

36. fdr kongress „Sucht und Gewalt“
6.- 8. Mai in Dornach

DIE TRAUMATISCHEN ERFAHRUNGEN SUCHTGEFÄHRDETER UND SÜCHTIGER MÄDCHEN UND JUNGEN

Christel Zenker, Berlin

ZIELGRUPPE

Nach dem KJHG gelten

- bis 14 Jährige als Kinder,
- 14 - 17 Jährige als Jugendliche und
- 18 - 26 Jährige als junge Erwachsene.

ZIELGRUPPE

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

- mit *missbräuchlichem Drogenkonsum*, der zu zwischenmenschlichen und / oder sozialen und / oder juristischen Probleme führt oder
- die *drogenabhängig* sind. Kennzeichen: Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust, Einschränkung sozialer Aktivitäten, Konsumfortsetzung trotz schädlicher Folgen
- mit *Essstörungen* (= Verhaltensstörungen)

Nicht gemeint sind K+J mit gelegentlichem auffälligem Konsum, wie beim Binge Drinking: vorüber gehendes Probierverhalten, Ablösungsprozess

C. Zenker 2013

GLIEDERUNG

1. Sozialisationsfaktoren, die die Grundlage für Traumatisierungen bilden
2. Biografische / familiäre Risikofaktoren
3. Traumatisierung und Folgen
4. Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Betreuung – Ist und Soll

C. Zenker 2013

SOZIALISATIONSFAKTOREN, DIE DIE GRUNDLAGE FÜR TRAUMATISIERUNGEN BILDEN

GENDER, SOZIALSTATUS, BILDUNG

GENDER UND SUCHT

Gender beeinflusst ..

- die Erfahrungen in der Herkunftsfamilie,
- die Art der Traumen,
- den Umgang mit Traumen,
- die Wahl des Suchtmittels / Suchtverhaltens,
- die Finanzierung der Sucht,
- die psychische Co - Morbidität,
- Beratung und Therapie.

C. Zenker 2013

PSYCHE UND SOZIALSTATUS (11-13 J.)

KIGGS 2007: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) für Eltern

| | Mädchen | Jungen | niedriger Sozialstatus | hoher Sozialstatus |
|---------------------|---------|--------|------------------------|--------------------|
| Verhaltensprobleme | 12 % | 18 % | 20 % | 9 % |
| emotional auffällig | 11 % | 11 % | 16 % | 6 % |

C. Zenker 2013

BILDUNGSNIVEAU SÜCHTIGER JUGENDLICHER

Schu et al. (2009): Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe

Befragte, die noch Schüler sind:

- 34% sind Hauptschüler (bundesweit 15%)
- 7% sind Gymnasiasten (bundesweit 41%)

Befragte, die keine Schüler mehr sind:

- 45% ohne Schulabschluss (bundesweit 7%)
- 39% Hauptschulabschluss (bundesweit 24%)
- Kein gymnasialer Abschluss

C. Zenker 2013

BIOGRAFISCHE / FAMILIÄRE RISIKOFAKTOREN

BIOGRAFISCHE RISIKOFAKTOREN

Schmidt et al. (2008): Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Bremen
(☉ Alter 17 J.; „normale“ Kindheit: 17% Mädchen, 14% Jungen)

| Risikofaktoren | Alle (N=291) | Mädchen (N=92) | Jungen (N=199) |
|---|-----------------|-------------------|-------------------|
| mit einem Elternteil aufgewachsen | 63 % | 65 % | 62 % |
| bei and. Angehörigen, Pflegefamilie | 12 % | 19 % | 10 % |
| im Heim aufgewachsen | 13 % | 20 % | 10 % |
| Sucht, Eheprobleme, psychische Erkrankung, Tod Eltern- (teil) | 28% | 35 % | 25 % |
| körperl., sex. Gewalterfahrungen | 38 % | 46 % | 34 % |
| Soziale Notlage der Familie | 46 % | 45 % | 47 % |

C. Zenker 2013

FAMILIÄRE RISIKOFAKTOREN

Erziehung:

- hart, aggressiv
- überbehütend, verwöhnend
- inkonsistent, widersprüchlich.

- Körperliche und emotionale Vernachlässigung,
- Ablehnung, Demütigung

C. Zenker 2013

KINDER VON DROGENKONSUMENTEN

- Ca. 2,65 Millionen Kinder (unter 18 Jahren) leben bei ihren alkoholkranken Eltern, ca. 40 000 - 60 000 Kinder bei Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind.
- Diese Kinder haben ein 6-fach höheres Risiko selbst drogenkrank zu werden und sie haben ein hohes Risiko für Suizidalität und weitere seelische Erkrankungen, verglichen mit Kindern nicht suchtkranker Eltern (Klein 2005).

C. Zenker 2013

ALKOHOLABHÄNGIGKEITSRISIKO (OR)

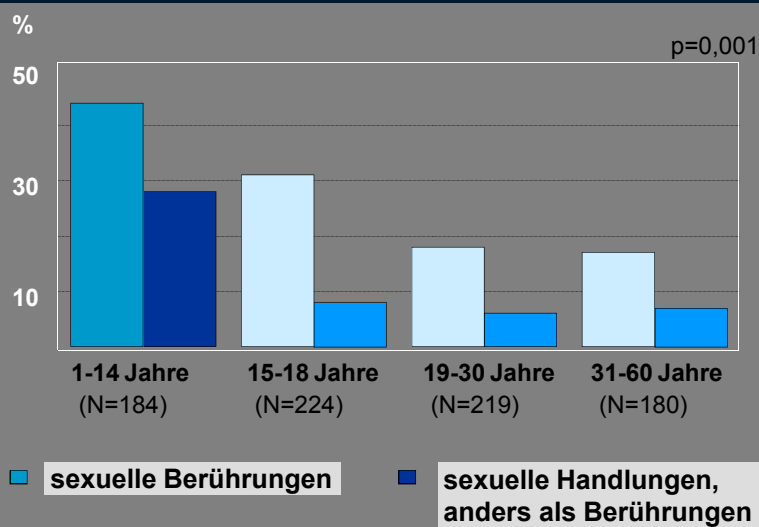
Lachner & Wittchen (1997): EDSP*; N=3021; 14 – 24J.

| Alkoholprobleme | Männliche Probanden | Weibliche Probanden |
|-------------------|---------------------|---------------------|
| Nur Vater | ~ 2 ** | ~ 9 *** |
| Nur Mutter | ~ 3 *** | ~ 16 *** |
| Beide Elternteile | ~ 19 *** | ~ 28 *** |

** = $p < .01$; *** = $p < .001$; *Early Developmental Stages of Psychopathology

C. Zenker 2013

SEX. BERÜHRUNGEN (44%) / SEX. HANDLUNGEN (28%) BIS ZUM 16. LBJ. N = 184 RAUEN (Zenker et al. 2002)



C. Zenker 2013

GEWALT BIS ZUM 16. LBJ. BEI MÄNNLICHEN OPIATABHÄNGIGEN

| | |
|------------------|-----------|
| sexuelle Gewalt | 25 – 40 % |
| physische Gewalt | ca. 30 % |

Schmidt (2000), Schäfer et al. (2000)

C. Zenker 2013

KINDLICHE TRAUMATISIERUNGEN BEI SUCHTPATIENTEN (bis zum 16. Lbj.)

Review über 64 Studien (Simpson & Miller 2002) **und**
Allgemeinbevölkerung (Wetzels 1997)

Sexueller Missbrauch

- 30 - 70 % bei suchtkranken Frauen (9%)
- 9 - 30 % bei suchtkranken Männern (3%)

Körperliche Misshandlung

- 30 % bei suchtkranken Frauen (10%)
- 25 - 50% bei suchtkranken Männern (10%)

Seelische Gewalt

- 51 % von 193 suchtkranken Frauen, die bis zum 14. Lbj. in die Sucht eingestiegen sind (Zenker et al. 2002)

C. Zenker 2013

TÄTER / -INNEN SEXUELLER GEWALT

Bei Mädchen

- Etwa die Hälfte der Befragten nennen ausschließlich familiäre,
- ca. ein Drittel ausschließlich Fremde und
- 15% nennen Familienmitglieder und Fremde als TäterInnen (Zenker et al. 2002).

Bei Jungen

- Etwa die Hälfte der Befragten nennen Täter aus dem außerfamiliären Nahbereich, wie Nachbarn, Freunde der Familie, ältere Jugendliche, Erziehungspersonen,
- 20% Täter aus der Familie und
- 25% Fremde (Boehme 2002).

C. Zenker 2013

TRAUMATISIERUNG UND FOLGEN

TRAUMATISIERUNG

- Kindliche komplexe interpersonale Traumatisierungen sind lang andauernde, wiederholte Traumatisierungen.
- Die Person, die Zuflucht und Schutz vor Bedrohung darstellen sollte, ist gleichzeitig Quelle von Schmerz, Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen.
- Das Kind erlebt eine Diskrepanz zwischen bedrohlicher Situation und der Unmöglichkeit diese zu bewältigen.

C. Zenker 2013

M Ö G L I C H E F O L G E N V O N

TRAUMATISIERUNG

- Bindungsdesorganisation: Die Unfähigkeit, anderen zu vertrauen und erfüllte soziale Kontakte zu erleben.
- Lebenslang bestehende Überzeugung mangelnden Selbstwertes und der Unfähigkeit zur Selbst-Wirksamkeit (fehlende Kohärenz).
- Beeinträchtigte Affektregulation und Impulssteuerung, die zu Anspannung und (Auto-) Aggression führen.
- Dissoziative Störungen: teilweiser Verlust von Erinnerungsvermögen, der Wahrnehmung der Umgebung, eigener Gefühle oder der eigenen Person, wie bei der multiplen Persönlichkeitsstörung.

C. Zenker 2013

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTSD)

- Häufiges Wiedererleben des Traumas in Alpträumen, Flash-backs oder sich aufdrängenden Gedanken.
- Bei Erinnerung an das Trauma intensive emotionale und körperliche Erregung.
- Generell: Übererregbarkeit mit Schreckreaktionen, Konzentrationsstörungen, Wutausbrüche.
- Vermeidung traumabezogener Erinnerungen, sozialer Rückzug.

C. Zenker 2013

FOLGEN DES SEXUELLEN MISSBRAUCHS BEI JUNGEN (Schäfer 2004)

- Die erlebte Opferrolle (= weiblich) kann zur Verunsicherung bzgl. der eigenen Identität als (starker, unverletzlicher) Junge / Mann führen.
- Die überwiegend homosexuellen Missbrauchserfahrungen können auch die Geschlechtsidentität in Frage stellen: Bin ich homosexuell?
- Es kann zur Überidentifikation mit einem stereotypen Männerbild kommen, gepaart mit (sexualisierter) Aggression und Delinquenz: Das Opfer wird zum Täter.

C. Zenker 2013

ABWEHRMECHANISMEN INTER- UND EXTERNALISIERUNG

Die Traumatisierung führt zu einem intrapsychischen Konflikt mit nicht erlaubten Gefühlen und aggressiven Impulsen.

1. **Internalisierung:** Selbstwertprobleme, Selbstverletzungen, Essstörungen, heimlicher Konsum von Alkohol und Medikamenten, Somatisierungsstörungen. Seelische Störungen (Suizidalität, depressive, Angststörungen).
2. **Externalisierung:** ADS, Dissozialität, emotionale Ausbrüche, Schulversagen, Substanzmissbrauch.

C. Zenker 2013

INTERNALISIERUNG DES SEXUELLEN MISSBRAUCHS (sM) BEI JUNGEN

- Jungen leiden in der gleichen Häufigkeit wie Mädchen unter emotionalen (internalisierenden) Problemen.
- Das Risiko für Suizidgedanken (gegen sich selbst gerichtete Gewalt) ist bei sm Jungen um das 11fache gegenüber nicht missbrauchten Jungen erhöht (Garnefski & Diekstra 1997).
- Auch exzessiver Drogenmissbrauch deutet auf nach innen gerichtete Aggression.

C. Zenker 2013

SELBSTMEDIKATIONSHYPOTHESE

(Khantzian 1985)

*Bei schweren Traumafolgen kann
Drogenkonsum*

- überwältigende, schmerzhaft Gefühle, Ängste und negative Affekte reduzieren und das Rückzugsverhalten oder eine eingeschränkte emotionale Erlebnisfähigkeit positiv beeinflussen.

C. Zenker 2013

JUGENDLICHE MIT
SUCHTMITTELPROBLEMEN
IN BETREUUNG
IST UND SOLL

KINDER UND JUGENDLICHE MIT SUCHTMITTELPROBLEMEN ..

finden sich in den Hilfesystemen
der Jugendhilfe,
der Suchthilfe und
Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Institutionen sind gekennzeichnet durch
jeweils spezifische Kompetenzen / Professionalität
und haben daher einen eingeschränkten Blick für die
Komplexität der Störung der Jugendlichen.

C. Zenker 2013

| | Mädchen | Jungen |
|--|-------------|--------------|
| BETREUER (Schmidt et al. 2008: 196 ♂, 92 ♀. 12 - 19 J. Ø 17 J.) | | |
| Suizidversuche | 24 % | 7 % |
| Psychische Probleme: Ja weiß ich nicht | 69 % 11% | 41 % 25 % |
| JUGENDLICHE (Schu et al. 2009: 75 ♂, 28 ♀. 13 - 22 J., Ø 18 J.) | | |
| Psychische Beschwerden (SCL-K-9) | 89 % | 82 % |

C. Zenker 2013

PROBLEM MEHRFACHVORBETREUUNGEN

- BMG-Studie (Schu et al. 2009): Ø 3,9 Vorbetreuungen: Entgiftung (91%), Drogenberatung (57%)
Kinder- / Jugendpsychiatrie (54%)
Krankenhaus (43%), Jugendamt (34%)
- Bremen (Schmidt et al. 2008): mindestens eine Vorbetreuung: 91% der Mädchen, 95% der Jungen. Mehr als 5 Vorbetreuungen hatten 26% der 12-15 Jährigen.

C. Zenker 2013

BEHANDLUNGSNOTWENDIGKEITEN

Die Probleme der Kinder / Jugendlichen sind vielschichtig. Sie haben große Schwierigkeiten, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen.

- Multifokale Behandlung
- Integrierte Behandlung von Sucht und komorbider psychischer Störung
- Integrierte pädagogische und therapeutische Behandlungsplanung
- Stärkung trauma-pädagogischer Ansätze

C. Zenker 2013

INTERVENTIONSNOTWENDIGKEITEN

Schu et al. 2009: Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe

1. Hilfen, so früh wie möglich durch Kooperationen mit KiGa, Schule, Polizei, Medizin, Erziehungsberatung
2. Suchtbelastete Familien früh erreichen
3. Kooperationen zwischen den Beteiligten: Jugendhilfe, Kinder- / Jugendpsychiatrie, Suchthilfe
4. Jugend-, suchtspezifische Qualifizierung aller Fachkräfte
5. Genderkompetenz (Vorbildfunktion), schon in Grundausbildungen
6. Interkulturelle Konzepte
7. Ausreichende Angebote für Jungen und Mädchen

C. Zenker 2013

**VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT !**