

Vorwort

Ich gehöre zur dritten Generation von Frauen in meiner Familie, die eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bewältigt haben. Meine Mutter und Großmutter waren Ungarinnen, die den Horror des Holocaust überlebten und dabei wiederholte Traumatisierungen erlitten. Meine Mutter war zu Beginn zehn Jahre alt. Im Jahr 1987 brachte mir ein Fremder in New York bei einer versuchten Vergewaltigung mit einem Rasiermesser Schnittverletzungen im Gesicht bei. Ich erwähne diese Geschichten, weil das vorliegende Werk Ergebnis der emotionalen Arbeit ist, die erforderlich war, um diese Traumatisierungen zu bewältigen – sowohl jene Arbeit, die ich bei meiner Mutter und Großmutter beobachtet habe, als auch meiner eigenen. Ich erwähne diesen Hintergrund auch, weil dieses Buch (auf irrationale, anachronistische Weise) einen Versuch darstellt, ihr Leid zu lindern, das ich als Kind gespürt habe und für dessen Linderung ich mich verantwortlich gefühlt habe. Mir ist jedoch auch bewusst, dass viele der von uns behandelten Patienten weitaus schlimmere Geschichten haben. Zu diesem späten Zeitpunkt stellt das vorliegende Buch einen Lösungsversuch dar, der, wie ich hoffe, anderen Menschen helfen kann. Der einzige Nutzen, der vielleicht aus dem Leid hervorgeht, ist, dass man daraus lernen und es in etwas umwandeln kann, das anderen hilft. Wenn ich die Zeit zurückdrehen könnte, würde ich mir wünschen, dass meine Familie mehr Hilfe bekommen hätte als zum damaligen Zeitpunkt, als das Wissen über Traumatisierungen und ihre Behandlung noch völlig unterentwickelt war.

Ich bin glücklich, dass ich die Möglichkeit hatte, dieses Projekt in den vergangenen Jahren voranzubringen. Wir befinden uns im Moment in einer sehr aufregenden Phase, in der neue Psychotherapien entwickelt und Fortschritte insbesondere in der Behandlung von PTBS und Suchtmittelmissbrauch gemacht werden. Es ist bemerkenswert, wenn man sich vor Augen führt, wie jung diese Bereiche sind. Der Begriff „Alkoholismus“ wurde erst vor 150 Jahren geprägt. Die Anonymen Alkoholiker (AA) sind 1935 gegründet worden. Das erste AA-basierte Therapieprogramm für Suchtmittelmissbrauch, das Minnesota-Hazelden-Programm, wurde erst 1950 eingeführt (Miller, 1995) und das National Institute on Drug Abuse (NIDA), welches das vorliegende Projekt ermöglicht hat, wurde erst in den 70er Jahren gegründet. Die psychotherapeutische Behandlung von Substanzmissbrauch wurde in der ersten Hälfte des 20.

Jahrhunderts sogar als „Verschwendung“ erachtet (Najavits & Weiss, 1994a), und erst in den vergangenen zehn Jahren sind bemerkenswerte Erfolge erzielt worden, Suchtmittelmissbrauch mit anderen psychischen Erkrankungen in Zusammenhang zu bringen. Ebenso wurde die PTBS erst 1980 als psychiatrische Erkrankung klassifiziert, und die Aufmerksamkeit, die dieses Krankheitsbild erhalten hat, unterlag im Verlauf des 20. Jahrhunderts starken Schwankungen (Herman, 1992). Vergleichbar einem Patienten in der Therapie haben also auch diese beiden Bereiche im Laufe der Zeit unterschiedliche Stadien durchlaufen.

In diesem Buch habe ich versucht, ein Behandlungsmodell zu entwickeln, von dem ich hoffe, dass es anderen helfen wird. Es vereint in sich eine Mischung verschiedener Einflüsse, über sechs Jahre empirische Erprobung mit Patienten im Rahmen verschiedener Studien und viel Erfahrungswissen, das durch Versuch und Irrtum entstanden ist (siehe Kapitel 2). Es befindet sich in einer frühen Entwicklungsphase. Obgleich es die erste Behandlung für diese Doppeldiagnose mit einer publizierten empirischen Überprüfung ist (Najavits, Weiss, Shaw & Muenz, 1998e), hatte diese Überprüfung den Charakter einer Pilotstudie. Es gibt noch weitaus mehr zu erforschen, etwa wie sich dieses Modell in verschiedenen Settings und bei unterschiedlichen Patientengruppen bewährt und ob es spezifisch für die Behandlung dieser Doppeldiagnose ist. Bisher sind mehrere Studien abgeschlossen worden, andere laufen noch. Trotz der sehr frühen Entwicklungsphase dieser Therapie können bereits einige sehr positive Ergebnisse festgehalten werden, sowohl im Bereich der Forschung als auch in der klinischen Erprobung mit Therapeuten und Patienten, die das Programm eingesetzt bzw. durchlaufen haben (siehe Kapitel 2).

Ich möchte außerdem festhalten, dass ein Manual zwar den Eindruck erwecken kann, „alle Antworten“ parat zu haben (und das vorliegende aufgrund seiner hohen Strukturiertheit, seines Umfangs und der Menge an Arbeitsblättern vielleicht mehr als die meisten anderen), mir jedoch sehr bewusst ist, dass es keine einfache Antworten gibt. Es ist sogar ein wenig ironisch, dass ich, die ich immer geglaubt habe, der Therapeut sei weitaus wichtiger als das Therapieprogramm, ein Manual geschrieben habe. Was ich deshalb versucht habe, ist Therapeuten eine Menge an Material zur Verfügung

zu stellen, das sie in dieser Form nicht ohne viel Mühe allein hätten zusammentragen können. Aber in letzter Instanz *sind* die Therapeuten die Therapie. Ich mache mir keine Illusionen darüber, dass dieses Manual, wenn es inkompetent eingesetzt wird, viel Gutes bewirken kann. Umgekehrt glaube ich nicht, dass bei hoher Kompetenz gute Ergebnisse von einem Manual abhängen. Ein Manual ist ein Werkzeug und wie jedes Werkzeug kann es dazu verwendet werden zu helfen oder zu schaden. Ein scheinbar so einfaches Thema wie „Um Hilfe bitten“ kann den Patienten so vermittelt werden, dass sie sich gestärkt, aber auch so, dass sie sich herabgesetzt fühlen. Ich muss auch erwähnen, dass diese Behandlung auf meinen eigenen Bewältigungsstrategien basiert. Es ist handlungsorientiert und informativ, aber (wie ich hoffe) auch sensibel gegenüber dem emotionalen Schmerz, der die Patienten in die Therapie führt. Vor einiger Zeit habe ich im Gespräch mit Kollegen festgestellt, dass jeder von uns eine Behandlung entwickelt hatte, die unser eigenes individuelles Bewältigungsverhalten widerspiegelte, mit allen damit verbundenen Vorlieben und Neigungen.

Als ich dieses Buch schrieb, war es für mich sehr wichtig, den Versuch zu unternehmen, mich nicht nur auf die Tradition der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zu beziehen, sondern zum Teil auch auf die psychodynamische Therapie. Teilweise beruht dies auf dem außergewöhnlichen Privileg, dass ich während meines Studiums und der klinischen Ausbildung (und darüber hinaus) sowohl KVT als auch psychodynamische Modelle studieren musste. Aber es geht auch auf meine Arbeit als Therapeutin zurück, denn keines der beiden Modelle hat sich für mich vollständig angefühlt. Beide therapeutischen Schulen können sich gegenseitig sehr bereichern. Wie ein Kollege beim Lesen eines Entwurfs dieses Manuals sagte: Das psychodynamische Element hat „durch die Hintertür hereingelinst.“ Auch wenn die Behandlung in erster Linie auf KVT aufbaut, hoffe ich doch, dass es auch ein wenig von der Weisheit der psychodynamischen Therapie in sich trägt. Da Substanzmissbrauch ein Schwerpunkt der Therapie ist, werden auch Zwölf-Schritte-Gruppen und andere Selbsthilfetraditionen gewürdigt.

Mir ist zudem sehr bewusst, was diese Behandlung nicht leisten kann. Ich kann nicht die erbarungslose Tendenz der Menschen verhindern, einander zu verletzen. Ich kann nichts ausrichten gegen die ungeheuren Schwierigkeiten, mit denen die am meisten benachteiligten Patienten zu kämpfen haben (angefangen von schwierigen

Lebensumfeldern bis hin zu einem unzureichenden Sozialsystem). Ich kann die ungeheuren Investitionen seitens der Patienten, Therapeuten und der Gesellschaft nicht ausgleichen, die unabhängig von Therapiemanualen für einen tiefgreifenden Lernprozess erforderlich sind. Trauma ist eine extreme Form von *Pech* – das Pech, in der falschen Familie, am falschen Ort oder zur falschen Zeit geboren worden zu sein. Das Leben ist von der Unsicherheit überschattet, dass ohne Grund und ohne Gerechtigkeit die Dinge extrem schief gehen können. Auch Substanzmissbrauch ist eine Erkrankung, die durch Kontrollverlust charakterisiert ist, und in Verbindung mit einem Trauma ist es eine enorm schwere Aufgabe, sie zu bekämpfen.

Und schließlich weiß ich sehr genau, dass Veränderung ein mysteriöser Vorgang ist. Es ist schwer vorzusehen, wem es gelingt, sich zu verändern, und warum. Viele Dinge geben Impulse – ein Therapeut, ein Buch, etwas, das in bestimmter Weise an einem bestimmten Tag gesagt wird – aber am Ende weiß man nicht, was wirklich Veränderung bewirkt hat. Trotzdem steht außer Frage, dass ein Veränderungsprozess von den Patienten und Therapeuten alles verlangt. Zwei meiner Lieblingszitate beschreiben, wie unglaublich schwierig Veränderung ist.

Do you think it is easy to change?

*Alas, it is very hard to change and be different.
It means passing through the waters of oblivion.*

D. H. Lawrence, aus dem Gedicht „Change“
(1971)

*How do people change? God splits the skin with
a jagged thumbnail from throat to belly and then
plunges a huge filthy hand in, he grabs of your
bloody tubes and they slip to evade his grasp but
he squeezes hard, he insists he pulls and pulls
till all your innards are yanked out and the pain!
We can't even talk about that. And then he stuffs
them back, dirty, tangled and torn. It's up to you
to do the stitching.*

Tony Kushner, aus dem Theaterstück „Angels in
America“ (1994)

Dies ist nicht erfreulich, aber auch das, was diese Patienten erlebt haben und die emotionalen Tiefen, die sie im Laufe ihrer Genesung durchmachen müssen, sind nicht erfreulich. Sie verdienen das Beste, was wir ihnen geben können, und eine Zukunft, die besser ist als ihre Vergangenheit.

Lisa M. Najavits

Danksagung

Dank gebührt folgenden Menschen, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre:

- Den Mentoren, bei denen ich das Privileg hatte zu lernen: Steve Hollon, PhD; Hans Strupp, PhD; John Gunderson, MD und Roger Weiss, MD. Steve und John gebührt besonderer Dank dafür, dass sie mich zu intellektueller Strenge geschult haben: Klischees zu vermeiden, hart zu arbeiten und sowohl Patienten wirklich zuzuhören als auch Daten zu sehen, ohne voreingenommen zu sein. Ich hatte Glück, in entscheidenden Momenten meiner Ausbildung auf so viel Idealismus zu stoßen und sowohl KVT als auch psychodynamische Therapie von diesen Vorbildern zu lernen. Roger Weiss ist für meine Karriere im Suchtbereich verantwortlich. Er gab mir 1992 den Anstoß, den Antrag zu stellen, mit dem das vorliegende Projekt begann, und er war der Mensch, der mir als Ratgeber bei der Durchführung am beständigsten zur Seite stand. Hans war einer meiner Helden ebenso als Mitbegründer der Psychotherapieforschung wie aufgrund seiner Freundlichkeit und Großzügigkeit während meiner Karriere.
- Den teilnehmenden Patienten in den Studien und Therapiegruppen am McLean Hospital, die aus diesen Seiten sprechen.
- Den Kollegen auf dem Gebiet von PTBS und Substanzmissbrauch für ihre Zusammenarbeit und Freundschaft: Bonnie Dansky, PhD; Margaret Kramer, PhD; Vivian Brown, PhD; Denise Hien, PhD; Lisa Litt, PhD; Joe Ruzek, PhD; Caron Zlotnick, PhD; Norma Finklestein, PhD, und die Mitarbeiter des WELL-Projekts; Kathleen Brady, MD; Bob Rosenheck, PhD; Frances Hutchins, PhD; Terry North, MA und Carey Smith, MA.
- Den Therapeuten, die in den Studien diese Therapie durchgeführt haben, die rohen Entwürfe und hohen Erwartungen toleriert und hilfreiche Rückmeldungen gegeben haben: Henrietta Menco, LICSW; Judi Zoldan, LICSW; Ronda Yeomans, PhD; Monika Kolodziej, PhD; Rima Saad, MA; Deborah Fraser, PhD; Kay Johnson, LICSW; Linda Centano, MA; Helen Duane, MA; Barbara Wolfsdorf, PhD; Celia Winsor, BA; Maryellen Crowley, PhD und Martha Schmitz, PhD.
- Zwei langjährigen Forschungsassistenten, die für dieses Projekt Außergewöhnliches geleistet haben: Sarah Shaw, BA, und Amy Dierberger, BA.
- Den Ratgebern bei der Studie: Bruce Liese, PhD, „dem Zuhörer“, für seine frühe Unterstützung dieser Arbeit, und Larry Muenz, PhD, für exzellente statistische und Lebensratschläge sowie Kathleen Carroll, PhD, für methodische Hinweise.
- Aaron Beck, MD, und Marsha Linehan, PhD, für ihre herzliche Unterstützung und ihre bahnbrechenden Arbeiten zur Entwicklung der Psychotherapie.
- Stacey Luftig, für die Gespräche über das Schreiben und dafür, während unserer mehr als 30-jährigen Freundschaft immer für mich da gewesen zu sein. Und anderen, deren Gegenwart in den vergangenen Jahren so wichtig war: Judy Najavits, Fran Grossman, Brian Sands und Linda Schulman.
- Lisa Onken und Jack Blaine von der NIDA, die mit ihrer Initiative, die Entwicklung neuer Behandlungsansätze zu fördern, diese Arbeit ermöglicht haben sowie Lisa für ihre Unterstützung weiblicher Forscherinnen.
- Institutionen, die mich nachhaltig beeinflusst haben: Dem Barnard College/Columbia University für den Unterricht in Humanwissenschaften, der Vanderbilt University für die Forschungsausbildung und dem McLean Hospital, an dem diese Arbeit entstanden ist. Und zwei weiteren Einrichtungen: der International Society for Traumatic Stress Studies und der Society for Psychotherapy Research.
- Und schließlich und am allermeisten meinem Ehemann, Burke Nersesian: Für das Zitat auf Seite 230 und für seine außerordentliche, anhaltende Liebe. Burkes Einfluss lässt sich nicht in Worten ausdrücken: seine Brillanz, seine tiefe Einsicht, seine Fürsorge, sein Humor wie auch sein Mut, um jeden Preis ehrlich zu sein und wirklich zuzuhören. Mir scheint, es sollte einen Begriff geben, der das Gegenteil von Trauma beschreibt, der ebenso willkürlich und gut ist, wie ein Trauma willkürlich und böse ist; für mich ist Burkes Gegenwart in meinem Leben dieser Gegenbegriff.

Dieses Projekt ist mit Mitteln der NIDA (R03-DA08631, R01-DA08631, K02-DA00400) und des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (R21-AA12181) unterstützt worden.

Vorwort zur deutschen Übersetzung

Die Biografien suchtkranker Menschen sind erschreckend häufig von traumatischen Erfahrungen geprägt. Dies gehört für alle, die an ihrer Beratung und Therapie beteiligt sind, zur Alltagserfahrung. Häufig bestehen offensichtliche Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und dem Substanzkonsum, der bei vielen Betroffenen im Sinne einer nachvollziehbaren Bewältigungs-, wenn nicht Überlebensstrategie verstanden werden kann. Dennoch erhalten Suchtkranke mit Traumatisierungen oft nicht die Unterstützung, die nötig wäre, um der Spirale aus Trauma und Sucht zu entkommen und den Substanzkonsum durch heilsame Bewältigungsstrategien zu ersetzen. In weiten Teilen des Hilfesystems herrscht große Unsicherheit im Umgang mit Traumatisierungen und ihren Folgen, spezifische Hilfen erschienen bislang nur schwer flächendeckend zu implementieren. Insbesondere muss davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der im Hilfesystem Tätigen keine spezifische traumatherapeutische Ausbildung absolvieren kann oder möchte. Evidenzbasierte Methoden, die eine flexible, wirksame Therapie der „Doppeldiagnose“ von Sucht und Traumafolgen ermöglichen, waren lange nicht verfügbar.

Lisa Najavits hat mit „Sicherheit finden“ (engl. „Seeking Safety“) ein Therapieprogramm vorgelegt, das diese Lücke in idealer Weise schließt. Es integriert wichtige Behandlungsprinzipien von Sucht- und Traumatherapie, mit einem Schwerpunkt auf stabilisierenden Interventionen und dem Aufbau Sicherer Bewältigungsstrategien. Das Programm kann bei den unterschiedlichsten Patientengruppen und in allen Settings eingesetzt werden. Es hat sich im Gruppenformat bewährt, kann aber ebenso in der Einzeltherapie genutzt werden. Es liegt in Form eines umfassenden, gut strukturierten Manuals vor, kann ohne langjährige Zusatzausbildung von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen eingesetzt werden und hat sich in einer großen Anzahl von Untersuchungen als gut durchführbar und wirksam erwiesen.

„Sicherheit finden“ wurde von der Autorin mit außergewöhnlicher Sorgfalt entwickelt. Es ist in seiner Behandlungsphilosophie und seiner Wortwahl bis ins Detail durchdacht und folgt wohl überlegten Prinzipien. Wir haben uns deshalb bemüht, den Aufbau und Sprachgebrauch des Programms in der

deutschen Übersetzung so vollständig wie möglich zu erhalten. Dennoch erschien es nötig, einzelne Teile, etwa im Kapitel „Unterstützungsangebote“, an das deutsche Hilfesystem anzupassen. Auch einzelne Formulierungen wurden behutsam an das im Deutschen Übliche angeglichen. Weiter wurden die Literaturquellen, die in verschiedenen Kapiteln der Originalversion enthalten sind, um eine Liste deutschsprachiger Referenzen zu den entsprechenden Themen ergänzt, die sich am Ende des Literaturverzeichnisses befindet. Abweichend vom Original ist der deutschen Übersetzung des Manuals auch eine CD-ROM beigelegt, auf der alle Arbeitsmaterialien enthalten sind. Schließlich wurde das Manual um ein Kapitel erweitert, das sich mit dem aktuellen Wissensstand zu Traumatisierungen bei Suchtkranken im deutschsprachigen Raum auseinandersetzt.

Unser großer Dank gilt zunächst Frau Professor Lisa Najavits, die mit ihrer freundlichen und unterstützenden Art die Idee einer deutschen Übersetzung ihres Therapieprogramms von Anfang an begleitet und gefördert hat. Weiter möchten wir sehr herzlich Frau Dipl.-Psych. Susanne Weidinger vom Hogrefe Verlag danken, ohne deren Interesse und geduldige Begleitung dies nicht geglückt wäre. Frau Professor Monika Bullinger vom Institut für Medizinische Psychologie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf danken wir herzlich für ihre wertvolle Hilfe und Unterstützung des Hamburger „Seeking Safety“-Projektes, Frau Dipl.-Psych. Dina Barghaan und Frau Dipl.-Psych. Claudia Schulze für ihre engagierte und kompetente „Pionierarbeit“ bei der Durchführung der ersten Hamburger Gruppen. Den Teilnehmern¹ der bisherigen Gruppen danken wir für ihr großes Vertrauen, ihre Geduld und ihre wertvollen Beiträge, die uns ermutigt haben, unsere Arbeit fortzusetzen und unersetzlich dabei waren, sie weiter zu verbessern.

Schließlich möchten wir Frau Dipl.-Psych. Johanna Hissbach und Frau Dr. med. Anna Niemeyer für ihre entscheidende Mitarbeit am deutschen Manual danken, aber auch für ihre Geduld und emotionale Unterstützung in kritischen Phasen der Arbeit daran. Ohne ihre kompetente Mitarbeit hätte die deutsche Version nicht im vorgesehenen Zeitrahmen fertiggestellt werden können.

¹ Anmerkung: Der einfacheren Lesbarkeit halber wurde im gesamten Text auf die gleichzeitige Nennung der femininen und maskulinen Form (Patient/Patientin bzw. Therapeut/Therapeutin) verzichtet.

Wir hoffen, dass „Sicherheit finden“ auch im deutschsprachigen Raum weite Verbreitung findet und denken, dass es einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann, die Versorgungssituation Betroffener zu verbessern.

Hamburg, im April 2008

Ingo Schäfer, Martina Stubenvoll
und Anne Dilling