wolschendorf (rose), Interview vom 8. Mai 17, abgegebene Unterlagen) ist ersichtlich, wie mit aggressivem Verhalten umgegangen werden kann. Anstatt unreflektiert zu reagieren und in die eigenen Reaktionsmuster zurückzufallen, wird durch Erkennen, Benennen, Zuordnen sowie Versorgen der Situation ein Gefühl von Sicherheit geschaffen, welches dann zurückgegeben werden kann.

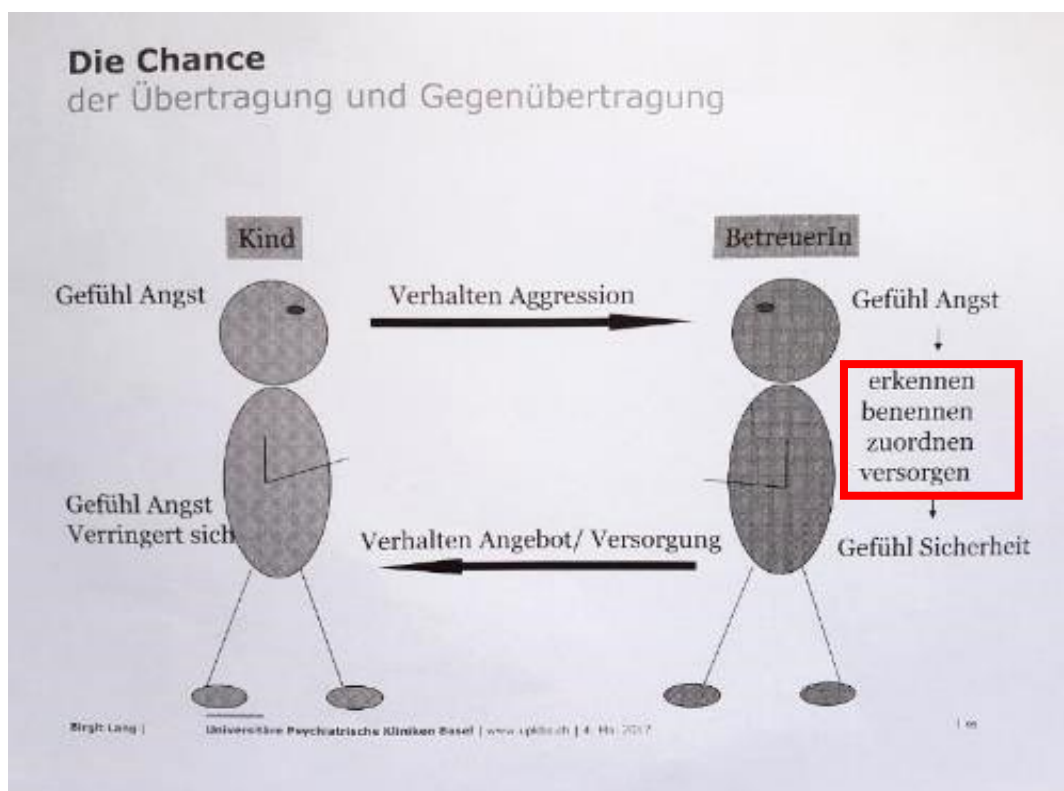


Abbildung 19 - Die Chance der Übertragung/Gegenübertragung (Quelle: Lang, in von Wolschendorf (rose) abgegebene Unterlagen, S. 95)

Lang (2013b) geht die Schritte konkret durch. Als Erstes müssen die eigenen Gefühle aufmerksam und mutig wahrgenommen und benannt werden (z.B. „er/sie macht mir Angst“). Anschliessend geht es darum, ein gutes und gesichertes Beziehungsangebot zu machen. Als Unterstützungsgedanke kann man sich selbst daran erinnern, dass dieses Verhalten nicht explizit auf die eigene Person zurückzuführen ist (z.B.: „Er/Sie sieht gerade seinen Vater vor sich, nicht mich“ oder die Weil-Methode: „Er/Sie macht das, weil ...“). Gelingt dies dem Sozialpädagogen/der Sozialpädagogin, erleben die Betroffenen eine „korrigierende Beziehungserfahrung“ (S. 138-139). Sich über die eigenen Gefühle klar zu werden und diese zu benennen fungiert auch als Schutz für die Fachkräfte. Sollten Gefühle (z.B. Wut) der Fachkräfte verdeckt oder ignoriert bleiben, können sich diese negativ auf das Wohlbefinden auswirken, Unlust auf Arbeit hervorrufen, negative Gefühle gegen eine bestimmte Klientel wecken, das Aussprechen strengerer Massnahmen fördern oder gar gesundheitliche Schäden zur Folge haben (S. 286).

Diese Handlungsanleitung und Aufklärung sollen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen helfen, auftretenden Traumata während des Abbaus der Substitution

mit mehr Selbstsicherheit begegnen zu können. Es ist eine grosse Chance, diese Abläufe zu kennen, um somit spezifischer und gelassener auf das Verhalten der Betroffenen eingehen zu können.

Selbstreflexion

Laut Baierl et al. (2016) ist im Hinblick auf Gegenübertragungen die Selbstreflexion ein wichtiges Element der Traumapädagogik. Fachkräfte müssen bereit sein, ständig an sich zu arbeiten und Neues zu lernen (S. 65). Wilma Weiss (2016) schliesst sich dieser Aussage an und ergänzt, dass die Selbstreflexionskompetenz bedeute, eigene biografische, institutionelle und gesellschaftliche Einflüsse in Bezug auf das pädagogische Handeln reflektieren zu können. Sie weist darauf hin, dass es anfangs ein aufwändiger Prozess sei, dies einzuführen, aber schlussendlich eine klare Entlastung für alle biete (S. 227). Nicole Wolschendorf (rose, Interview vom 08. Mai 2017) sowie Agron Tatari (Burghof, Interview vom 29. Mai 2017), welche beide mit ihrer Institution am vierjährigen Traumapädagogik-Einführungs-Modell vom BJ teilgenommen haben, bestätigen die Herausforderung der Selbstreflexion. Beide erwähnten, dass viele Fachkräfte bei der Einführung der Traumapädagogik die Institution verlassen hätten, da sie nicht bereit gewesen seien, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen. Dies sind keine repräsentativen Ergebnisse, zeigen jedoch auf, dass die Praxis stark auf die theoretischen Grundlagen der Traumapädagogik reagiert. Wilma Weiss (2016) führt weiter aus, dass es eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte brauche, da (wie im Kapitel 6.3.3 erwähnt) über 50% der Fachkräfte selber traumatische Erfahrungen gemacht hätten. Sich und seine eigenen Trigger sowie Einstellungen und Reaktions- sowie Bindungsmuster zu kennen sei ein Muss (S. 227). Lang (2009) gibt weitere Erklärungen ab, warum die Selbstreflexion so relevant ist. Die Klientel suche ständig nach Erklärungen, warum und weshalb etwas passiert. Sie frage sich auch, warum die Betreuenden auf eine bestimmte Art reagieren. Wie in der Grundhaltung der Traumapädagogik erwähnt (vgl. oben), ist Transparenz sehr wichtig. Kann man also begründen, warum man etwas tut oder warum eine Entscheidung so ausgefallen ist, gibt dies der Klientel Sicherheit und eine Möglichkeit, die Umstände nachzuvollziehen. Die Betreuenden werden einschätzbar (S. 212).

Selbstfürsorge (Psychohygiene)

Mit der Selbstfürsorge, auch Psychohygiene genannt, sind die Achtsamkeit in Bezug auf sich selbst sowie die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen gemeint. Hantke und Görge (2012) sagen, dass es einem selbst gut gehen müsse, damit man anderen eine

Hilfe sein kann. Sie vergleichen das passenderweise mit der Situation im Flugzeug. Sollten die Sauerstoffmasken runterfallen, müssen wir zuerst uns versorgen, um anschliessend anderen helfen zu können (S. 158). Auch Lang (2013b) greift diese Metapher auf und ergänzt, dass ein sich ohnmächtig fühlender Betreuender nicht mehr helfen könne (S. 143). Die Selbstfürsorge dient als Schutz vor Überlastungen, vor dem Gefühl des Ausgebrannt-Seins und sekundärer Traumatisierung³³. Hantke und Görges (2012) sprechen von der Spannungskurve, die jeder Mensch in sich trägt. Mal ist man entspannter, mal angespannter. Diese Spannungskurve im Blick zu haben ist insofern wichtig, als sich diese Spannung auf die Beziehung der Klientel und den Alltag in der Institution auswirkt. Es soll versucht werden, diese Spannungskurve ausgeglichen zu halten. Sie führen als Beispiel an, dass man bereits genervt zur Arbeit komme, weil man mit Partner/Familie/Freunde Streit gehabt habe. Dabei schlagen sie vor, sich bewusst zu entspannen und sich an gute Momente zurückzuerinnern oder die Gedanken auf zukünftige positive Erlebnisse zu lenken, um die Spannungskurve wieder zu senken (S. 159-160). Wilma Weiss (2016) listet diverse Möglichkeiten der Selbstfürsorge auf. Unter anderem weist sie darauf hin, sich nicht mit Privatem und beruflichem zu überlasten, die Kraft der Natur zu nutzen, sich kreativ auszuleben, Urlaub zu machen, physische Selbstfürsorge ernst zu nehmen (Schlaf, Ernährung, Bewegung) und gute Beziehungen zu pflegen (S. 232). Es gibt natürlich eine Menge weiterer Möglichkeiten, sich selbst etwas Gutes zu tun, wichtig ist nur, sich dies bewusst zu machen.

Unterstützung der Fachkräfte durch Institution/Struktur

Damit Fachkräfte die erwähnten Handlungsansätze (Fachwissen, Gegenübertragungen, Selbstfürsorge) auch umsetzen können, brauchen sie die Institution mit ihrer Struktur als sicherer Ort (vgl. Sicherer Ort/Versorgerkette). Baierl et al. (2016) sagen, dass ein individueller Einsatz der Fachkräfte ohne Stütze der Trägerschaft und Institution zu einer Überforderung der Fachkräfte führe. Konkret sprechen sie die Dienstplanung an, welche den Fachkräften genügend Raum für Entspannung, Reflexion und Selbstberuhigung ermöglichen soll. Zu lange Dienste und Zeiträume mit nur einer Betreuungsperson sollten minimiert/vermieden werden. Dies kommt nicht nur den Fachkräften zugute, sondern es kann auch für die Klientel entlastend sein. Sie schlagen weiter vor, den Personalschlüssel zu überprüfen, und fordern, nicht auf den Personalschlüssel aktueller Belegungszahlen zurückzugreifen (Klient/-in pro Betreuungsperson), sondern eine Durchschnittsbelegung zur

³³ Sekundäre Traumatisierung: (Mit-)Erleben traumatischer Ereignisse, ohne direkt davon betroffen zu sein. Dies kann beim Zuschauen eines Ereignisses, Zusammenleben (Angehörige) oder Arbeiten mit einer traumatisierten Person eintreten (Jegodtka & Luitjens, 2016, S. 196).

Bemessung des Personals zu verwenden (Anzahl benötigte Betreuende pro Schicht) (S. 68). Das Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG) erläutert die Wichtigkeit von Personalentwicklung und -förderung. Dazu zählen unter anderem die Sicherung traumaspezifischer Aus- und Weiterbildung (Finanzierung) und Teamausflüge zur Resilienzförderung des Teams. Weiter soll die Ausstattung der Institution den Fachkräften ein Gefühl von Geborgenheit geben (2016, S. 99-100). So wie die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen für die Klientel eine Rückversicherung darstellen, ist dies von der Leitung gegenüber den Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen zu erwarten. Auf dem Prinzip der Versorgerkette basierend, ist die Leitung dafür zuständig, dass die Fachkräfte auch die Prinzipien der Traumapädagogik erfahren: Transparenz, Einschätzbarkeit, Partizipation, Individualisierung sowie Wertschätzung der Individualität (Lang, 2009, S. 213). Nur Fachkräfte, die sich sicher fühlen, sind handlungsfähig und können die Sicherheit an die Betroffenen weitergeben (Breitenbach & Requardt, 2014, S. 58).

Als Herausforderung wurde das Thema Teamkonflikt im vergangenen Kapitel eruiert. Die Antwort auf diese Problematik ist besonders in der Institution mit ihren Rahmenbedingungen zu finden. Wie oben erwähnt, sind Reflexionsmöglichkeiten und die Vermittlung von Sicherheit für Fachkräfte relevant. In der Versorgerkette finden die Fachkräfte ebenfalls eine Möglichkeit, sich über sich und ihre eigenen Gefühle klar zu werden und sich auszutauschen. Dies wiederum beugt der in Kapitel 6.3.3 dargelegten Problematik von Konkurrenzgefühlen, Missgunst und schlechter Stimmung im Arbeitsteam vor.

Darüber hinaus gibt es einen weiteren Aspekt, der die Harmonie und die Sicherheit im Team unterstützt, die allseits bekannte Supervision. Laut Baierl et al. (2016) sollte die Supervision allerdings traumaspezifisch erfolgen. Der Unterschied zu üblichen Supervisionen liegt vor allem darin, dass das Thema der Gegenübertragung einen besonders hohen Stellenwert einnimmt und die Autoren die Notwendigkeit einer Burnout-Prävention kennen. Sie empfehlen besonders berufsgruppenübergreifende Team- oder Gruppensupervisionen (S. 66). Diese Empfehlung stützt die Forderung (vgl. Kapitel 6.3.5 Herausforderung Schnittstelle Sozialpädagogik/Therapie) diverser Autor/-innen zur Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Es ist durchaus sinnvoll, aufgrund der Zusammenhänge von Sucht und Trauma zukünftig auf traumaspezifische Supervisionen umzustellen.

7.4.7 Interdisziplinarität

Im Kapitel 6.3.5 wurde eingehend auf die Schnittstelle zwischen der Sozialpädagogik und der Therapie eingegangen. Hier werden seitens der Autorinnen der Bachelorarbeit keine konkreten Handlungsansätze angeboten. Festzuhalten ist an dieser Stelle aber der Aufruf diverser Autor/-innen in der Literatur, diese Interdisziplinarität ernst zu nehmen, zu leben und das Fachwissen zu teilen, um so der Klientel die bestmögliche Entwicklungschance bieten zu können.

7.5 Wesentliche Erkenntnisse

Traumapädagogik hat ihre Wurzeln in verschiedenen Pädagogikbereichen und anderen Wissensdisziplinen. Ihre Wichtigkeit für die Arbeit mit Menschen mit Traumatisierung wird bis anhin vorwiegend durch den über Jahre in fünf Institutionen durchgeführten Modellversuch belegt. Dieser hat verdeutlicht, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen vermehrten Abbrüchen von Heimaufenthalten und dem Krankheitsbild von Mehrfachtraumatisierungen gibt. Auch wurde anerkannt, dass das Fachpersonal der Sozialpädagogik bei der Komplexität der Krankheitsbilder an seine Grenzen stösst und daher dringend Wissen über Traumatisierungen benötigt.

Die Grundhaltung der Traumapädagogik ist sehr zentral verankert und setzt sich aus den Pfeilern Transparenz, Partizipation, Wertschätzung, Annahme des guten Grundes sowie Freude und Spass zusammen. Den «sicheren Ort» für die Klientel herzustellen ist das Ziel und das wiederum wird dadurch erreicht, dass «Klientel, Fachkräfte und die Struktur/Institution» einander angeglichen werden.

Zu den im Kapitel 6.3 herausgearbeiteten Herausforderungen für die Fachkräfte der Sozialpädagogik in den stationären Suchttherapien wurden konkrete Handlungsansätze vorgestellt, die in der Tabelle 7 zusammengefasst werden:

Herausforderungen	Handlungsansätze
1. Fehlende Resilienz und Copingstrategien der Klientel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lebensfreude als heilende Kraft der Klientel stützen und nützen 2. Ressourcenförderung durch: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Ressourcenorientierte Fragen 2.2 Notfall-/Ressourcenkoffer 2.3 Wunderfrage 2.4 Ressourcenorientiertes Tagebuch 2.5 Regentagbrief 3. Selbstwirksamkeit fördern durch: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Partizipation 3.2 Verantwortung an Klientel abgeben
Unterstützung durch den «sicheren Ort»	Die Versorgerkette (Unterstützung von Leitung an Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, von Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen an Klientel)
2. Gruppendynamik der Klientel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruhige Herangehensweise der Fachkräfte 2. Ampel-Methode anwenden 3. Raumgestaltung (Rückzugsmöglichkeiten schaffen)
4. Fehlendes Trauma-Fachwissen der Mitarbeitenden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lücken im Fachwissen durch Schulungen, Supervisionen etc. schliessen
5. Konflikte innerhalb des Arbeitsteams	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bereitschaft der Mitarbeitenden, an sich selbst zu arbeiten 2. Wirkung von Übertragungen/Gegenübertragungen kennen und für sich und die Klientel nutzen 3. Selbstreflexion 4. Selbstfürsorge 6. Unterstützende Institutionsstrukturen
7. Schnittstelle Sozialpädagogik und Therapie	Keine konkreten Handlungsansätze, jedoch Aufruf, die Interdisziplinarität ernst zu nehmen und Fachwissen zu teilen

*Tabelle 6 – Zusammenfassung der Herausforderungen mit konkreten Handlungsansätzen
(Quelle: eigene Darstellung)*

8 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Eine Suchterkrankung hat verschiedene Ursachen und Folgen. Risiko- und Schutzfaktoren spielen dabei eine grosse Rolle und können eine Suchterkrankung begünstigen oder ihr entgegenwirken. Opiate besitzen ein maximales Abhängigkeitspotential, aber auch die Fähigkeit, Schmerzen in etwas Angenehmes umzuwandeln. Daher benutzen traumatisierte Menschen sie häufig, um ihre Traumata und Persönlichkeitsstörungen zu kontrollieren. Über die Hälfte der Opiatabhängigen haben heutzutage bereits Erfahrungen mit der SGB gemacht und nehmen teils seit Jahren daran teil. Durch die gute Versorgung werden suchterkrankte Menschen daher zunehmend älter, was eine neue Herausforderung – unter anderem auch für die stationären Suchttherapien – darstellt. Sollen die Opioide in den stationären Suchttherapien abgebaut werden, zeigt sich vor allem beim Methadonabbau eine signifikante Verschlimmerung der Situation für die Betroffenen, da die Entzugserscheinungen bedeutend stärker sind als bei Heroin und die Traumata vermehrt zum Vorschein kommen. Rückfälle häufen sich und Therapieabbrüche können die Folge davon sein. Heute werden Rückfälle als wichtiger Bestandteil der Therapie angesehen und in verschiedene Arten unterteilt.

In der Literatur existieren hauptsächlich zwei Traumotypen, wobei in der stationären Suchttherapie häufig Typ zwei (langanhaltende oder sich wiederholende negative Erfahrungen) anzutreffen ist. Die Unterscheidung des Schweregrades bietet eine weitere Differenzierung. Die Begriffe «Trauma» und «Traumatisierung» bedeuten nicht dasselbe, da erst von einer Traumatisierung gesprochen wird, wenn die Freeze-Reaktion ausgelöst wird. Hyperarousal, Depersonalisation und Derealisation sind die Folge davon. Gefährlich ist auch das Speichern von Überlebensstrategien in Form von Dissoziationen, da sie im Hirn als funktionierend abgespeichert und damit zur Wiederholung empfohlen werden. Die Folgen einer Traumatisierung sind ebenso breit gefächert wie die einer Suchterkrankung. Vorwiegend werden die Entwicklung einer PTBS (gibt drei Kategorien), Komorbidität und eine Suchterkrankung begünstigt.

Die Kombination von Suchterkrankung und Trauma ist häufig vertreten, beide Krankheitsbilder greifen dieselbe Hirnregion (das limbische System) an und beeinflussen sich gegenseitig. Die Selbstmedikationshypothese ist der häufigste Erklärungsansatz für deren Zusammenhang, wobei versucht wird, das Trauma mittels Suchtmittelkonsum zu kontrollieren. Durch die Überdeckung der Traumata mit Suchtmitteln und das eher von aussen wahrgenommene Verhalten der süchtigen Person werden Traumata von den zuständigen Fachkräften oft nicht erkannt und daher

auch nicht diagnostiziert. Befindet sich dann eine Person mit beiden Krankheitsbildern im Substitutionsabbau, welcher, wie oben erwähnt, auch ohne Trauma bereits eine sehr heikle Zeit ist, bricht die Selbstmedikationsstrategie zusammen und die Traumata brechen unkontrolliert hervor. Dies führt häufig zu Therapieabbrüchen, da die Klientel die Kombination der hervorbrechenden Traumata und des Substitutionsabbaus nicht aushält. Frustration und Hilflosigkeit auf Seiten aller Beteiligten sind die Folge.

In den stationären Suchttherapien, in welchen kein medizinisches Fachpersonal beschäftigt ist, arbeiten in einem interdisziplinären Arbeitsteam auch Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Sie haben die Aufgabe, die dortige Klientel in der sozialen Integration, der persönlichen Entwicklung, der Alltagsbewältigung, der Förderung der Eigenständigkeit, der Kompetenzerhöhung zur Suchtbewältigung und der Erarbeitung von Konfliktstrategien zu unterstützen. Zudem sollen ein Basiswissen über den rechtlichen Kontext und Wissen, welches über ihren Zuständigkeitsbereich hinausreicht, vorhanden sein. Auch die Förderung der Interdisziplinarität wird in der Literatur als eine Randaufgabe ihrer Arbeit angesehen. Die Klientel, welche eine stationäre Suchttherapie in Anspruch nimmt, verfügt heute meist über grosse Therapie- und langjährige Suchterfahrungen. Wie aus dem vorherigen Abschnitt ersichtlich, weisen viele von ihnen eine Komorbidität von Suchterkrankung und Traumatisierung aus, wobei das Trauma oft nicht diagnostiziert ist. Sie wohnen während ihrer Therapie mit der Mitklientel ganztägig in der Suchttherapie zusammen und nehmen an einem Wochenprogramm teil. Dabei entwickeln sich aus dem Blickwinkel der Profession Sozialpädagogik verschiedenste Herausforderungen, welche sich auf den unterschiedlichen Ebenen – Klientel und Arbeitsteam/Struktur – abspielen. Als Herausforderungen seitens der Klientel werden die fehlende Resilienz und mangelnden Coping-Strategien und die sehr bewegliche und durch komplexe Krankheitsbilder der Klientel erschwerte Gruppendynamik ausgewiesen. Auf der Seite des Arbeitsteams/Struktur stehen die Konflikte innerhalb des Arbeitsteams, die Schnittstelle zwischen Sozialpädagogik und Therapie und das fehlende Fachwissen der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

Um die Arbeitsweise der Fachkräfte mit besagter Klientel während des Substitutionsabbaus professionalisieren zu können, ist in dieser Bachelorarbeit ein Basiswissen über die erst seit einigen Jahren im Entstehen begriffene Traumapädagogik erarbeitet worden. Die Grundhaltung der Traumapädagogik und der Wert des «sicheren Ortes» nehmen dabei eine zentrale Rolle ein. Zu den oben genannten Herausforderungen zeigen zudem konkrete traumapädagogische

Handlungsansätze mögliche Verbesserungsvorschläge auf, welche direkt von den Fachkräften ausprobiert werden können.

9 Schlussfolgerungen für die Praxis

In den Zielsetzungen, die zum Beginn der Arbeit benannt wurden (Kapitel 1.3), wurde ersichtlich, dass es den Autorinnen der Bachelorarbeit ein Anliegen ist, die Fachkräfte und Vorgesetzten der stationären Suchttherapien aufzurütteln, für das Thema Trauma zu begeistern und zu mobilisieren. In diesem Kapitel wird nun der direkte Bezug zur Praxis gezogen und die Zielsetzungen und deren Wichtigkeit werden untermauert. Aus den Zielen resultieren klare Aufgaben für die Fachkräfte der Sozialpädagogik und die Vorgesetzten, die nun genauer erläutert werden.

9.1 Fachwissen über Trauma und Traumapädagogik aneignen

Aus den bisherigen Kapiteln der Bachelorarbeit wurde klar ersichtlich, dass das Phänomen «suchterkrankte Menschen mit Trauma» in stationären Suchttherapien kein unbedeutendes Randthema ist. Zahlen und Fakten belegen, dass die Komorbidität längst zum Therapiealltag geworden ist. Auch ein Blick in die Zukunft lässt die momentane Situation in keinem besseren Licht erscheinen. Im Gegenteil – die Neueinführung von TARPSY, die vielen älter werdenden Suchterkrankten, die hohe Komorbiditätsrate und der Spardruck machen den Ernst der Lage deutlich. Fachwissen über Trauma und Traumapädagogik bei den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen wird daher dringend benötigt, um der aktuellen und zukünftigen Lage der Klientel, der Institution, Profession und sich selbst gerecht zu werden.

Die Autorinnen der Bachelorarbeit plädieren deshalb an alle Fachkräfte der Sozialpädagogik und deren Vorgesetzte, sich für Ausbildungen aller Art im Bereich Trauma einzusetzen. Zusätzlich soll ein Wissensaustausch innerhalb der interdisziplinären Arbeitsteams stattfinden, damit alle vom Wissen der anderen profitieren können. Doch Wissen alleine reicht nicht aus, es braucht auch den Mut, es anzuwenden. Darum geht es im nächsten Punkt.

9.2 Mut, sich an ein bis anhin therapeutisches Thema heranzuwagen

Da Traumata bei Suchterkrankten häufig verdeckt und daher nicht diagnostiziert sind, muss das Fachwissen auch eine Art Diagnosewerkzeug darstellen, um Symptome einer Traumatisierung bei der Klientel erkennen zu können. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen dürfen nicht blind auf (fehlende Urteile von) Drittpersonen vertrauen, sondern sie müssen wenn nötig selbst in der Lage sein, eine provisorischen Diagnose

zu erstellen, welche mit den Therapeutinnen und Therapeuten besprochen wird. Sollten Abklärungen durch Drittpersonen nötig sein, sollten auch diese selbstständig eingeleitet werden können.

Mehr Selbstbewusstsein, Engagement, und Willensstärke sind daher seitens der Fachkräfte gefragt, wobei selbstverständlich immer im Sinne der Klientel zu handeln und die Schnittstelle zur Therapie stets zu beachten ist. Doch auch nun, im Besitz des Fachwissens und des Muts, sich dieser schwierigen Thematik zu stellen, ist die Aufgabe der Fachpersonen noch lange nicht abgeschlossen. Nun folgt die Umsetzung des Wissens durch eine differenzierte Behandlungsweise, was einige Probleme auslösen kann.

9.3 Suchterkrankte mit und ohne Trauma differenziert behandeln

Aus der Bachelorarbeit ist ebenfalls sehr klar hervorgegangen, dass komorbide Suchterkrankte anders behandelt werden müssen als reine Suchterkrankte. Auch wenn traumatisierte Suchterkrankte von aussen betrachtet eher das Verhalten eines Suchterkrankten aufweisen, nehmen sie, wie im Kapitel 5.2 beschrieben, die Empfindungen anders wahr. Das Gefühl der Sicherheit ist sehr entscheidend für sie und dem soll Rechnung getragen werden. In Konflikt- und Gruppensituationen soll daher kein Druck ausgeübt und trotzdem darauf geachtet werden, dass sie am Programm teilnehmen und an den individuellen Zielen arbeiten. Speziell wenn sich die betroffene Klientel in der Phase des Abbaus der Substitutionen befindet, ist im Umgang grosse Vorsicht geboten. Diesen Balanceakt zu meistern erfordert neben Fachwissen viel Empathie, Authentizität, Diplomatie und Durchhaltewillen – vor allem wenn die Mitklientel das individuelle Setting nicht versteht und das differenzierte Behandeln in der Gruppe grosse Unstimmigkeit auslöst.

Mit dem neuen Wissen soll ein differenzierter Umgang mit den Betroffenen (auch in Gruppensettings) gefunden werden. Da dies trotz Fachwissens in der Gruppe nicht einfach umzusetzen ist, braucht es als Nächstes die Stärkung der Fachkräfte anhand eigener Reflexion.

9.4 Schutz der Fachkräfte

Der durch das Individualsetting und die Abbauzeiten für die Substitutionen ausgelöste zusätzliche Druck auf die Fachkräfte muss zwingend gelindert werden, da diesem

alleine nicht dauerhaft standgehalten werden kann. Dies kann auf drei Wegen geschehen: durch Selbstreflexion, durch eine genaue Struktur der Organisation und durch die interdisziplinäre und unterstützende Zusammenarbeit im Arbeitsteam.

9.4.1 Erhöhung des Schutzes durch Selbstreflexion

Kennt das Fachpersonal die eigenen Grenzen nicht und ist es sich der blinden Flecken nicht bewusst, ist es für die Herausforderungen und Konfliktsituationen im Alltag trotz Fachwissens nicht gewappnet. Wie im Kapitel 6.3.2 dargestellt, ist es dann hilflos den Übertragungen und Gegenübertragungen ausgeliefert, was für die Klientel wie auch für sie selbst sehr kräftezehrend ist. Daher sind die Auseinandersetzung mit sich selbst und die stetige Reflexion des Arbeitsalltags ein Muss.

9.4.2 Erhöhung des Schutzes durch Struktur

Auch wenn die Fachperson alle bisherigen Punkte erfüllt, ist sie immer noch nicht vollumfänglich geschützt und kann ihre maximale Leistung zugunsten der Klientel erbringen, ohne unverhältnismässig viel Energie zu verlieren. Damit dieser Zustand erreicht werden kann, braucht es auch eine schützende Organisationsstruktur im Hintergrund (vgl. Kapitel 7.4.6).

9.4.3 Erhöhung des Schutzes durch Arbeitsteam und Interdisziplinarität

Der letzte Schutzpfeiler ist der der Fachkräfte. Sie nehmen eine sehr wichtige Rolle ein und können entweder als Stütze und Schutzfaktor fungieren oder aber auch zu einem weiteren Konfliktfaktor werden (Kapitel 6.3.3). Daher wird hier der Appell gegeben, dass das Arbeitsteam Sorge dafür trägt, sich gegenseitig zu unterstützen und die Interdisziplinarität mit den unterschiedlichen Wissensarten und Herangehensweisen zu schätzen.

9.5 Was offen bleibt

Einige Aspekte konnten in dieser Arbeit aufgrund der begrenzten Zeichenzahl nicht berücksichtigt werden, sind aber dennoch wichtig. Einerseits wird nicht darauf eingegangen, wie konkret Traumapädagogik in Institutionen implementiert werden kann. Andererseits sind die Grenzen der Traumapädagogik in der Praxis (Realität) der stationären Suchttherapie nicht untersucht worden. Zudem hat die Erfahrung gezeigt, dass erfahrene und langjährige Suchterkrankte in stationären Suchttherapien Traumafolgesymptome für sich nutzen und Profit daraus schlagen möchten (z.B.

Wohnungsputz-Vermeidung), was die Unterscheidung von echtem und gespielterm traumatisiertem Verhalten für die Fachkräfte äusserst schwierig gestaltet. Die Autorinnen freuen sich, wenn diese Themen in zukünftigen Bachelorarbeiten aufgegriffen werden.

9.6 Abschlusswort der Autorinnen

Werden die vorgeschlagenen traumapädagogischen Handlungsansätze aus Kapitel 7 situationsgerecht angewendet und die in diesem Kapitel genannten Aufgaben beherzigt und ebenfalls umgesetzt, glauben die Autorinnen, dass ein professionelleres, der Klientel und Profession gerechter werdendes Handeln im Sinne des Berufskodex möglich ist.

Für die Autorinnen hat sich diese Arbeit in mehrerer Hinsicht gelohnt. Sie konnten mehr Verständnis für die Betroffenen und ihre Verhaltensweisen und Reaktionsmuster entwickeln. Auch haben sich neue Erklärungen für vergangene und eskalierende Situationen gezeigt, welche durch das neu erarbeitete Wissen vielleicht hätten verhindert werden können. Weiter ist ein Bewusstsein dafür entstanden, dass sich diese beiden Krankheitsbilder nicht nur psychisch, sondern auch physisch bemerkbar machen und vieles nicht bewusst selber gesteuert werden kann. Zugleich ist den Autorinnen aber auch bewusst worden, dass nur das Wissen alleine nicht ausreicht, um adäquat mit der Klientel umzugehen. Der Arbeitsplatz und die kontinuierliche Auseinandersetzung mit sich selbst und dem Arbeitsteam sind ebenfalls entscheidende Faktoren für den Erfolg.

10 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abstein, Hans Joachim (2012). Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit. In Hans Joachim Abstein (Hrsg.), *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern* (S. 7-18). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Ader, Sabine (2013). Arbeit mit Gruppen. In Ulrich Deinet und Benedikt Sturzenhecker (Hrsg.), *Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit* (S. 433-437). Wiesbaden: Springer.
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Baierl, Martin (2016a). Gemeinsam können wir dich halten: Vernetzung. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 116-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin (2016b). Ist der Mitarbeiter gesund, freut sich das Kind: Mitarbeiterfürsorge und Selbstfürsorge für Mitarbeiter. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 121-127). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin (2016c). Liebe allein genügt nicht, doch ohne Liebe genügt nichts: Werte und Haltung in der Traumapädagogik. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 47-55). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin (2016d). Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 80-107). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin, Götz-Kühne, Cornelia, Hensel, Thomas, Lang, Birgit & Strauss, Jochen (2016). Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Silke Brigitta Gahleitner, Thomas Hensel, Martin Baierl, Martin Kühn & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 59-71) (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin (2014). Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik*.

- Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 80-107). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Batra, Anil & Bilke-Hentsch, Oliver (2016). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: George Thieme.
- Baumberger, Petra & Knocks, Stefanie (2017). Suchthilfe in der Schweiz: gestern, heute und morgen. *SuchtMagazin*, 43 (2&3), 21-27.
- Bausum, Jacob (2016). „... mit einer Ansammlung von Einzelkämpfern“. Traumapädagogische Gruppenarbeit. In Wilma Weiss, Tanja Kessler, Silke Brigitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 303-311). Weinheim: Beltz.
- Bausum, Jacob (2013). Über die Bedeutung von Gruppe in der traumapädagogischen Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe* (S. 175-186). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bausum, Jacob (2009). Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung: „Ich bin und ich brauche euch“. In Jacob Bausum, Lutz Besser, Hartin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 179-187). Weinheim: Juventa.
- Berufsberatung.ch (2017). *Sozialpädagoge/-pädagogin FH (BA/BSc). Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen FH übernehmen Betreuungs- und Leitungsaufgaben in sozialen Einrichtungen für Menschen in erschwerten Lebenssituationen*. Gefunden unter <https://berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=3053>
- Beck, Thilo, Springer, Alfred & Meyer-Thompson, Hans-Günter (2017). Substitutionsbehandlung in Deutschland, Österreich und in der Schweiz. *SuchtMagazin*, 2&3 2017, 50-54.
- Breitenbach, Gaby & Villiger, Simone (2014). *Komplex-systemische Traumatherapie und Traumapädagogik* (2., überarb. Aufl.). Kröning: Asanger.
- Bruchholz, Alexandra & Tscherny, Susanne (2016). Lebensfreude als heilende Kraft – Lebensfreude empfinden und konservieren: Ein Erlebnisbericht. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brückl, Tanja M. & Binder, Elisabeth B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 11 (9), 118-132. DOI 10.1007/s11757-017-0437-0.

- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2017). *Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2013). *Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit (Revision Juli 2013)*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Justiz [BJ]. (2014). *Kurzinformationen zu laufenden und abgeschlossenen Modellversuchen im Schweizerischen Straf- und Massnahmenvollzug*. Gefunden unter <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/kurzinfo-mv-d.pdf>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2016). *Sozialmedizinische Institutionen: Anzahl Klienten nach Kanton*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.2160256.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2014). *Illegale Drogen*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/determinanten/illegale-drogen.html>
- Bundesarbeitsgemeinschaft [BAG]. (2016). *Traumapädagogische Haltungen, Standards und Skills für die Praxis psychosozialer Fachkräfte*. Mirja Keller & Sarah Friedrich.
- Bundesarbeitsgemeinschaft [BAG]. (2013). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik*. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss, Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Büttner, Melanie, Dulz, Birger, Sachsse, Ulrich, Overkamp, Bettina & Sack, Martin (2014). *Trauma und sexuelle Störungen. Multizentrische Untersuchung von Patienten mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung*. *Psychotherapeut* 59 (5), 385-391. DOI10.1007/s00278-014-1068-y.
- Deutsche Traumastiftung (2016). *Was sind die Folgen eines Traumas?* Gefunden unter <http://www.deutsche-traumastiftung.de/traumata/trauma/folgen-traumata/>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017). *ICD-11 – 11. Revision der ICD der WHO*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-11/index.htm>

- Die Techniker (2016). *Formen der Abhängigkeit*. Gefunden unter https://www.tk.de/tk/medizinwissen_a-z/sucht/formen-und-folgen/35162
- Dreher, Jan (2016). *Psychopharmakotherapie griffbereit. Medikamente, psychoaktive Genussmittel und Drogen (2. Aufl.)*, Stuttgart: Schattauer.
- Duden online (2017a). *Die Resilienz*. Gefunden unter <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Resilienz>
- Duden online (2017b). *Der Rückfall*. Gefunden unter <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Rückfall>
- Duden online (2017c). *Die Sucht*. Gefunden unter <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Sucht>
- Duden online (2017d). *Die Vulnerabilität*. Gefunden unter <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/Vulnerabilität>
- Geschwinde, Thomas (2013). *Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen (7., überarb. Aufl.)*. Berlin: Springer. DOI 10.1007/978-3-642-30163-6.
- Eckmann, Franziska, Ingenberg, Barbara, Keller, Bruno, Müller, Herbert, Kilchenmann, Barbara et al. (2014). Zielgruppenspezifische Angebote in der stationären Suchttherapie – Spezialisierungen, Spannungsfelder und was wir aus den Erfahrungen spezialisierter Einrichtungen lernen können. In Koordinationsstelle act-info-FOS (Hrsg.), *Zielgruppenspezifische Angebote in der stationären Suchttherapie – Spezialisierungen, Spannungsfelder und was wir aus den Erfahrungen spezialisierter Einrichtungen lernen können. Dokumentation zur Jahresberichtssitzung des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie act-info-FOS am 18. Januar 2017 in Zürich* (S. 1-57). Zürich: ISGF.
- Elze, Sandra (2017). *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS / PTSD): Diagnose nach DSM-5*. Gefunden unter <http://dr-elze.com/ptbs-dsm-5>
- Fachambulanz Beratungs- und Behandlungsstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängige (ohne Datum). *Der Rückfall – gehört zur Krankheit*. Gefunden unter <http://www.step-hannover.de/wp-content/uploads/2012/02/FAMakut05.pdf>
- Fachhochschule Luzern Soziale Arbeit (2017). *Fachtagung Familien Begleiten – Trauma bewältigen. Was ist essenziell in der Begleitung von traumatisierten Familien?* Luzern: Irmela Wiemann.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie (4., überarb. Aufl.)*. München: Ernst Reinhardt.
- Forschungsverbund stationäre Suchttherapie [act-info-FOS]. (2016). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2015 - Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik*. Zürich: Schaaf, Susanne.

- Forster, Manuela (2011). *Was ist Resilienz?* Gefunden unter [http://www.oncoconferences.ch/mm/Referat Michaela Forster und Notburga Grauer.pdf](http://www.oncoconferences.ch/mm/Referat_Michaela_Forster_und_Notburga_Grauer.pdf)
- Gesund.at (2013). *Ein Weg aus der Krise – Resilienz und Coping*. Gefunden unter <http://www.gesund.at/a/resilienz-coping>
- Gloggnitzer, Michael (ohne Datum). Arten von Traumata nach Schema Typ 1&2. Gefunden unter <http://www.gloggnitzer.com/arten-von-traumata/>
- Halper, Michaela & Orville, Petra (2009). Traumapädagogik und Traumatherapie. „Du darfst niemandem davon erzählen“. In Jacob Bausum, Lutz Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 95-102). Weinheim: Juventa.
- Hantke, Lydia & Görges, Hans-Joachim (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Hecker, Tobias & Maercker, Andreas (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 60 (6), 547-561. DOI 10.1007/s00278-015-0066-z.
- Hein, Werner & Hornack, Carolin (2012). Suchtbehandlung: Entgiftung, Entwöhnung und Substitutionstherapie. In Marc Schmid, Michael Tetzer, Katharina Rensch & Susanne Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Herwig-Lempp, Johannes & Kühling, Ludger (2012). Sozialarbeit ist anspruchsvoller als Therapie. *ZSTB* 30 (2), 51-56.
- Hornstein, Walter (2012). Zur disziplinären Identität der Sozialpädagogik. *Soz Passagen*, 4 (3), 269-284. DOI 10.1007/s12592-012-0121-3.
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexion und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: interact Verlag Luzern.
- Hüther, Gerald & Sachsse, Ulrich (2007). Angst- und stressbedingte Störungen. Auf dem Weg zu einer neurobiologisch fundierten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52 (3), 166-179. DOI 10.1007/s00278-007-0545-y.
- Infodrog (2016). *Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen: Auslastung und Platzzahlen der stationären Drogentherapieangebote in der Schweiz 2015*. Bern: Autor.
- Institut Sucht Prävention. Pro Mente OOE (2016). *Theorien der Suchtentstehung*. Gefunden unter <https://www.praevention.at/sucht-vorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/theorien-der-suchtentstehung.html>

- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [ICD] (2017). *ICD-10-GM 2017. Systematisches Verzeichnis (10. Revision – German Modification)*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Jegodtka, Renate & Luitjens, Peter (2016). *Traumasesensible Begleitung und Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Junker, Susanne (2012). *Trauma und Sucht. Zusammenhängen von Psychotraumatisierungen und Substanzabhängigkeit auf der Spur*. Saarbrücken: Akademikerverlag.
- Kessler, Tanja (2016a). Äussere Eindrücke und innere Erwartungen. Theoretische Aspekte zu den Dynamiken von Übertragungen und Gegenreaktion in der traumapädagogischen Arbeit. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Brigitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 123-130). Weinheim: Beltz.
- Kessler, Tanja (2016b). Diese Wut, die mich immer wieder einholt. Methodisches zur Arbeit mit traumatischer Übertragung und der Gegenreaktion. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Brigitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 282-289). Weinheim: Beltz.
- Kemper, Ulrich (2016). Rückfall: Vorfall, Unfall oder Notwendigkeit? *SuchtMagazin*, 42 (1), 4-11.
- Kirn, Thomas, Echelmeyer, Liz & Engberding, Margarita (2009). *Imagination in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Klein, Michael (1999). Praxisfeld Suchthilfe. In Elisabeth Badry, Maximilian Buchka & Rudolf Knapp (Hrsg.), *Pädagogik. Grundlagen und Arbeitsfelder* (S. 495-505). Neuwied: Luchterhand.
- König, Nadine (2016). Der Tanz auf dem Tisch: Intensivpädagogische Wohngruppenarbeit mit traumatisierten Kindern. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühn, Martin (2016). Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In Silke Brigitta Gahleitner, Thomas Hensel, Martin Baierl, Martin Kühn & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (2. unver. Aufl.) (S. 19-26). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühn, Martin (2009). „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In Jacob Bausum, Lutz Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 23-36). Weinheim: Juventa.

- Kühn, Martin (2006). *Bausteine einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“ – Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS-Kinderdorfes Worpswede*. Gefunden unter http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin_kuehn.pdf
- Kunzke, Dieter & Güls, Frank (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die klinische Praxis. *Psychotherapeut*, 9 (1), 50-70. DOI 10.1007/s00278-002-0279-9.
- Lang, Birgit (2013a). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Freude und Spass als Grundhaltung. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 121-125). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, Birgit (2013b). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, Birgit (2009). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In Jacob Bausum, Lutz Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 211-219). Weinheim: Juventa.
- Lang, Birgit (ohne Datum). *Einführung Der sicherer Ort*. Unveröffentlichtes Skript. Universitätsklinik Basel.
- Lang, Thomas & Lang, Birgit (2013). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Die Annahme des guten Grundes als Grundhaltung. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 107-112). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lexikon online, Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik (ohne Datum/a). *Coping*. Gefunden unter <http://lexikon.stangl.eu/36/coping/>
- Lexikon online, Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik (ohne Datum/b). *Selbstwirksamkeit*. Gefunden unter <http://lexikon.stangl.eu/1535/selbstwirksamkeit-selbstwirksamkeitserwartung/>

- Liedl, Alexandra & Knaevelsrud, Christine (2008). PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang – Ein Überblick. *Der Schmerz*, 22 (6), 644-651. DOI10.1007/s00482-008-0714-0.
- Lohmann, Kathrin (2016). Das Leben lieben lernen: Lebensfreude als Grundhaltung traumapädagogischen Handelns. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.). *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 131-143). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lüdecke, Christel, Sachsse, Ulrich & Faure, Hendrik (2010). *Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer.
- Lutz, Thomas (2009). ICH BIN. Arbeitsmaterial zur Unterstützung der SEBLSTentwicklung. In Jacob Bausum, Lutz Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss. *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 171-178). Weinheim: Juventa.
- Maercker, Andreas & Hecker, Tobias (2016). Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 59 (1), 28-34. DOI 10.1007/s00103-015-2259 – 6.
- Mahler, Roland (2012). Resilienz und Risiko. Ressourcenaktivierung und Ressourcenförderung in der stationären Suchttherapie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Mahr, Christoph (2015). *Ressourcenaktivierung mit Hypnotherapie. Praktischer Einsatz auf den Spuren Milton H. Ericksons*. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-658-08729-6.
- Martens, Jens-Uwe & Begus, Birgit M. (2016). *Das Geheimnis seelischer Kraft. Wie Sie durch Resilienz Schicksalsschläge und Krisen überwinden*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Offizielle Website der nationalen Substitutionsstatistik (2015). *Jährliche Statistik*. Gefunden unter http://www.substitution.ch/de/jaehrliche_statistik.html&year=2015&canton=ch
- openPM (2012). *Und jetzt alle!!!* Gefunden unter: <https://www.openpm.info/pages/viewpage.action?pagelId=3965136>
- Personalmanagement.info (2016). Resilienz: starke Mitarbeiter – starkes Unternehmen. Ein Hype oder effektives Instrument? Gefunden unter <http://www.personalmanagement.info/hr-know-how/top-trainer-informieren/detail/resilienz-starke-mitarbeiter-starkes-unternehmen/>
- Platt, Jerome J. & Labate, Christina (1982). *Heroin sucht. Theorie, Forschung, Behandlung*. Darmstadt: Steinkopff.

- Preuss-Scheuerle, Birgit (2016). *Praxishandbuch Kommunikation. Überzeugend auftreten, zielgerichtet argumentieren, souverän reagieren* (2., überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-8349-4721-5.
- Psychosozialer Dienst (ohne Datum). *Übersicht über alle Substitutionsmittel*. Gefunden unter file:///C:/Users/Corinne/Downloads/Uebersicht_Substitutionsmittel.pdf
- Ried, Christoph (2017). Sozialpädagogik und Menschenbild. Bestimmung und Bestimmbarkeit der Sozialpädagogik als Denk- und Handlungsform. In E. Mührel, B. Birgmeier (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Theorie und Wissenschaft* (S. 1-585). Wiesbaden: Springer Fachmedien. ISBN: 978-3-658-14767-9.
- Sachsse, Ulrich (2013). Psychodynamische Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie. *Psychotherapeut* 58 (5), 496-502. DOI 10.1007/s00278-013-1005-5.
- Sack, Martin, Sachsse, Ulrich & Schellong, Julia (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.
- Sächsische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2009). *Traumatisierungen in Kindheit und Jugend*. Gefunden unter <https://dissoziation-und-trauma.de/pdf/tbl-traumatisierungen.pdf>
- Schäfer, Ingo, Barnow, Sven, Pawils, Silke & CANSAS Study Group (2016). Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt. Grundlagen, Therapie und Prävention im BMBF-Forschungsverbund CANSAS. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59 (1), 35-43. DOI 10.1007/s00103-015-2264-9.
- Schäfer, Ingo (2006). Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen. In Ingo Schäfer & Michael Krausz (Hrsg.), *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scherwath, Corinna & Friedrich, Sibylle (2014). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt.
- Schmid, Marc, Kölch, Michael, Fegert, Jörg M. & Schmeck, Klaus (ohne Datum). *Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse des Modellversuches Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ)*. Gefunden unter http://www.integras.ch/images/_pdf/themenmenu/ausbildung_forschung/forschung/2012_MAZ_Zusammenfassung_de.pdf
- Schmid, Marc (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder-*

- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 56-82). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schöner, Johanna, Kronenberg, Golo, Heinz, Andreas, Endres, Matthias & Gertz, Karen (2017). Posttraumatische Belastungsstörung. Auslöser und Folgeerscheinung vaskulärer Erkrankungen. *Nervenarzt* 88 (3), 234-246. DOI 10.1007/s00115-016-0231-9.
- Schönfeld, Sabine, Boos, Anne & Müller, Johanna (2011). Posttraumatische Belastungsstörung. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. Aufl.). Berlin: Springer. ISBN:978-3-642-13018-2.
- Schroeder, Manuela (2016). Umgang mit Kontrollverlusten und Förderung der Steuerungsfähigkeit im Gruppenalltag. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 211-223). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (2017). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2016. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik*. Zürich: Autor.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2017). *Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19981989/201705010000/812.121.pdf>
- Schweizerische Eidgenossenschaft (2015). *Nationale Strategie Sucht. 2017 – 2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html?organization=317>
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2009). *Neurowissenschaften und Sucht*. Gefunden unter http://www.ssam.ch/d8/sites/default/files/empfehlungen/Neurowissenschaften_und_Sucht_100401.pdf
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2013). Wenn die Welt aus den Fugen gerät: Gesund bleiben trotz seelischer Erschütterung. Gefunden unter <https://www.google.ch/search?q=traumatypen&client=firefox-b-ab&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwiuioSYm6TTA hVMPBQKHbNWCd4QsAQllw&biw=1366&bih=635#imgrc=41QZrvAwlr-ddM>
- Stalder, Christian (2013). Posttraumatische Belastungsstörung und Suchterkrankung. Doppeldiagnose, Komorbidität und Behandlungsimplicationen. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 11 (2), 73-90. DOI 10.1007/s11620-012-0169-2.

Sozialpädagogik-Fernstudium (ohne Datum). *Drogen- und Suchthilfe – Schwerpunkt in der Sozialen Arbeit*. Gefunden unter: <http://www.sozialpaedagogik-fernstudium.de/drogen-und-suchthilfe.html>

Substitution.ch (1999). *Jährliche Statistik*. Gefunden unter http://www.substitution.ch/de/jaehrliche_statistik.html&year=1999&canton=ch

Substitution.ch (2015). *Jährliche Statistik*. Gefunden unter http://www.substitution.ch/de/jaehrliche_statistik.html&year=2015&canton=ch

Sucht Info Schweiz (2010). *Rückfall ... Was ist das? Was tun? Wie vorbeugen?* Gefunden unter <https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/Rueckfall.pdf>

Sucht Schweiz (ohne Datum/a). *Stationäres Hilfsangebot*. Gefunden unter <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/kokain/behandlung/stationaeres-angebot/>

Sucht Schweiz (ohne Datum/b). *Abhängigkeit*. Gefunden unter <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/abhaengigkeit/>

Sucht Schweiz (ohne Datum/c). *Alter bei Beginn des regelmässigen Konsums der Hauptproblemsubstanz bei Klientinnen und Klienten in stationären, auf Probleme mit illegalen Drogen spezialisierte Institutionen im Jahr 2014*. Gefunden unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Illegale_Drogen/D_D_I_H10.pdf

Sucht Schweiz (2013a). *Im Fokus. Heroin*. Lausanne: Autor.

Sucht Schweiz (2013b). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention*. Gefunden unter http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf

SwissDRG (2016). *Das Wichtigste zu TARPSY auf einen Blick*. Gefunden unter https://www.swissdrq.org/application/files/2114/8104/2944/Die_wichtigsten_Ziele_von_TARPSY-d.pdf

Tagay, Sefik, Repic, Nevena & Senf, Wolfgang (2013). Traumafolgestörungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen. Diagnostik mithilfe von Traumafragebogen. *Psychotherapeut* 58 (1), 44-55. DOI 10.1007/s00278-031-0847-y.

Teamentwicklung LAB (ohne Datum). *Tuckmann Phasenmodell*. Gefunden unter <http://teamentwicklung-lab.de/tuckman-phasenmodell>

- Trainergemeinschaft (ohne Datum). *Gruppendynamik*. Gefunden unter http://www.trainergemeinschaft-berlin.de/wp-content/uploads/Reader-Gruppendynamik_BSP.pdf
- Trauma und Sucht (ohne Datum). *Traum sensible Behandlung*. Gefunden unter <http://www.trauma-und-sucht.de/informationen-fuer-therapeuten/traumasensible-behandlung/>
- Tretter, Felix (2017a). *Sucht. Gehirn. Gesellschaft*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.
- Tretter, Felix (2017b). *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (3., überarb. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Tüllmann, Tanja (2016). Selbstfürsorge als Schlüssel zur Gesundheit. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (S. 264-275). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Universitätsklinik Basel [UPKBS] (2016a). *Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen und Beratung von Bezugspersonen*. Basel: Sophia Fischer.
- Universitätsklinik Basel [UPKBS] (2016b). *Modellersuch Traumapädagogik: Erfahrungsberichte aus den beteiligten Modelleinrichtungen*. Gefunden unter <http://www.traumapaedagogik.ch/files/vortraege/118/modelleinrichtungen-erfahrungsbericht.pdf>
- Universitätsklinik Basel [UPKBS] (2015). *Einführung in komplexe Traumafolgestörungen und traumapädagogische Konzepte*. Basel: Marc Schmid.
- Wahle, Thomas & Lang, Thomas (2013). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Transparenz als Grundhaltung. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 118-119). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weeber, Vera Maria & Gögercin, Süleyman (2014). *Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell*. Herbholzheim: Centaurus. ISBN: 978-3-86226-274-8.
- Weiss, Wilma (2016). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (8., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Irmela (2014). *Ressourcenorientierte Alltagspädagogik für traumatisierte Kinder*. Gefunden unter <http://www.kidcare.ch/documents/TraumapadagogikWiemann.pdf>

- Weiss, Wilma (2013). Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung und Bezüge. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 32-44). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma & Schirmer, Claudia (2013). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik. Wertschätzung als Grundhaltung. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle, Jacob Bausum, Wilma Weiss & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 112-114). Weinheim: Beltz Juventa.
- Wiesinger, Detlev, Wolfgang, Huck, Schmid, Marc & Reddemann, Ulrike (2016). Struktur- und Prozessmerkmale traumapädagogischer Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wilhelm, Klaus (2014). Die frühe Kindheit und der späte Schmerz. *Psychologie Heute*, (5), 26-30.
- World Health Organization (2017). *Management of substance. Dependence syndrome*. Gefunden unter http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/
- Zentrum für Traumapädagogik (2015). Was ist die Ampelrunde? Gefunden unter <http://www.ztp.welle.website/index.php/infomaterial/theorie-praxis/12-die-ampelrunden>

11 Anhang

Körper

<ul style="list-style-type: none">• Knochenbau• Muskeln<ul style="list-style-type: none">– Anspannung– Entspannung• Herz und Blutkreislauf• Atmung und Sauerstoffversorgung	<ul style="list-style-type: none">• Körperumrisse zeichnen (Körperschema)• Eintragen, wo Berührungen okay sind und wo nicht• 2 Sachen eintragen, die am eigenen Körper gefallen, und 2 Sachen, die nicht gefallen• Bewusst atmen• Herzschlag spüren
---	---

Gefühle

<ul style="list-style-type: none">• Angst• Trauer• Wut• Schuld- und Schamgefühle• Liebe	<ul style="list-style-type: none">• 5 Grundgefühle benennen• Gefühle pantomimisch darstellen• Wo werden Gefühle im Körper verortet, wo werden sie zuerst gespürt? (Eintragen in Körperschema)• Bisherigen Umgang mit ihnen schildern; was hat bei welchen Gefühlen geholfen? (Ressourcen)• Farben den Gefühlen zuordnen• Geräusche den Gefühlen zuordnen
---	---

Sinne

<ul style="list-style-type: none">• Sehen• Hören• Riechen• Schmecken	<ul style="list-style-type: none">• Welche Sinne sind stärker entwickelt, welche weniger?• In welchen Situationen werden andere Sinnesreize intensiver wahrgenommen?• Was nehmen welche Sinne in Stresssituationen (Hochbelastung, Krise, Gefahr, Bedrohung, Gewalt) wahr?
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Tasten • Gleichgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Wann gibt es Sinnesbeeinträchtigungen?
---	--

Verstand

<ul style="list-style-type: none"> • Denken • Vermitteln, Moderieren • Schaltzentrale 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassen • Erinnern • Vergleichen • Einordnen, Sortieren • Abwägen • Einschätzen • Planen • Berechnen • Überprüfen, Kontrollieren • Orientieren • Grübeln
--	---

Stress

<ul style="list-style-type: none"> • Aufregung • Erregung • Übererregung • Überflutung • Nervosität 	<ul style="list-style-type: none"> • Erregungsniveau auf Skala von 1 bis 10 einstufen • Verschiedene Alltagssituationen nach Erregungsniveau einordnen • Wie steigt das Erregungsniveau in Krisensituationen? • Erregungsniveau absenken (Entspannungsübungen, Bewegung) • Wo im Körper wird Stress gespürt? (in Körperschema eintragen)
--	---

Energie

<ul style="list-style-type: none">• 100% Energie sind vorhanden.	<ul style="list-style-type: none">• Welche Lebensbereiche gibt es? Z.B. Schule, Familie, Freundeskreis, Sportverein, Ausbildung, ...• In welchen Lebensbereich stecke ich wie viel Energie (in Prozent angeben)?• Wie viel Energie (in %) verbrauchen Krisen wie familiäre Probleme, Leistungsdruck, Bedrohungen durch Gewalt, ...?• Wo wird Energie aufgeladen?
--	---

Grenzen

<ul style="list-style-type: none">• Eigene Begrenztheit• Grenzen anderer	<ul style="list-style-type: none">• Abstandsübung (aufeinander zulaufen, wann wird's unangenehm?)• Ausdrucksübungen: laut werden; die Stimme erheben; schreien; auf sich aufmerksam machen, ...• Nein und Stopp (Übungen zum überzeugenden Nein/Stopp)• Kongruenz beim Nein/Stopp erarbeiten• Verschiedene Formen des Nein/Stopp benennen• Nein/Stopp des Gegenübers wahrnehmen und akzeptieren
---	--

Gewalt

<ul style="list-style-type: none">• Körperliche Gewalt• Seelische Gewalt• Strukturelle Gewalt	<p>Gewaltformen nennen und zuordnen zu:</p> <ul style="list-style-type: none">• Angriffe gegen die körperliche Unversehrtheit des Gegenübers• Angriffe gegen die (sexuelle) Selbstbestimmung des Gegenübers• Angriffe gegen die seelische Unversehrtheit des Gegenübers• Angriffe gegen die Würde des Gegenübers• Politische, wirtschaftliche und kulturelle Normierung <p>Welche davon werden/wurden erlebt:</p> <ul style="list-style-type: none">• als Opfer, als Täter, als Zeuge
---	---

Bindung

Bindungsstile:

- Kinder sind sicher gebunden:

Bezugspersonen begegnen ihnen liebevoll, interessiert, begleitend, sind in ihren emotionalen Reaktionen zuverlässig und konstant.

– Kinder entwickeln Vertrauen, Zuversicht und Selbstwertgefühl.

- Kinder sind unsicher vermeidend gebunden:

Bezugspersonen reagieren abweisend oder gar nicht auf die Kinder.

– Kinder können sich nicht einbringen, sie haben Angst vor Nähe.

- Kinder sind unsicher ambivalent gebunden:

Bezugspersonen halten sich die Kinder weitgehend vom Leib, geben aber parallel tröstende Botschaften.

– Kinder bringen sich emotional sehr stark ein, entwickeln ein Gefühl wie: „Ich kann nie genügen, darum muss ich mich noch mehr anstrengen.“

Bezugspersonen in der Familie:

- Mutter
- Vater
- Schwester
- Bruder
- Oma
- Opa
- Onkel
- Tante
- Cousinen
- Cousins
-

Bezugspersonen ausserhalb der Familie:

- Freunde der Familie
- Patin
- Pate
- ErzieherIn
- LehrerIn
- PfarrerIn
- TrainerIn
- JugendgruppenleiterIn
-

Eventuell gemeinsame Genogrammarbeit.

Wie werden die Verbindungen zu o.g. Personen empfunden?
Welche Art von Verbindung gefällt mir, welche nicht?
Welche Kontakte tun mir gut, welche tun mir nicht gut?
Mit welchen Personen fühle ich mich wohl, mit welchen unwohl?

- Kinder sind hochunsicher desorganisiert gebunden:

Bezugspersonen sind in ihrem Verhalten und ihren emotionalen Reaktionen verwirrend, unberechenbar, unzuverlässig, gewalttätig und nicht zu durchschauen.

– Kinder reagieren vermeidend, entwickeln u.a. dissoziative Persönlichkeitsstörungen.

Die desorganisierte Bindung überlagert in Phasen die anderen Bindungsstile.

Copyright – Thomas Lutz, Zentrum für Traumapädagogik

Bei wem fühle ich mich sicher, geborgen und angenommen, bei wem bin ich unsicher, ängstlich und/oder fühle mich abgelehnt?

Wie ist die Kommunikation mit den verschiedenen Personen?

Wem würde ich alles erzählen?

Wem auf keinen Fall?

(Antworten vielleicht auf Karten schreiben lassen)

Quelle: <http://ztp.welle.website/index.php/infomaterial/theorie-praxis/11-arbeit-an-der-selbstwahrnehmung>