

Stationäre Sucht- und Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen aus systemischer Sicht – am Beispiel von „Teen Spirit Island“

Jane Busch, Frank M. Fischer, Holger Meyer, Daniela Saric, Ronny Siegert

Zusammenfassung

Die stationäre Suchttherapie von schwer abhängig gewordenen Jugendlichen gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben nicht nur für die Therapie, sondern auch für den Pflege- und Erziehungsdienst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Neben den Aufgaben der Entzugsbehandlung und der Behandlung von komorbid Störungen wie Trauma, Depression, Ängsten, ADHS und Bindungsstörungen gehört die Herstellung einer förderlichen und als sicher erlebten Alltagsstruktur mit klaren Regeln zu den besonderen Herausforderungen, damit sich korrigierende Bindungserfahrungen auch auf Konfliktebene entwickeln lassen. Dafür braucht es besondere Strukturen, in deren Rahmen sich Gruppendynamiken und individuelle Therapieverläufe neben Familientherapie und Traumakonfrontationen steuern lassen und die sich mit der emotionalen Nachreifung der Kinder je nach Entwicklungsstufe „mitbewegen.“ Am Modell der Sucht- und Traumatherapiestation „Teen Spirit Island“ (TSI Hannover) soll hier gezeigt werden, wie es in der Therapie und im stationären Alltag durch spezifische, auf Sucht, Trauma und Bindung fokussierte Angebote gelingen kann, die Jugendlichen für das Risiko einer neuen, unabhängigen Bindungserfahrung stark zu machen, um alte Verhaltensmuster hinter sich lassen zu können.

Schlüsselwörter: Stationäre Suchttherapie, Jugendliche, Trauma, Dissoziation, Bindung, Psychiatrie

Abstract

Inpatient addiction and trauma therapy with children and adolescents from a systemic perspective – presenting “Teen Spirit Island” as an example

Inpatient addiction therapy for adolescents who have become severely addicted is one of the most demanding tasks not only for therapy, but also for the nursing and educational services in child and adolescent psychiatry. In addition to the tasks of withdrawal treatment and the treatment of comorbid disorders such as trauma, depression, anxiety, ADHD and attachment disorders, one of the special challenges is the establishment of a beneficial everyday structure with clear rules that is experienced as safe, so that corrective attachment experiences can also be developed at the conflict level. This requires special structures in which group dynamics and individual therapy processes can be managed alongside family therapy and trauma confrontations, and which “move along” with the emotional

post-maturation of the children depending on their developmental stage. Using the model of the addiction and trauma therapy center "Teen Spirit Island" (TSI Hannover), we will show how specific offers focused on addiction, trauma and attachment can succeed in making the adolescents strong enough for the risk of a new, independent attachment experience in-order to be able to leave old behavior patterns behind.

Keywords: inpatient addiction treatment, adolescents, trauma, dissociation, attachment, psychiatry



Abbildung 1: TSI C-Phase mit selbst gebautem Außenlobby-Bereich; die Fensterrahmen dürfen von den Patient*innen selbst gestaltet werden (Idee nach Hundertwasser)

Suchttherapiestation: Struktur und Konzept

Eine Suchttherapiestation für Jugendliche muss, wenn sie nachhaltig eine Verhaltensänderung unterstützen möchte, strukturell und inhaltlich auf die tiefgreifenden Entwicklungsprobleme der Heranwachsenden eine Antwort finden, die bereits in frühen Jahren oftmals aufgrund traumatischer Bindungserfahrungen entstanden sind (Fischer u. Möller 2018; Fischer 2020a, 2021). Die Entwicklung der früh und schwer abhängig gewordenen Jugendlichen wird zumeist von einer hohen Komorbidität begleitet. Trauma, Bindungsstörung, Depression, Angststörungen und ADHS geraten durch den Drogenkonsum zunächst in den Hintergrund und erst im Entzug tauchen die Symptome mit aller Macht wieder auf. Es braucht von Beginn an flexible Konzepte, die es ermöglichen, die Jugendlichen in ihrer Sucht und in ihrer Komorbidität so abzuholen, dass sie nicht sofort aus Überforderung wieder abbrechen. Außerdem

gilt es, das besondere Entwicklungsumfeld zu berücksichtigen: Die Jugendlichen sind dabei, sich aus ihren Primärbindungen der Familie zu lösen, und brauchen dafür das natürliche Umfeld ihrer Peer-Group. Diese Verselbständigung durch die Gruppe ist durch ein Abrutschen ins Drogenmilieu fehlgeleitet worden, weil schon die Primärbindungen fast immer dysfunktional oder traumatisierend waren. Die Suchttherapie muss sich diesem systemisch-dynamischen Problem annehmen und in der Gruppe eine „korrigierende Bindungserfahrung“¹ ermöglichen. Diesem Anspruch gerecht werden zu können, ist eine Aufgabe, der nur ein gut ausgebildetes und hervorragend kommunizierendes, selbsterfahrenes und multiprofessionelles Team begegnen kann. Der Pflege- und Erziehungsdienst hat auf „Teen Spirit Island“ (wie auch auf anderen Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie) eine sehr wichtige Funktion: Er strukturiert und begleitet den Alltag zwischen einzelnen therapeutischen Angeboten, leistet Bindungsarbeit in einem Bezugsbetreuer*innensystem, ist Ansprechpartner für die Bedürfnisse der Jugendlichen und sammelt Beobachtungen und Informationen für die Therapie, die in regelmäßigen Visiten und Therapieplanungen zur Sprache kommen. Außerdem bietet er eigene therapeutische Maßnahmen an wie Stabilisierungsgruppen, Skill-Training, Akupunktur, Entspannungsgruppen oder Klettern. Hier verbinden sich auf „Teen Spirit Island“ allerdings besonders viele Anforderungen, die mit der Therapie von Sucht, Trauma und Bindung zu tun haben: Die Mitarbeiter*innen der multiprofessionellen Teams brauchen Konzepte im Umgang mit Sucht (Entzug, Rückfallprävention, Medienmündigkeit), im Umgang mit Trauma (Skill-Training, Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A), Stabilisierungstechniken, Dissoziations-Management, Ego-State-Management, Triggeranalyse, Psychoedukation) und im Umgang mit Bindungsstörungen (Spiegelung, Konflikt-Management, Bezugssarbeit, Selbsterfahrung). Es finden regelmäßig stationsinterne Schulungen zu den o. g. Themen statt, so dass alle Mitarbeiter*innen auf dem aktuellen fachlichen Stand sind. Einige Mitarbeiter*innen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst (PED) haben sich im Bereich „Trauma“ fortgebildet, andere im Bereich „Suchtprävention“ oder „Medienmündigkeit“. Es entsteht somit ein Mediator*innen-system, so dass aus unterschiedlichen Fortbildungen mitgebrachte Kenntnisse und

1) Der Begriff „korrigierende Bindungserfahrung“ ist ein Schlüsselbegriff aus der therapeutischen Bindungstheorie (Bowlby 1982, 1995; Brisch 2015, Fischer, Möller 2018), der das Kernanliegen der bindungsbasierten Therapie von Kindern und Jugendlichen markiert: Es besteht laut der Bindungstheorie die Hoffnung, dass unsicherere oder hoch dysfunktionale Bindungsmuster (reaktive oder enthemte Bindungsstörungen) durch eine Wiederholung und Spiegelung „korrigiert“ werden können. Damit ist nicht gemeint, dass es ein Konzept einer „richtigen“ Bindung gebe, dem das Kind entsprechen solle, sondern dass die Betroffenen wieder frei und sicher in ihrem Bindungsverhalten werden in dem Sinne, dass ihre sozialen Kontakte nicht mehr von Angst geprägt sind, sondern von Vertrauen, einer selbstbestimmten Nähe-Distanz-Regulierung und von der Fähigkeit, sehr flexible Bindungsmuster je nach Individualität der Menschen gestalten zu können. Wir gehen davon aus, dass eine frühe Bindungsunsicherheit bzw. eine Bindungsstraumatisierung als „blinder Fleck“ in der Entwicklung einer schweren Abhängigkeit bei Jugendlichen zu beschreiben ist. Die Jugendlichen wiederholen in ihrer Abhängigkeit eine tiefe Verunsicherung, die sie aus ihren familiären Primärbindungen erlebt haben (vgl. „Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen“, Fischer, Möller 2018). Warum das Bindungsverhalten der Kinder so chaotisch und destruktiv erscheint, wird auch im Artikel „Ego-State-Therapie der Sucht“ behandelt.

Fähigkeiten weitergegeben und reflektiert werden können. Es gibt jede Woche drei Visiten und zwei intensive Fallbesprechungen, wo die Perspektiven zusammengeführt werden. Jeden Monat finden Supervisionen statt, um die Dynamik im Team zu reflektieren und den Selbsterfahrungsanteil hochzuhalten.

Viele therapeutische Konzepte greifen ineinander, um die Kinder und Jugendlichen in ihrer Individualität und multiplen Komorbidität verstehen und begleiten zu können: Tiefenpsychologische und dynamische Aspekte der Familien-, Gruppen- und Einzeltherapie, transgenerationale Wiederholungen und systemische Interventionen, verhaltenstherapeutische Verstärker und Aspekte des kognitiven Umlernens, bindungsbasierte Beziehungsarbeit und traumatherapeutische Psychoedukation und Behandlung. Die Entwicklung der Kinder steht dabei im Vordergrund, d.h., das vielschichtige Konzept der Therapie bewegt sich mit der emotionalen Nachreifung der Kinder mit und verändert sich je nach bevorstehender Entwicklungsaufgabe, in der sich auch das Bindungsangebot des Teams verändert. Folgende Stufen sind in der Therapie eingebaut:

1. Die Suchtsprechstunde, die in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfindet, ist eine erste Möglichkeit, Kontakt aufzunehmen, Beratung und Psychoedukation zu erfahren.
2. Die stationäre Aufnahme erfolgt in die A-Phase. Hier findet zunächst der Entzug statt, wobei der Verzicht auf die Droge oder auf den Medienkonsum häufig zugleich eine Regression und eine verstärkte Dissoziation (Flashbacks, Intrusionen, Anteilswechsel) zur Folge hat. Aufgaben sind es, Sicherheit und Stabilisierung herzustellen, um die bisher belastenden und unterdrückten Symptome (Gefühle, Flashbacks, Intrusionen, Suchtdruck) selbstwirksam beantworten zu können.
3. In der B-Phase ist der regressive Aspekt der Bindungsarbeit immer noch wichtig, wird aber anders vom Team beantwortet: Es geht jetzt mehr um eine Übernahme von Verantwortung für die eigene Lebensgeschichte, es geht um Abhängigkeit als Lösungsstrategie und um die Auseinandersetzung mit der Komorbidität (d. h. mit den starken Emotionen, missglückten Lösungsversuchen und dysfunktionalen Reaktionen bzw. Coping-Strategien).
4. In der C-Phase findet eine Belastungserprobung statt: Der Pflege- und Erziehungsdienst zieht sich mehr zurück und überlässt den Jugendlichen die Verantwortung für die Organisation und betont damit noch stärker Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit und Vertrauen. Es finden Schulversuche, Praktika und Hobby statt. Die Auseinandersetzung mit Rückfall und Prävention sind hier Thema.
5. Nach Entlassung findet einmal wöchentlich eine Ehemaligen-Gruppentherapie statt. Die Patient*innen können sich hier Hilfe holen und die Loslösung von den

während der Therapie wichtig gewordenen Bindungspersonen üben und im Sinne von Coping-Strategien im Alltag „draußen“ integrieren. Es geht um die fortgesetzte Einübung einer Verselbständigung im Sinne der jugendlichen Exploration, die im Drogen-Milieu in eine Abhängigkeit geraten ist.

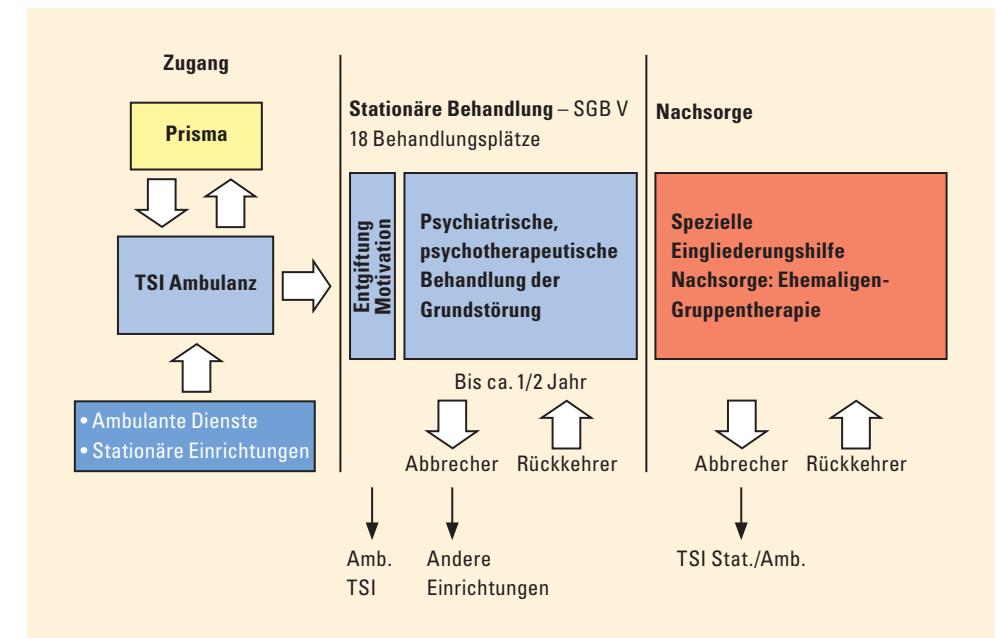


Abbildung 2: Schema des Behandlungsverlaufs TSI (Fischer u. Möller 2018)

Seeking Safety: Sicherheit trotz Trauma und Bindungsstörung finden

Die Erkenntnis, dass die Jugendlichen auf Drogen zurückgreifen, weil sie sich oftmals aufgrund traumatischer Bindungserfahrungen in Beziehungen nicht mehr sicher fühlen, ist sehr wichtig für den Aufbau der Therapie und der Alltagsstruktur (Fischer 2018, 2021). Um strukturell die notwendigen Bedingungen für eine korrigierende Bindungserfahrung herstellen zu können, wird jedem*r Patient*in ein*e Bezugsbetreuer*in aus dem Pflege- und Erziehungsdienst zugeteilt, der*die den*die Patient*in in der gesamten Therapie eng begleitet, psychoedukative Unterstützung bietet und ein vertrauensvolles Milieu gestaltet. Zusammen mit dem*der Therapeut*in entsteht ein Beziehungsdreieck, das in der Psychoanalyse „Triangulierung“ bezeichnet wird („Mama-Papa-Kind-Schema“)² und in dem sich die Reinszenierung

2) Zur frühen Triangulierung z. B. Abelin E (1986): Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. Von der Psychologie zur Psychoanalyse. In: Stork J (Hrsg) Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel. Frommann-Holzboog, Stuttgart

der konflikthaften Primärbindungserfahrung abspielen kann. Der Beziehungsaufbau hat einen grundlegenden Stellenwert in der Arbeit mit den Patient*innen. Eine sichere Bindung ist das Fundament für eine stabile Persönlichkeitsentwicklung und ein erheblicher Wirkfaktor in der systemischen Traumaarbeit.

Wöchentliche Bezugsgespräche werden angeboten, in denen unterschiedliche Themen Raum finden und die Patient*innen Hilfestellungen für diverse Situationen und Schwierigkeiten erhalten. So erlernen sie unter anderem, Trigger³ zu erkennen und Skills⁴ anzuwenden, die ihnen helfen, Spannungs- und Erregungszustände zu unterbrechen. Sie lernen Achtsamkeitsübungen, Atemübungen und kognitive Stabilisierungstechniken kennen. Ressourcen werden entdeckt und aktiviert. Diese Übungen und Techniken bilden die Voraussetzung für eine mögliche und erfolgreiche Traumakonfrontation und -integration (Shapiro 2001). Imaginationsübungen wie z.B. die „Tresor-Übung“, der „sichere innere Ort“ oder die „Krafttier-Übung“ (Reddemann 2003, Peichl 2007) bilden durch das Vorstellen von positiven inneren Bildern neue neuronale Netzwerke im Gehirn (Nijenhuis u. van der Hart 2003). Je häufiger die Imaginationsübungen wiederholt werden, desto gefestigter werden diese neuen neuronalen Netzwerke, die ein positives, stabilisierendes Gegenüber zu ihren häufig real erlebten, negativen Bildern bilden. Allein durch die Vorstellungskraft ermöglicht die Imagination den Patient*innen, sich in einen Zustand der Sicherheit, Geborgenheit und des Schutzes zu versetzen.

Die Patient*innen trainieren die Imaginationsübungen in der gesamten A-Phase im Einzelkontakt unter Anleitung durch die Bezugsbetreuenden und Therapeut*innen. In der B- und C-Phase finden zweimal wöchentlich angeleitete Gruppenstabilisierungen statt. Ein Beispiel für eine Imagination als Distanzierungstechnik ist die „Tresor-Übung“ (Reddemann 2003). In dieser Übung stellen sich die Patient*innen einen Aufbewahrungsbehälter vor, in dem sie belastende Erinnerungen lagern können, mit denen sie sich überfordert fühlen. Sie wissen, dass sie dieses Material wieder „herausholen“ können, wenn sie sich in der Lage fühlen und den Wunsch haben, sich mit den Inhalten auseinanderzusetzen. Bei der Schaffung dieser Imaginations sind der Kreativität und Fantasie keine Grenzen gesetzt.

Ein weiterer Bestandteil der Therapie, der in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen gewonnen hat, ist die Arbeit mit Ego-States (Ich-Zuständen) (Peichl 2007, Watkins u. Watkins 2003, van der Kolk 2016, Fischer 2021). Erklärungsmodelle des Bewusstseins gehen davon aus, dass der

3) Als Trigger werden Außenreize genannt, die dissoziative Reaktionen wie z. B. Flashbacks auslösen können, d.h., die Betroffenen, die auf Trigger reagieren, werden mit unkontrollierbaren Erinnerungen und Emotionen konfrontiert.

4) Als Skills werden im DBT-A-Schema (Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente) bestimmte Instrumente der Emotionsregulation bezeichnet, die Betroffene erlernen, um die eigene emotionale Instabilität unter Kontrolle zu bringen (z. B. Gummiband als Schmerzreiz, in Zitrone beißen, Ammoniak riechen, Igelball, Fingerring etc.).



Abbildung 3: Aufbau von Stabilität und Ressourcen als Grundlage für Bindung (Fischer 2018b)

Mensch im Laufe seines Lebens verschiedene Persönlichkeitsanteile entwickelt, deren Ziel es stets ist, sich an den äußeren Umständen anzupassen, um ein Überleben zu sichern. Ego-States können demnach verstanden werden als neuronale Netzwerke, die als Ich-Anteile jeweils eigene Verhaltens- und Erfahrungssysteme repräsentieren, die entstanden sind, um wechselnden Rollenanforderungen gerecht werden zu können (Nijenhuis u. van der Hart 2003). Die Modelle gehen davon aus, dass es ein „Kernselbst“ gibt, das alle Anteile steuert und den Überblick behält. All das ist unproblematisch, solange die Grenzen zwischen den Persönlichkeitsanteilen durchlässig sind, die Anteile also voneinander wissen und sich durch das Kernselbst steuern lassen (Kaplan u. Klinetob 2000, Peichl 2007). Bei traumatisierten Patient*innen ist dies oftmals nicht der Fall, Anteile sind häufig im Rahmen der Traumatisierung entstanden und aufgrund ihres fragmentierten Erlebens abgespalten und nicht integriert. So erleben Menschen mit Traumatisierungen häufig, dass Teilepersönlichkeiten aus einer Situation heraus und auf der Grundlage ihres entstandenen Bedürfnisses die Führung übernehmen und das Kernselbst verdrängen und keine Kontrolle mehr über den aktuellen Ich-Zustand herrscht. Der*Die Patient*in springt ohnmächtig zwischen verschiedenen Ich-Zuständen (Ego-States) hin und her, ohne Kontrolle ausüben zu können (Peichl 2007, Fischer 2021, Watkins u. Watkins 2003).

Mithilfe dieser Modelle lernen die Patient*innen, sich besser zu verstehen und können somit eigene Denkmuster in ihrem Ursprung, in ihrer Zielsetzung und in ihrem Handeln einordnen. Auch ihr Gegenüber wird für sie dadurch besser nachvollziehbar.

In der Arbeit mit den Ego-States wird der*die Patient*in darin unterstützt, seine* ihre verschiedenen Anteile zu erkennen und ihnen eine konkrete Gestalt zu geben. Jeder Anteil wird gewürdigt (auch z. B. ein traumatisch entstandenes „Täter-Introjekt“) und bekommt seinen Raum. Man stellt das innere Team zusammen („innere Bühne“) und benennt eine*n Regisseur*in, eine*n Mannschaftstrainer*in oder eine*n Pilot*in, die*der die Anteile versucht zu steuern (Watkins u. Watkins 2003, Peichl 2007). So erleben die Patient*innen zunehmend Selbstkontrolle und Selbstakzeptanz. Bei destruktiven Verhaltensweisen können kompetente Anteile direkt angesprochen und gestärkt werden. Viele Patient*innen, die im heutigen Diskurs als „Systemsprenger“ stigmatisiert werden, weil sie durch Drogenkonsum, Dissozialität, Aggression, Impulsivität, ein sehr expansives Verhalten und eine ausgeprägte emotionale Instabilität auffallen, leiden (oft unerkannt) an einer dissoziativen strukturellen Störung ihrer Ich-Integrität (Fischer 2020b). Eine große Herausforderung besteht in der alltäglichen Arbeit mit solchen Jugendlichen, ihre Ich-Struktur zu erkennen und sie wertschätzend und zugleich konfrontativ (d. h. begrenzend, auf Regeln des Zusammenlebens verweisend) mit einem Bindungsangebot zu beantworten.

Familiensysteme und Sucht: Gruppe als Bindungschance

Die primären Bindungsangebote der Familie bzw. der Eltern haben häufig zu dysfunktionalen Bindungsverhaltensweisen ihrer Kinder geführt, weil die Eltern selbst in der Bindung zu ihren Eltern (den Großeltern unserer Patient*innen) keine sicheren Bindungsmuster bilden konnten. Bindungsmuster werden über Generationen weitergegeben (transgenerationale Vererbung von Bindungsmustern). Die Familientherapie ist auch deswegen sehr wichtig, weil die transgenerationale Vererbung von dysfunktionalen Bindungsmustern unterbrochen werden muss und dies im Familien- system selbst deutlich werden sollte. Dann hat die „korrigierende Bindungserfahrung“ einen Effekt auf alle Beteiligten und ist besonders nachhaltig. Wichtig ist aber auch die Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen (Peer group), die für die Jugendlichen eine natürliche und altersentsprechende Entwicklungsaufgabe darstellt. Hier liegt die zweite Bindungschance: Was bei den Eltern und Geschwistern nicht funktioniert hat, nämlich eine sichere und Halt-gebende Bindung aufzubauen, kann unter therapeutischen, also angeleiteten Bedingungen neu validiert werden⁵ (Atkinson u. Zucker 1997, Brisch 2015, Fischer 2020c).

⁵⁾ Validierung ist ein Begriff aus der Verhaltenstherapie und meint die Rückmeldung an Patient*innen/Klient*innen, dass die Gedanken und Gefühle in einer bestimmten Situation passend, nachvollziehbar und angemessen erscheinen. Es geht um einen empathischen Akt der Akzeptanz: Nicht um Bewertung, sondern um eine Gültigkeit der eigenen Gefühle und Gedanken ohne Rechtfertigungsdruck oder Scham.

In der Gruppentherapie sowie im pädagogisch angeleiteten Alltag findet eine systemisch-dynamische Auseinandersetzung mit Konflikten statt. Konfliktlösungen werden validiert und neue, als sicher erlebte Bindungserfahrungen verstärkt und reflektiert. Die Jugendlichen neigen in regressiven Momenten dazu, ihr früheres familiäres Bindungserleben in der Gruppe zu wiederholen und dort unbewusst zu aktualisieren. Die systemische Aufstellung in der Gruppentherapie kann helfen, das Erkennen von Projektionen⁶ auf die Gruppenmitglieder und ihre Verwechslung mit Familienmitgliedern aufzudecken und zu erkennen, um anschließend das eigene Bindungsverhalten verändern zu können. Eine gute Verzahnung von Gruppen- und Familientherapie mit der Beobachtung der Gruppendynamik im Alltag ist daher sehr wichtig.

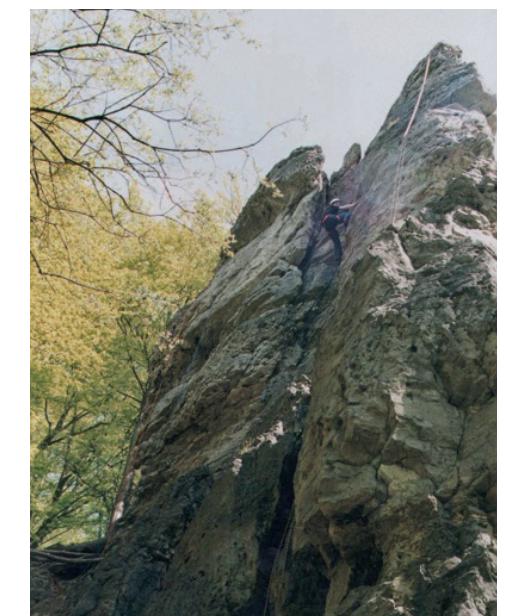


Abbildung 4: Beim Klettern in der Gruppe wird beim Sichern Vertrauen geübt

Die systemische Haltung bietet einen Ansatz, um die komplexe dynamische Gruppensituation für einen Perspektivwechsel zu nutzen: Die Patient*innen haben die Möglichkeit, fest verankerte Glaubenssätze zu überprüfen, generationsübergreifendes Denken und Handeln verstehen zu lernen und durch den lösungsorientierten Aufbau

⁶⁾ Projektion ist ein Begriff aus der Psychoanalyse und meint die Verschiebung eigener Konflikte oder Defizite auf andere, die somit eine Art Stellvertreter-Position für eigene negative Gefühle bekommen. Ein bekanntes Beispiel ist die „Sündenbock-Rolle“, die Projektion von Schuld auf jemanden, der stellvertretend für alle anderen die Schuld auf sich nehmen soll.

der Ressourcenarbeit ihren Selbstheilungskräften zu vertrauen (Fischer 2017). Es ist für die Jugendlichen eine zentrale Lernerfahrung, eine Vielzahl an Perspektiven zuzulassen und nicht die eine mit der andern ersetzen zu wollen. Lineares Denken wird in der systemischen Arbeit in Frage gestellt und stattdessen ein Akzeptieren der Gleichzeitigkeit von möglichen Denk- und Lebenswegen eingeübt. Erst wenn die Jugendlichen erkennen, dass es nicht nur „die eine Wahrheit“ gibt, sondern viele situative Konstellationen von Realitäten, werden sie frei für ein Denken ohne Selbstbewertung, die bei den Suchtpatient*innen meist eine Selbstabwertung ist (ebd.).

Medienabhängigkeit und Medienmündigkeit

Auf unserer Station sind die Jugendlichen nicht mehr nur drogenabhängig, sondern oftmals zusätzlich auch medienabhängig bzw. leiden an einer „Internet-PC-Abhängigkeit“ (Online-Gaming-Addiction DSM-V) ohne Substanzzkonsum. Im ICD-10 ist diese Diagnose noch nicht verschlüsselt, wird aber im ICD-11 als eigenständige Diagnose erwartet. Die Kriterien der Abhängigkeit sind bei der Medienabhängigkeit die gleichen wie bei der Substanzabhängigkeit, die Komorbidität unterscheidet sich aber ein wenig, denn die medienabhängigen Jugendlichen wirken meist eher ängstlich, sozial unsicher, zurückgezogen, weniger expansiv und mehr sozial phobisch.

Die vom Pflege- und Erziehungsteam angebotene „Medienmündigkeitsgruppe“ ist speziell für diese besondere Gruppe Medienabhängiger entwickelt worden. Wichtig ist hier der Unterschied zur Definition des Begriffs „Medienkompetenz“, der die Fähigkeit beschreibt, das technische Wissen (wie rufe ich ein Programm auf?) zu nutzen. „Medienkompetenz“ greift nicht die kritische Selbstreflexion des eigenen Medienkonsums auf. „Medienmündigkeit“ hingegen umfasst die Problemdimensionen „Inhalt“, „Zeit“ und „Funktion“, aber auch die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Medienverhalten (Bleckmann 2018). Diese Problemdimensionen existieren bei allen Medien- und Bildschirmgeräten und selten werden diese existentiellen Dimensionen des Verhaltens in Schulen (z.B. im Rahmen des Informatikunterrichts) aufgegriffen und thematisiert. In vier Modulen soll ein Bewusstsein für den „Sog“ des Spielens vermittelt werden. Die Patient*innen stellen in Modul 1 anhand eines Fragebogens ihr Spielverhalten unter Berücksichtigung verschiedener Problemdimensionen vor. Diese Inhalte bilden die Basis für die kritische Selbstreflexion und das Problembewusstsein. Der „Turm der Medienmündigkeit“ (Bleckmann 2018) fungiert hierbei als unterstützendes Werkzeug. In Modul 2 werden die Patient*innen angeleitet ihre Spiele-Accounts zu löschen. Dabei werden sie in ihrer Trauer und Emotionalität begleitet. Dieser Prozess erfolgt in mehreren Schritten und soll als positives Ritual erlebt werden. Das Modul 3 beinhaltet das nachhaltige Finden adäquater/realer Alternativen zum Spielen. Hierbei sollen besonders Angebote wie z.B. Hobbys, gelenkte Freizeitaktivitäten und Bewegung evaluiert und im Bewusstsein gefestigt werden. Wie die Patient*innen zukünftig mit dem Thema Medien umgehen können, lernen sie in Modul 4.



Abbildung 5: TSI Haupteingang (Architektur nach Hundertwasser)

Rückfallprophylaxe: Der Notfallkoffer und die Realität des Rückfalls

Ein weiteres spezialisiertes Angebot des Pflege- und Erziehungsteams ist die Rückfallprophylaxe-Gruppe. Im Rahmen des sozialen Kompetenztrainings in der Verselbstständigungsphase (C-Phase) setzen sich die Patient*innen die letzten Wochen vor der Entlassung unter Leitung eines*r Mitarbeiter*in intensiv und schwerpunktmaßig mit dem Thema „Rückfallgeschehen“ auseinander. Je näher die Entlassung rückt, desto mehr nehmen Freude und Stolz über das erfolgreiche Beenden der Therapie, aber auch Ängste und Befürchtungen zu. Es kommen Zweifel auf, ob die erreichten Fortschritte, die gelernten Methoden, die Ressourcen und Skills ausreichen, um die Abstinenz aufrechtzuerhalten. Im Rückfallprophylaxe-Training geht es beispielsweise darum, persönliche Risikoprofile, Ressourcen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Najavits 2002). Es werden eine realistische Selbst einschätzung und Selbstwirksamkeitserwartungen erarbeitet, um eine Steigerung der Fähigkeit zur Antizipation potenziell rückfallrelevanter Situationen und Ereignisse zu erreichen. Coping-Strategien werden eingeübt und die Motivation für eine abstinente Lebensführung stetig überprüft. Es soll insgesamt erreicht werden, dass Rückfälle vermieden werden und dass, wenn ein Rückfall geschieht, ein selbstbestimmtes „Rückfallmanagement“ einsetzt, d.h., dass die vom Rückfall Betroffenen lernen, sich selbst nicht abzuwerten oder sich schamvoll als „gescheitert“ zu erleben, sondern in der Lage bleiben, sich Hilfe und Unterstützung holen zu können bzw. sich neu aufzustellen (Fischer u. Möller 2018, Fischer 2020b, Najavits 2002). Eine gute Psychoedukation ist daher sehr wichtig: Die Jugendlichen sollen zu Expert*innen ihres eigenen Suchtverhaltens werden und somit Abstand zu einer moralischen Bewertung herstellen können (Brisch 2015). Neben der Psychoedukation werden Methoden wie szenisches

Spiel, Filmdokumentationen oder Spielfilme eingesetzt, die das Suchtverhalten von Personen demonstrieren und zum Thema machen. Hier entstehen durch die dargestellten Inhalte bewusst Triggersituationen, die dann in der Gruppe reflektiert werden können. Im Diskurs kommen die Jugendlichen miteinander ihrer eigenen Suchtgeschichte näher, geben einander Hilfestellung oder auch kritisches Feedback. Es kann beobachtet werden, wie durch diesen Therapiebaustein Ängste in Bezug auf die Entlassung deutlich reduziert und gleichzeitig Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten gesteigert werden können. Für den laufenden Therapieprozess ergeben sich mitunter weitere neue Ziele, die in Einzel-, Gruppen- und Familientherapie weiterverfolgt werden können.

Ausblick: Korrigierende Bindungserfahrung und Zeit

Es wurde dargestellt, dass gerade früh und schwer abhängig gewordene Jugendliche versuchen, durch Drogen traumatische Folgestörungen unter Kontrolle zu bringen. Zusätzlich blockieren oft komplexe Bindungsstörungen die soziale Verstärkbarkeit des Belohnungssystems⁷ und verhindern alternative, sozial belohnende Bindungserfahrungen. Da Bindung die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub (Gratifikationsaufschub⁸) vermittelt (Mischel 2014, Kidd 2017), gelingt es gerade diesen Kindern und Jugendlichen nicht, Impulse der sofortigen Bedürfnisbefriedigung zu kontrollieren. Einsamkeit, innere Leere, Frustration, Verlust- und Versagensängste sowie Scham und Schuld triggern als Schlüsselreize das implizite Sucht- und Traumagedächtnis (van der Kolk 2016). Symptome wie Suchtdruck, Flashbacks, Dissoziationen und Ego-State-Wechsel werden unkontrollierbar. Es kommt nicht nur zum Stillstand der Entwicklung, sondern zur schweren Regression, d. h. zu einem Auftreten sehr kindlicher emotionaler und kognitiver Verhaltensweisen im Sinne einer Wiederholung ungeklärter Konflikte und nicht integrierter Ich-Zustände. Entwicklung und Reifung als bewussten und kontrollierbaren Vorgang wieder herzustellen, ist die primäre Aufgabe einer bindungsorientierten Sucht- und Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Das Handwerkszeug für diese Arbeit wurde hier in Ansätzen dargestellt und ist zum Glück seit einigen Jahren der konzeptuellen Weiterentwicklung und Integration diverser therapeutischer Verfahren vielschichtig, komplex und bunt. Die Botschaft soll hier eine Aufforderung zur Kreativität sein: Man darf und kann aus

7) Hier geht es um den Zusammenhang von Behaviorismus (Verhaltenstherapie) und Bindungstheorie: Der soziale Verstärker ist der wichtigste Verstärker, den die Verhaltenstherapie kennt, um das Belohnungssystem (die dopamingesteuerte Motivation) erreichen zu können. Die Motivation zu einer Verhaltensänderung wird erheblich davon getragen, dass Zuwendung, Anerkennung und Lob (Bindung) als soziale Verstärkung (social token) angenommen werden können.

8) Der Begriff „Gratifikationsaufschub“ oder „Belohnungsaufschub“ stammt wesentlich von Walter Mischel, der genau dieses Phänomen mit Hilfe des Marshmallow-Tests (2014) untersuchte. Es hat sich herausgestellt, dass die klassische Interpretation als Impuls-Kontroll-Problem aber nicht ausreichend ist, um den Marshmallow-Effekt zu erklären, sondern es ist evident geworden, dass die Kinder im Test einen guten Belohnungsaufschub zeigen, die ein gewisses Vertrauen zur Versuchsleiterin aufbauen können, was gute Bindungsmuster voraussetzt (Kidd 2017). Insomfern sind traumatisierte und/oder bindungsgestörte Kinder hier klar benachteiligt (vgl. Fischer 2018b).

dem Vollen schöpfen. Dies aber immer unter dem vorrangigen Aspekt der Sicherheit: Sicherheit und Bindung zuerst! (Najavits 2002, Grossmann et al. 2002, Schäfer und Krausz 2006). Es darf also Mut gemacht werden angesichts einer Vielzahl von traurigen und schwierigen Verläufen früh abhängig gewordener Jugendlicher, deren Prognose bisher nicht günstig war und ist. Und sicherlich muss man sich noch immer mit kleinen Schritten zufriedengeben. Der Faktor Zeit ist nach wie vor von entscheidender Bedeutung: Um sichere, korrigierte Bindungsmuster und nachhaltige Coping-Strategien bei jugendlichen Sucht- und Traumapatient*innen aufbauen zu können, braucht es zeitliche, therapeutische und ökonomische Ressourcen. Das ist auch eine gesellschaftliche, ökologische und ökonomische Herausforderung. Man kann vielleicht sagen, dass die sehr komplexe, vielschichtige, multikonzeptionelle, sich dynamisch stets mit dem jugendlichen Menschen entwickelnde Suchttherapie auf der Station als eine „intensivmedizinische therapeutische Leistung“ zu bezeichnen ist. Der Begriff „Intensivstation“ hat sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher nicht etabliert, ist hier aber nach Ansicht der Autor*innen gerechtfertigt und bedenkenswert. Dieser Artikel möchte nicht nur einen einführenden Überblick über die aktuelle Entwicklung geben, sondern auch dafür werben, die besondere Intensität und Komplexität der pädagogisch- und pflegerisch-therapeutischen Arbeit zu würdigen und in einen Begriff zu bringen. Die geforderte Intensität der Selbsterfahrung ist bei dieser Arbeit sehr hoch und bedarf monatlicher Supervision des Teams, ständiger Intervision, täglicher Visiten und Therapieplanungen. Die Selbstdestruktivität, Ohnmacht und strukturelle Vielschichtigkeit der Patient*innen lassen die therapeutischen Bemühungen oft schnell an ihre Grenzen stoßen. Es wirkt oftmals so, als würden die Jugendlichen nichts und niemanden akzeptieren, paradoxerweise wird die Begrenzung durch das Team von den Jugendlichen dennoch als Halt gebend erlebt. Es gehört zu den vielen Widersprüchen des Bindungsverhaltens der sich selbst zerstörenden Jugendlichen, dass sie genau das brauchen, was sie zugleich massiv ablehnen und fast panisch zerbrechen müssen.

Wir hoffen, dass dieser Artikel neben der Verbreitung von Wissen und Erfahrung auch dazu beitragen kann, die Investitionsbereitschaft in die Zukunft dieser Kinder und Jugendlichen zu fördern.

Literatur

- Atkinson L, Zucker KJ (1997) Attachment and Psychopathology. Guilford Press, NY, London
- Bleckmann P (2018) Medienmündigkeit. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bowlby J (1982) Attachment and Loss. Volume 1: Attachment. Basic Books, New York
- Bowlby J (1995) Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: Sprangler G, Zimmermann P (Hrsg) Die Bindungstheorie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brisch, K-H (2015) Bindung und Sucht. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fischer FM (2017) Sucht und System. Theorie und Praxis der Behandlung abhängiger Jugendlicher aus systemischer Sicht. PID (Psychiatrie im Dialog), Heft 01/2017, S. 16-20

- Fischer FM (2018a) Suchttherapeutische Angebote für Jugendliche. In: Stachowske R, Möller C, (Hrsg) Sucht und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Asanger Verlag, Kröning, S. 443-450
- Fischer FM (2018b) Sucht und Trauma bei Kindern und Jugendlichen. In: Stachowske R, Möller C, (Hrsg) Sucht und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Asanger Verlag, Kröning, S. 391-403
- Fischer FM (2020a) Sucht, Trauma und Bindung – Diagnosen und Notwendigkeiten für stationäre Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Sozialpsychiatrischer Plan 2020, Sozialpsychiatrischer Dienst, Region Hannover, S. 47-48
- Fischer FM (2020b): Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. In: Sozialpsychiatrie, Heft 04/2020
- Fischer FM (2020c) Suchttherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick. In: Pädiatrische Praxis, Heft 2/2020 (91), S. 307-313
- Fischer FM (2021) Attachment-Based Therapy for Addiction and Trauma in Children and Adolescents. American Journal of Pediatrics, Vol. 7, No.3, Science Publishing Group, New York: 130-136
- Fischer FM, Möller C (2018) Sucht, Trauma und Bindung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhamer, Stuttgart
- Fischer G, Riedesser P (2003): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel: Reinhardt
- Grossmann KE, Grossmann K, Winter M, Zimmermann P (2002) Attachment relationships and appraisal of partnership. In: Pulkkinen L, Caspi A (Hrsg) Personality in the life of course: paths to successful development. Cambridge University Press, Cambridge, S. 73-105
- Kaplan S, Klinetob NA (2000) Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder. The Journal of nervous and mental disease. 9/2000 (188), S. 596-601
- Kidd C (2017) Marshmallows aren't likely to fix low-income kids' real problems. Online Internet: <http://bold.expert/marshmallows-arent-likely-to-fix-low-income-kids-real-problems/>.
09.04.2022
- Mischel W (2014) The Marshmallow Test: Mastering Self-Control. Little Brown, New York
- Najavits, ML (2002) Seeking Safety. A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. Guilford Publications, New York
- Nijenhuis E, van der Hart O (2003) Die strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. In: Reddemann L, Gast U (Hrsg) Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Schattauer, Stuttgart
- Peichl J (2007) Innere Kinder, Täter, Helfer und Co. Klett-Cotta, Stuttgart
- Reddemann L (2003) Imagination als heilsame Kraft. Pfeiffer, Stuttgart
- Schäfer I, Krausz M (2006) Sucht und Trauma. Klett-Cotta, Stuttgart
- Shapiro F (2001) Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures. Guilford Press, New York
- van der Kolk, B (2016) Verkörperter Schrecken. Probst Verlag, Lichtenau
- Watkins JG, Watkins H (2003) Ego-State-Theorie und Therapie. Carl-Auer Verlag, Heidelberg

Jane Busch, Frank M. Fischer, Holger Meyer, Daniela Saric, Ronny Siegert
E-Mail: fischer@hka.de