

Suchtträume

Ein therapierelevantes Thema in der Behandlung
suchtmittelabhängiger Straftäter nach § 64 StGB?

Masterthesis

von

Florian Köhler

Bürgermeister-Peters-Str. 1c

37154 Northeim

Matrikel-Nr.: 516431

Vorgelegt an der

Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen

Erstprüfer: Prof. Dr. Michael Klein

Zweitprüfer: Prof. Dr. med. Wolfgang Schwarzer

zur Erlangung des Grades Master of Sciences (M. Sc.)

Inhalt

1. Zusammenfassung	1
2. Einleitung	2
3. Traumhafte Zwischenwelten	4
3.1. Historischer Exkurs – Was bedeuteten Träume für unsere Vorfahren?....	6
3.2. Die moderne Traumforschung – Von den Anfängen zum heutigen Wissensstand	8
4. Suchträume – Aus den Traumwelten suchtmittelabhängiger Menschen ..	15
4.1. Zur Prävalenz von Suchträumen bei Suchtmittelabhängigen	19
4.2. Zum Zusammenhang von Craving und Suchträumen	20
4.3. Der therapeutische Nutzen von Suchträumen	21
4.3.1. Suchträume als „Thermometer“ in der Behandlung	22
4.3.2. Suchträume als Standortbestimmung	24
4.3.3. Suchträume als Warnsignal	26
5. Exkurs – Maßregelvollzug nach § 64 StGB	27
6. Studiendesign	29
6.1. Fragestellung	30
6.2. Hypothesen	31
6.3. Untersuchungsmethode	32
6.3.1. Quantitative Sozialforschung	32

6.3.2. Fragebogenentwicklung	33
6.3.3. Stichprobe	36
6.3.4. Durchführung	37
6.3.5. Vor- und Nachteile der gewählten Forschungsmethode.....	38
7. Ergebnisse der Erhebung	39
8. Diskussion der Ergebnisse	46
9. Fazit.....	54
10. Anregungen für die Praxis	55

1. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, inwieweit auch Patienten des Maßregelvollzuges nach § 64 StGB von Suchträumen betroffen sind und inwieweit dies ein therapierelevantes Thema darstellt. Es wurden Patienten (n=57) des Maßregelvollzugszentrums Niedersachsen Moringen mittels Fragebogen zum Erleben von Suchträumen befragt. 49 der 57 teilnehmenden Patienten berichteten Suchträume zu haben oder gehabt zu haben. Gleichzeitig zeigt sich, dass Patienten, die zu Beginn der Unterbringung Suchträume erleben, häufiger Craving verspüren als Patienten, die bereits länger in der Unterbringung sind. Mit fortschreitender Unterbringungsdauer gingen sowohl die Frequenz der Suchträume als auch das Verspüren von Craving zurück. Weiter wurde sichtbar, dass nur rund die Hälfte der Patienten ihre Suchträume mit den Therapeuten thematisieren. Allein aufgrund der hohen Zahl der Patienten, die Suchträume kennen, kann die Therapierelevanz als gegeben angesehen werden. Der Zusammenhang von Suchträumen und Craving unterstreicht dies zusätzlich.

2. Einleitung

„Wovon träumst du nachts?“ – Einerseits im Alltagsjargon eine eher negativ behaftete rhetorische Frage, andererseits aber auch eine Frage, die Menschen seit jeher beschäftigt.

Die Deutschen verbringen einen nicht unbeträchtlichen Teil unseres Lebens mit Träumen – etwa 20 Jahre unseres Lebens verbringen wir in dieser „anderen Welt“ (Klein, 2018:19). Auch Klein (2018:19) stellt sich die Frage, wie uns die vielfältigen Erfahrungen, die wir im Traum machen, so gleichgültig werden konnten. Statt auf die Erfahrungen des Traumerlebens zurückzugreifen und diese für uns zu nutzen, versuchen wir stattdessen, möglichst viele Erlebnisse in unseren Alltag zu integrieren und hetzen so von Termin zu Termin, Meeting zu Meeting, Erfahrung zu Erfahrung. Der Schlaf beziehungsweise das Träumen sind mehr zu einem lästigen Zeitfresser verkommen. Doch auch und gerade während des Schlafs und des Träumens bleibt unser Gehirn aktiv. Es entstehen Bilder, Gefühle, Erinnerungen. Wir entwickeln Gedanken und Handlungsweisen. Von Zeitverschwendung auszugehen, wäre also durchaus abwegig (Klein, 2018:19).

Das Deuten der Bilder und Erfahrungen, die die Menschen im Schlaf heimsuchen, beschäftigte unter anderem Freud, als dieser 1900 sein Buch „Die Traumdeutung“ erstveröffentlichte. Freud befasste sich neben dem seinerzeit bekannten theoretischen Hintergrund des Träumens auch in einem Kapitel mit den „Beziehungen zwischen Traum und Geisteskrankheiten“ (Freud,1914). So ist Freud der Meinung, dass jemand, der von dieser Beziehung spreche,

möglicherweise eine „Veränderung [meint], die das Traumleben im Falle der Geisteskrankheiten erleidet“ (Freud,1914). Zwar ging diese Überlegung Freuds in Richtung der Veränderung des Träumens unter dem Einfluss einer Psychose, dennoch gab es hier schon erste Überlegungen, inwieweit eine Erkrankung des Geistes einen Einfluss auf unser Traumerleben hat.

Seit den 1960er Jahren gibt es Berichte beziehungsweise Untersuchungen zum beeinflussten Traumverhalten bei Alkohol- und Tabakkonsumenten (Colace,2014:6). 1980 konnte von Fiss erstmals nachgewiesen werden, dass es einen Zusammenhang zwischen Alkohol-Craving¹ und dem Träumen vom Alkoholkonsum gibt. Mittlerweile ist bekannt, dass viele Suchtmittelabhängige Suchträume kennen. Verschiedenste Untersuchungen zeigten eine Prävalenz beispielsweise bei Heroin- und Kokainabhängigen von 91 % in einem 30-Tage-Zeitraum (Herr, Montoya, Preston:1993). Ähnliche Zahlen finden sich bei den meisten anderen Suchtstoffen wieder.

Trotz dieser hohen Zahlen ist das Thema in der Behandlung und Beratung von Suchtabhängigen noch eher unbekannt. Diese Erkenntnis in Verbindung mit den am häufigsten auftretenden Traumgehalten - welche da wären: Drogenkonsum, Suchen nach Drogen, anderen beim Konsum zusehen etc. (Colace:2014) – lässt vermuten, dass ein derart beeinflusstes Traumerleben zu belastenden Erfahrungen für die Betroffenen werden können.

¹ Lt. United Nations International Drug Control Programm (UNDCP, 1992) ist „drug craving“ „der Wunsch nach den bereits zuvor erlebten Effekten einer psychoaktiven Substanz“, Craving wird in dieser Arbeit durchgehend anstelle des Begriffs „Suchtdruck“ genutzt, wenngleich der Fragebogen den Terminus enthält, da er bei den befragten Personen geläufiger ist.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, inwieweit das Arbeiten mit sogenannten Suchtträumen in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten, die nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB) behandelt werden, für die Therapie relevant ist. Um dieser Frage nachzugehen, wurden Patienten² des Maßregelvollzugszentrums Niedersachsen Moringen (n= 57) befragt.

3. Traumhafte Zwischenwelten

Was haben Sie letzte Nacht geträumt? Erinnern Sie sich nicht? Dann ergeht es Ihnen wie vielen Menschen. Doch wäre es ein Irrglaube zu behaupten „Ich habe nichts geträumt“, denn mittlerweile ist bekannt, dass wir Menschen fast immer träumen, wir erinnern uns nur oftmals am nächsten Morgen nicht mehr daran (Klein, 2018: 11). Um ein gewisses Grundverständnis von der Thematik zu erlangen, soll im Folgenden auf verschiedene Aspekte zum Thema „Träume“ eingegangen werden, wenngleich dies ohne Anspruch auf Vollständigkeit geschieht.

Zunächst gilt es jedoch, den Begriff „Traum“ näher zu definieren. In ihrem Artikel zur Neurobiologie des Träumens definieren Edward F. Pace-Schott und Dante Picchioni das Träumen als „universelle, menschliche Erfahrung, welche während

² Aus Gründen der verbesserten Lesbarkeit wurde entschieden, unter Einbeziehung der weiblichen Form lediglich die männliche Schreibweise zu verwenden. Dies bezieht sich auf alle folgenden Termini.

des Schlafens auftritt und in welcher fiktive Ereignisse in einer Art Geschichte aufeinander folgen und in welche – primär visuelle – halluzinierte Bilder eingeflochten sind“ (Pace-Schott, Piccioni, 2016). Hobbs und McCarley definierten einen Traum als eine „mentale Erfahrung, die im Schlaf auftritt und charakterisiert wird durch halluzinierte Bilder, die oftmals klar erkennbar sind“ (Hobbs, McCarley, 1977). Gleichwohl beinhalten Träume aber auch bizarre Elemente, die raum-zeitlich verzerrt auftreten. Im Moment des Auftretens wirken sie jedoch real. Auch starke Emotionen können im Traum auftreten (Hobbs, McCarley, 1977). Es lässt sich also herausstellen, dass ein Traum eine Erfahrung ist, die während des Schlafens auftritt und durch halluzinierte Bilder, welche real, aber auch bizarr wirken können, geprägt ist.

Diese Beschreibung begrenzt zwar das Träumen auf eine menschliche Erfahrung, – dagegen spricht, dass auch das Träumen bei Tieren nachgewiesen ist – umreißt jedoch die Merkmale, die das Träumen auszeichnen. Träumen meint also eine Erfahrung fiktiver Ereignisse, welche uns im Zustand des Schlafens ereilen. Dieses Wissen bestand jedoch nicht seit jeher. Um das Verständnis beziehungsweise die Veränderung des Verständnisses zum Thema aufzuzeigen, soll der folgende kurze historische Exkurs dazu dienen, die Entwicklung zum heutigen Verständnis nachvollziehbar zu machen.

3.1. Historischer Exkurs – Was bedeuteten Träume für unsere Vorfahren?

Der Ethnologe Gunnar Landtman lebte zu Beginn des 20. Jahrhunderts bei den Kiwai, einem isoliert lebenden Volk in Papua-Neuguinea. Dort dokumentierte er unter anderem, wie die Traumwelt der Kiwai als ein Teil ihrer Wirklichkeit verstanden wurde. Ein dokumentierter Fall beschreibt einen Einwohner, der nachts träumte, von einem Freund Kostbarkeiten geschenkt bekommen zu haben, was ihn dazu veranlasste, nach dem Erwachen das gesamte Haus zu durchsuchen. Auf die Frage, was er da täte, antwortete er „Sei still, ich habe gute Dinge gesehen“ (Klein 2018: 17).

Auch unsere Vorfahren haben den Träumen eine andere Bedeutung zukommen lassen, als dies heute der Fall ist. So waren Träume noch vor gut zwei Jahrhunderten ein selbstverständliches Thema bei den alltäglichen Gesprächen und gleichzeitig eine Orientierung für das Handeln der Menschen (Klein, 2018: 17).

Wurden Träume zu Frühzeiten oftmals eher einer Gottesgabe oder anderweitig spirituell begründeten Erscheinungen zugeschrieben – beispielsweise der im Alten Testament zu findende Traum Jakobs von der Himmelsleiter, über die ihm Gott zugänglich wurde - änderte sich das Verständnis vom Träumen in den letzten gut einhundert Jahren deutlich. Allen voran sei hier Sigmund Freud genannt, der mit seinem Werk „Die Traumdeutung“ 1900 eine ganz andere Sicht auf die Entstehung und Aussagekraft der Träume einnahm. Freud ging

verschiedenen Gedanken nach, woher Träume kommen, wie sie entstehen und was sie uns sagen können. Einerseits sah er in den Träumen häufig das Bild der „Wunschträume“. Exemplarisch stellt er dar, dass er nachts durstig aufgewacht ist, nachdem er abends salzig gegessen hatte. Der Traum vor dem Erwachen handelte davon, dass er sich an kaltem, klarem Wasser satttrank, ehe er dann erwachte, um seinen „realen“ Durst stillen zu können (Freud, 1900: 136 pp). Neben dieser Traumquelle entwickelte Freud viele weitere Gedanken, wie das Träumen entstehe und was es über uns aussagt. So waren Freuds Traumtheorien ein elementarer Grundstein für die Traumdeutung in der Psychoanalyse.

Doch schon weit vor den Theorien Freuds erachtete eine buddhistische Tradition die Erlebnisse im Schlaf vielmehr als eine Entdeckungsreise, auf der sich das wahre Ich offenbart und sogar zur Erleuchtung verhelfen kann (Klein, 2018: 24). Auch Platon erkannte seine Träume vielmehr daraus resultierend, wenn „der wilde Teil der Seele [...] seine Triebe zu befriedigen sucht“ (Platon, etwa 370 v. Chr., Klein, 2018: 24).

Es zeigt sich, dass Träume schon seit jeher eine wichtige Rolle in den verschiedenen Kulturen spielen und dies auch heute noch tun, wenngleich sich unsere Gesellschaft vielmehr dahingehend verändert, als dass wir uns damit abhetzen, von einem Erlebnis zum nächsten zu jagen, um möglichst viel zu erleben (Klein, 2018: 19). Das Erleben unserer Traumwelt rückt hierbei deutlich in den Hintergrund.

3.2. Die moderne Traumforschung – Von den Anfängen zum heutigen Wissensstand

Um nun das aktuelle, wissenschaftliche Verständnis von Schlaf und Traumerleben zu skizzieren, gilt es, sich einige wichtige Entdeckungen der Forschung auf diesem Gebiet anzuschauen. Im Folgenden werden einige dieser „Meilensteine“ betrachtet. Die historische Prägung des vorangegangenen Abschnittes wird sich auch hier zunächst wiederfinden.

Durch die moderne Medizin und Forschung ist es zunehmend gelungen, das Traumerleben umfassender darzustellen. Untersuchungs- und Diagnosemöglichkeiten wie beispielsweise Magnetresonanztomographie (MRT), Computertomographie (CT) und Elektroenzephalographie (EEG) brachten vollkommen neue Möglichkeiten, die Aktivitäten des (menschlichen) Organismus während des Schlafes – und des Träumens – zu untersuchen und zu dokumentieren.

Eine entscheidende Entdeckung, die für das heutige Verständnis von Schlaf und Traumerleben von elementarer Bedeutung ist, machten Eugene Aserinsky und Nathaniel Kleitman 1953 – sie waren die ersten Forscher, die das rapid eye movement (REM) dokumentierten und quantitativ untersuchten. Zwar entdeckten bereits Forscher vor ihnen, dass sich die Augen während des Schlafs bewegten, jedoch beschränkten sich die bis dahin dokumentierten Beobachtungen auf „langsame, rollende oder pendelnde Augenbewegungen“ (Aserinsky, Kleitman, 1953). Mittels Elektrookulographie, die sie bei zwanzig erwachsenen

Versuchspersonen über einen Zeitraum von mehreren Erhebungszeitpunkten durchführten, entdeckten Aserinsky und Kleitman eine andere Form der Augenbewegung. Sie beschrieben diese als „schnell, ruckartig und beidäufig symmetrisch“. Um den vermuteten Zusammenhang der REM-Phasen mit dem Traumerleben darzulegen, wurden Versuchspersonen zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten erweckt, sobald bei ihnen die beobachteten, schnellen, ruckartigen Augenbewegungen stattfanden, um sie nach dem Traumerleben zu befragen. Die gleiche Befragung fand zu einem späteren Zeitpunkt erneut statt, sobald die Versuchspersonen wieder schliefen und in einem Zustand waren, in dem die Augen keine Bewegungen vollzogen. Von siebenundzwanzig Befragungen während einer Phase des raschen Augenbewegens berichteten zwanzig Versuchspersonen von intensivem Traumerleben vor dem Erwecken, zumeist mit Imaginationen. Die übrigen sieben Personen konnten berichten, dass sie das Gefühl hätten, geträumt zu haben, jedoch konnten sie keine Inhalte wiedergeben. Die dreiundzwanzig Befragungen, die während einer Phase erfolgten, in denen keine Augenbewegungen stattfanden, erbrachten als Ergebnis neunzehn Versuchspersonen, die nicht berichten konnten, dass ein Traumerleben vor dem Erwachen stattfand.

Weiter dokumentierten Aserinsky und Kleitman verschiedene Phasen des Auftretens des REM. So ließen sie elf Versuchspersonen die Nacht durchzuschlafen und beobachteten über diese Zeit die Augenbewegungen. Es fiel auf, dass die REM-Phasen mehrfach pro Nacht auftraten. Den Beginn der ersten Phasen dokumentierten sie nach etwa einer Stunde und vierzig Minuten, das Ende nach vier Stunden und fünfzig Minuten. Die zweite Phase begann etwa eine

Stunde und zehn Minuten bis zu drei Stunden und fünfzig Minuten nach dem Ende der ersten Phase. Während der einzelnen Phasen fand das REM nicht permanent statt, sondern kam schubweise. Es unterbrach mehrfach, um dann wieder zu beginnen.

Neben der Elektrookulographie untersuchten Aserinsky und Kleitman die Versuchspersonen parallel mit einem EEG und überwachten auch die sonstigen motorischen Auffälligkeiten während der Schlafphasen. So stellten sie einen Zusammenhang zwischen REM, den EEG-Befunden und der Aktivität des zentralen Nervensystems her. Sie sahen einen signifikanten Zusammenhang dieser drei Aktivitäten und gingen davon aus, dass dies auf eine kortikale Aktivität während des Schlafens zurückzuführen sei. Letztlich sahen Aserinsky und Kleitman durch ihre Entdeckung einen Beleg für die verschiedenen Phasen des Träumens.

Somit war der REM-Schlaf geboren. Die übrigen Phasen des nächtlichen Schlafes wurden schließlich als NonREM-Schlaf abgegrenzt und zunächst nicht weiter beachtet, da man annahm, dass in diesen Phasen des Schlafes ohnehin nichts weiter passiere. Hierzu später mehr.

Eine weitere wichtige Entdeckung machte der französische Neurophysiologe und Traumforscher Michel Jouvet. Dieser hatte bereits 1962 Experimente mit Katzen durchgeführt. Er beobachtete deren Schlaf, stellte auch hier REM-Schlaf fest. Gleichzeitig beobachtete er etwas, was viele Menschen kennen: Die Katzen bewegten im Schlaf die Pfoten, als würden sie laufen. Eine besondere Aufmerksamkeit bei seiner Forschung galt daher einem Areal im Hirnstamm, der

Pons. Dieses Areal beinhaltet viele Kerne, die an der Steuerung der Motorik beteiligt sind³. Jouvét trennte bei einigen der Katzen die Nervenverbindungen im Hirnstamm und setzte Elektroden ein. In seinen Beobachtungen stellte sich dann heraus, dass bei den Katzen, denen die Nervenbahnen durchtrennt wurden, keine Muskelentspannung während der REM-Schlafphasen eintraten und diese plötzlich begannen, nach Eintritt der REM-Phase zu fauchen, einen Buckel zu machen und teils wie wild durch ihr Gehege zu jagen – dabei befanden sie sich weiterhin im schlafenden Zustand. Durch die zuvor eingesetzten Elektroden konnten die Neuronen gezielt stimuliert werden, weshalb nach Stimulation der Neuronen auch wieder die Muskelentspannung während der REM-Schlafphasen einsetzte und die Katzen wieder ruhig schliefen, was letztlich darauf hindeutete, dass die Nervenverbindungen eine elementare Rolle bei der Entstehung der Muskelentspannung im Körper während des REM-Schlafes einnehmen (Jouvét, Jouvét, 1963).

In den 70er-Jahren erkannten Allan Hobson und Robert McCarley, dass eine Mehrzahl von Botenstoffen (Neurotransmitter) an Beginn und Ende der REM-Phasen beteiligt waren. Einige Botenstoffe regten Nervenzellen an, damit diese den REM-Schlaf initiierten, andere beruhigten die Nervenzellen wiederum, um den REM-Schlaf beenden zu können. Wichtige Botenstoffe in diesem Zusammenhang sind Dopamin und Serotonin (Pace-Schott, Picchioni, 2016: 5).

³ https://www.dasgehirn.info/glossar?search_letter=p&item=pons, Zugriff 26.09.2019, 11:56 MESZ

Neben vielen weiteren Studien und Forschungen zu diesem Themengebiet entdeckte ein Forscherteam bei Versuchen mit Mäusen, dass Mäuse, denen zuvor durch gentechnische Veränderungen des Erbgutes zwei Acetylcholin-Rezeptoren (CHRM 1 und CHRM 3) „abgeschaltet“ wurden, keine REM-Schlafphasen mehr erreichten und insgesamt eine deutlich verkürzte Schlafdauer aufwiesen (Niwa et. al., 2018). Es wird an dieser Stelle jedoch darauf verzichtet, auf die genauere Wirkung einzugehen, da eine dahingehende Vertiefung des Themas zu weit führen würde.

Lange Zeit galt die Annahme, Träume seien nur in der REM-Schlafphase vorhanden, als Tatsache. Wie bereits einige Zeilen zuvor erwähnt, wurde den NonREM-Phasen lange Zeit kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Viele Untersuchungen und Forschungsvorhaben setzten sich mit dem Phänomen des REM-Schlafes auseinander. Jedoch dokumentierte bereits 1962 – und somit fast ein Jahrzehnt nach der Entdeckung des REM-Schlafes – Foulkes, dass Probanden, die während einer Phase des NonREM-Schlafes erweckt wurden, durchaus ein Traumerleben berichten konnten. Seinen Dokumentationen nach waren dies jedoch weniger visualisierte Träume, sondern vielmehr Träume, die hauptsächlich aus Gedankengängen bestanden. Dies konnten verschiedene Forscher über die folgenden Jahrzehnte hinweg bestätigen. Es zeigte sich, dass sogar bei 5 – 10 % der Träume in den NonREM-Phasen inhaltlich nicht von denen der REM-Phasen unterschieden. So erfüllten diese Träume alle Kriterien, die klassisch den Träumen aus der REM-Phase zugeschrieben wurden (visualisiert etc.) (Hobson, 1988). Auch Probanden, die direkt nach dem Einschlafen erweckt wurden, konnten in 50 – 70 % der Fälle von Träumen berichten – obwohl sie

weder in der REM- noch in der NonREM-Phase des Schlafes waren (Foulkes, Vogel, 1965).

Heutzutage weiß man, dass in allen Phasen des Schlafes auch Traumerleben stattfinden kann. Während des Schlafens und des Träumens spielen sich umfangreiche Prozesse im Gehirn ab. Auch physiologische Auffälligkeiten, wie beispielsweise die Erhöhung des Herzschlages, finden während des Träumens statt. Während der REM-Phasen sorgen elektrische Impulse dafür, dass Teile der Sehrinde sowie Hirnregionen, die für bewusste Bewegungen zuständig sind, aktiv werden. Dies führt dazu, dass wir im Traum lebhaft Bilder sehen. Gleichzeitig wird der Körper regelrecht gelähmt – der Schlafende liegt regungslos im Bett, während der im Traum über eine Wiese läuft, einen Berg erklimmt oder mit einem Bären kämpft. Einzig die Augen sind in Bewegung und vollführen die typischen ruckartigen, schnellen Bewegungen, die namensgebend für die REM-Phase sind (Klein, 2018:63). Auch das Erleben intensiver Emotionen ist typisch für diese Phase des Schlafes, da auch das limbische System aktiviert wird, welches für das Erleben von Emotionen (mit-) verantwortlich ist. Die von Jouvett untersuchte Verbindung im Hirnstamm sorgt letztlich dafür, dass wir zwar unsere Emotionen im Schlaf ausleben, jedoch nicht während des Schlafes wild um uns schlagen, so wie es die Katzen in seinem Experiment taten, als die Verbindung im Hirnstamm durchtrennt war. Man stelle sich vor, der Kampf mit einem Bären fände nicht nur in unserem Traum statt, sondern auch gleichzeitig in unserem Schlafzimmer – eine Gefahr für uns und unsere Mitmenschen.

Kleiner Exkurs: Es gibt jedoch eine Erkrankung, bei der dieser Mechanismus im Gehirn nicht funktioniert. Bei Menschen, die von der sogenannten REM-

Verhaltensstörung betroffen sind, funktioniert die Abschaltung der Verbindung im Hirnstamm nicht, was dazu führt, dass diese tatsächlich nachts wild um sich schlagen. Im ICD-10 wird diese Form der Schlafstörung unter G47.8 klassifiziert und gilt somit als „sonstige Schlafstörung“.

Weitere Forschungen haben ergeben, dass sogar erblindete Menschen in Bildern träumen – auch wenn diese nie tatsächlich sehen konnten.

So stellten im Jahre 2003 Bértolo und Paiva fest, dass von Geburt an erblindete Menschen dennoch visualisierte Träume haben. Sie befragten blinde Versuchspersonen nach dem Erwachen nach deren Trauminhalt und baten sie, dies aufzuzeichnen. Als Kontrollgruppe dienten nicht erblindete Versuchspersonen, die die gleiche Aufgabe erhielten. Die später angefertigten Bilder der Versuchspersonen wurden Experten vorgelegt, um deren Einschätzung einzuholen, welche Bilder von sehenden und welche von erblindeten Versuchspersonen stammen. Es war den Experten nicht möglich, eine Unterscheidung vorzunehmen. Somit – gepaart mit einigen EEG-Befunden, die während der Studie erhoben wurden – fanden Bértolo und Paiva Belege dafür, dass auch Menschen, die nie in ihrem Leben sehen konnten, in Bildern träumen können.

Wie sich zeigt, hat sich das Verständnis vom Träumen und den Phasen des Schlafens in den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert. Es gibt noch viele weitere Forschungen auf diesem Gebiet. Deren Nennung würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit um ein vielfaches Erweitern, weshalb an dieser Stelle davon abgesehen wird.

Vielmehr gilt es nun, sich dem eigentlichen Hauptthema dieser Arbeit zu nähern. Neben bekannten Kategorien des Träumens wie beispielsweise Alpträume gibt es seit etwa Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts Forschungen zu sogenannten Suchträumen – in der internationalen Forschung „drug dreams“ genannt. Was sich dahinter verbirgt und welche Erkenntnisse zu dieser Art des Träumens bereits vorliegen, sollen die nächsten Seiten dieser Arbeit erklären.

4. Suchträume – Aus den Traumwelten suchtmittelabhängiger Menschen

Einige Seiten zuvor wurde bereits auf ein Zitat von Platon verwiesen, in dem dieser Träume als Resultat dessen versteht, wenn „der wilde Teil der Seele [...] seine Triebe zu befriedigen sucht“ (Platon, etwa 370 v. Chr.). Schaut man nun die Diagnosekriterien einer Suchterkrankung nach ICD-10⁴ genauer an, so ist eines der Kriterien der Kontrollverlust. Der Betroffene hat keine Kontrolle mehr über seinen Konsum. Es scheint, als wäre der Konsum zu einem „Trieb seiner Seele“ geworden, den es zu befriedigen gilt – auch im Traum.

Dieses Phänomen, bei dem das Traumerleben Betroffener einer Suchterkrankung von deren Suchtmittel geprägt ist, nennt man Suchträume. Diese Art der Träume tritt nur bei Menschen auf, bei denen eine Suchtmittelabhängigkeit vorliegt (Colace, 2014). In der internationalen

⁴ Siehe Anhang Nr. 3

Fachliteratur werden diese Träume „Drug Dreams“ genannt – also Drogenträume. Dieser Terminus wurde erstmals 2001 von B. Johnson im *Journal of the American Psychoanalytic Association* verwendet. Johnson definierte Suchträume als Träume, in denen mindestens eine Person „high“ wurde oder diese Person auf der Suche nach Drogen war beziehungsweise diese erwarb (Johnson, 2001). Jedoch gilt es diese Definition zu erweitern, wie beispielsweise die umfangreiche Fallsammlung von Colace erkennen lässt. So befand Colace (2014) als die häufigsten Inhalte von Suchträumen

- Den Konsum von Drogen beziehungsweise Alkohol
- Den Versuch, Drogen oder Alkohol zu konsumieren
- Die Suche nach Drogen
- Die Vorbereitung des Konsums
- Den Umgang mit Drogen (Anfassen, aber kein Konsum)
- Den Erwerb von Drogen
- Das Verlieren von Drogen
- Das Sehen anderer Konsumenten
- Aus der Vergangenheit bekannte Probleme mit dem Drogenkonsum
- Die erfolgreiche Abstinenz
- Die Angst, beim Konsum erwischt zu werden
- Den Verlust des Partners als Folge des Erwischtwerdens beim Konsum.

Betrachtet man die Auswertung der Fallsammlung von Colace (2014), sind Träume auch dann Suchträume, wenn kein direkter Kontakt mit dem Suchtmittel besteht.

Suchträume sind in der Regel sehr klare Träume, die keine Interpretation benötigen. Sie sind recht kurz und stehen in der Regel in einem direkten Zusammenhang zum tatsächlichen am Tage Erlebten. Auch werden Suchträume von den Betroffenen als sehr real erlebt (Colace, 2014: 13). Dies unterscheidet sie deutlich von gewöhnlichen Träumen, die – wir erinnern uns – eher abstrakt gestaltet sind.

Inhaltlich können die Träume zum Teil stark variieren, ohne jedoch den Bezug zum real Erlebten zu verlieren. Dies führt oftmals dazu, dass die Betroffenen während des Traums und nach dem Erwachen mit starken Emotionen konfrontiert werden. Aus entsprechenden Studien stellte sich heraus, dass viele Betroffene Schuld-, Angst- und Panikgefühle noch während des Traumes erlebten. Andere berichteten auch vom Drang, die Droge konsumieren zu müssen (Colace, 2014: 18 f). In den Träumen kommt es – wie bereits erwähnt – auch zum Erleben von Konsum. Dies führt beispielsweise dazu, dass einige heroinabhängige Personen, die gerade vom Konsum träumten, nach dem Erwachen ihre Arme nach Einstichstellen einer Spritze absuchen (Colace, 2000: 161), da das Erleben im Traum derart realistisch war, dass es zunächst etwas Zeit bedarf, um sich zu orientieren.

Neben den psychischen Reaktionen können auch physiologische Reaktionen wie schwitzen, zittern, Herzrasen, Unruhe oder Kurzatmigkeit im Zusammenhang mit Suchträumen auftreten, wie Berichte von Betroffenen zeigen. Ebenfalls wird oft von Betroffenen berichtet, dass ein Gefühl der Entlastung eintritt, wenn sie nach dem Erwachen feststellen, dass der soeben geträumte Konsum lediglich ein Traum war (Colace, 2014, Yee, Perantie, Dhanani & Brown, 2004).

Zusammengefasst sind Suchträume sehr intensive, realistische Träume, die sowohl auf psychischer als auch auf physiologischer Ebene Reaktionen bei den Betroffenen auslösen können.

Erste Versuche, eine Kategorisierung vorzunehmen gehen auf Brown (1985) zurück. Sie unterteilte die von ihr untersuchten Fälle einerseits in jene Alkoholiker, die nach dem Erwachen aus einem Suchttraum frustriert waren, dass ihr Traum nicht Realität war, andererseits in jene, die nach dem Erwachen aus dem Suchttraum erleichtert waren, dass das eben erlebte nicht der Realität entsprach.

Es folgten weitere Versuche, eine Kategorisierung einzuführen. Colace (2014: 21) nahm aus seinen Erfahrungen heraus eine Kategorisierung in zwei Kategorien vor: Einerseits jene, welche im Traum Drogen konsumieren (type A), andererseits diejenigen, die erfolglos einen Konsumversuch unternehmen (type B). So würden die Betroffenen in type A nach dem Erwachen aus dem Traum oft Schuld empfinden und Gefühle des Bedauerns. Gleichzeitig seien auch viele der Betroffenen aus dieser Kategorie nach dem Erwachen erleichtert, wenn sie feststellen, dass sie abstinent geblieben sind und nicht erneut konsumiert haben. Die Träume in type B lösen hingegen bei den Betroffenen oft starkes Craving aus, da sie nach dem Erwachen feststellen, dass der Konsum tatsächlich nicht stattgefunden hat. Dies führt auch zu Gefühlen von Ärger. Mitunter zieht sich das Craving durch den gesamten Tag, welcher auf den Suchttraum folgt.

Trotz dieser groben Kategorisierung weißt Colace auch darauf hin, dass es bei beiden Gruppen auch Ausnahmen gibt. So können Träume des type B durchaus

Reaktionen hervorrufen, die eher type A-Träumen zugeschrieben werden und anders herum. Um die Träume letztlich in der Behandlung sinnvoll nutzen zu können, gilt es laut Colace (2014: 22f), ein möglichst umfassendes Bild der Träume sowie der damit verbundenen Emotionen zu bekommen.

Dies soll auf den folgenden Seiten umrissen werden, wenngleich hier der Anspruch auf Vollständigkeit entfällt, da dies den angemessenen Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

4.1. Zur Prävalenz von Suchträumen bei Suchtmittelabhängigen

Mehrere Studien zeigten, dass Suchträume ein Phänomen darstellen, welches bei vielen Suchtmittelabhängigen auftritt. So stellten beispielsweise Herr, Montoya & Preston (1994) in einer Untersuchung fest, dass 91 % der von ihnen untersuchten Probanden Suchträume erlebten. Hierbei wurden die Probanden über einen Zeitraum von dreißig Tagen beobachtet. Die Probanden konsumierten Kokain *und* Heroin und galten als suchtmittelabhängig.

Christo & Franey (1996) untersuchten polytoxikomane (mehrfachabhängige) Probanden, die über einen Zeitraum von sechs Wochen abstinent waren. Hier berichteten 84 % von Suchträumen. In einem zweiten Befragungszeitraum nach sechs Monaten gingen die Berichte über Suchträume zwar deutlich zurück, aber immerhin noch gut die Hälfte der Probanden berichtete von Suchträumen.

Es gibt noch weitere Studien zur Prävalenz von Suchträumen, die allesamt hohe prozentuale Werte ergeben. Einzig eine Studie zu Suchträumen bei Tabakabhängigen zeigte mit 33 % einen auffallend geringen Wert im Vergleich zu anderen Studien auf – wenngleich dies bedeutet, dass immerhin jeder dritte Tabakabhängige in dieser Studie Suchträume erlebte. (Hajek & Belcher, 1991).

Die meisten Studien untersuchten Patienten, die gerade den Konsum beendet haben und sich in einer frühen Phase der Entwöhnung beziehungsweise Behandlung befanden (Colace, 2014: 12).

4.2. Zum Zusammenhang von Craving und Suchträumen

Die meisten Autoren, die sich mit dem Thema „Suchträume“ befassten, identifizierten Craving als Auslöser für die typischen Suchträume (Colace, 2014: 30). Colace (2014:30) beschreibt eine Veränderung der Suchtraumfrequenz während des Behandlungsverlaufs, die einhergehend mit der Entwicklung des Cravings ist. Geht das Craving zurück, so wurden auch die Suchträume seltener. Diese Beobachtung machten auch andere Forscher (u. a. Araújo et al. 2004, Christo & Franey 1996) bei ihren Untersuchungen.

Eine weitere Beobachtung war, dass Suchträume in der Regel nur dann auftreten, wenn sich der Betroffene aktuell in einer abstinenten Phase befindet. Konsumenten, die regulär ihr Suchtmittel konsumieren, berichten deutlich seltener von Suchträumen als die, die aktuell abstinent sind (Hajek &

Belcher,1991, Colace, 2004). Hajek und Belcher (1991) untersuchten zum Beispiel 293 Raucher in den ersten vier Wochen der Abstinenz. 33 % berichteten mindestens einen Traum in dieser Zeit, in dem es ums Rauchen ging. Meistens fanden sie sich selbst rauchend im Traum vor, was zu Angst und Schuldgefühlen bei den Betroffenen führte. Dem gegenüber standen die Raucher, die noch weiter rauchten. Bei dieser Gruppe haben 97 % *keine* Suchträume erlebt. Somit wird klar, dass der Entzug vom Tabak einen deutlichen Einfluss auf das Auftreten von Suchträumen hat. Ähnliche Resultate brachten Untersuchungen mit von anderen Substanzen Abhängigen (Colace, 2014: 39f.).

Der Zusammenhang von Craving und dem Auftreten von Suchträumen kann auch hilfreich für die Behandlung Suchtmittelabhängiger sein. Wie sich Suchträume in der Praxis nutzen lassen, soll der folgende Abschnitt umreißen.

4.3. Der therapeutische Nutzen von Suchträumen

Zur Frage, inwieweit das Arbeiten mit Suchträumen in der Praxis stattfindet, erhoben Pavlick, Hoffmann und Rosenberg (2009) Daten von amerikanischen Suchthilfeorganisationen (n=152). Ziel der Befragung war herauszufinden, inwieweit Suchträume Einzug in die tägliche Arbeit finden und wie die Behandlungsformen hierzu gestaltet sind. Im Ergebnis zeigte sich, dass lediglich vier Organisationen substanzbezogene Träume beziehungsweise dreizehn Organisationen Suchträume nutzen, um bei den KlientInnen Craving zu

erkennen beziehungsweise zu deuten und zu bewerten. Somit nutzten nur gut 11 % der Einrichtungen die Träume ihrer KlientInnen in der Behandlung. Im Vergleich zu den Zahlen der Prävalenz von zum Teil über 90 % scheinen diese 11 % verschwindend gering.

Dabei gibt es bereits Erkenntnisse, dass sich Suchträume und deren Inhalte auf eine vielfältige Art in der Therapie nutzen lassen. Einige dieser Möglichkeiten sollen im Folgenden aufgezeigt werden, um eine Vorstellung davon zu erhalten, wie mit Suchträumen gearbeitet werden kann beziehungsweise welchen Aussagewert die Träume in der Behandlung Suchtmittelabhängiger haben können.

4.3.1. Suchträume als „Thermometer“ in der Behandlung

Colace (2014: 48ff) beschreibt, dass Suchträume wie eine Art Thermometer fungieren können, welches anzeigt, wie sehr sich das Craving im Behandlungsprozess verändert. Zu Beginn der Behandlung ist das Craving sehr intensiv, da der Wunsch nach der Wirkung des Suchtmittels vorhanden ist, aber dieser Wunsch nicht befriedigt werden kann (Colace, 2014: 48). Gleichzeitig sind die Patienten zu Beginn der Behandlung meist sehr damit beschäftigt, gegen das Craving anzukämpfen und clean zu bleiben. Dies fördert die Frequenz von Suchträumen. Durch die Fortschritte in der Behandlung verfestigt sich die Abstinenz, der Patient ist nicht mehr so stark auf das Cleanbleiben fokussiert,

das Craving geht zurück und damit auch die Zahl der Nächte, in denen Suchträume auftreten (siehe Punkt 3.2.).

Geht im Verlauf der Behandlung die Frequenz der Suchträume wieder hoch, sieht Colace (2014: 48f.) Bedarf, die bisherigen Strategien im Umgang mit Craving zu reflektieren und gegebenenfalls die ein oder andere Anpassung vorzunehmen, da möglicherweise die bestehenden Bewältigungsstrategien des Patienten nicht ausreichen, um mit dem Craving angemessen umzugehen.

Peters (2003) stellte bei ihren Untersuchungen mit vierzehn alkoholabhängigen Männern fest, dass die, die in der Behandlung mit ihren Suchträumen gearbeitet haben, im Nachgang ein deutlich geringeres Rückfallrisiko hatten, da die Inhalte der Suchträume direkt in die therapeutische Arbeit einfließen und so Aspekte gesehen werden konnten, die möglicherweise ohne die Suchträume nicht ans Licht gekommen wären. So waren acht der Probanden, die ihre Suchträume in die Behandlung mit einbezogen haben, nachweislich nachhaltig abstinent. Ein Proband, der es ablehnte, seine Suchträume in der Behandlung zu thematisieren, war in der Nachsorge rückfällig geworden.

Diese Aspekte umschreiben den therapeutischen Nutzen anschaulich. Gleichwohl gibt es noch andere Möglichkeiten, die Inhalte von Suchträumen für die therapeutische Arbeit zu nutzen.

4.3.2. Suchträume als Standortbestimmung

Nicht nur die Frequenz, mit der Suchträume auftreten, verrät etwas über das Craving oder den aktuellen Stand in der Behandlung, auch die Inhalte – oder besser gesagt, die Veränderung der Inhalte – können für die Behandlung dienliche Hinweise geben.

Wie bereits beschrieben, sind Suchträume meist realistische Träume, die keine Interpretation benötigen und bei den Betroffenen zum Teil starke Emotionen und Gefühle auslösen können (siehe Punkt 3). Colace (2014:49) meint, dass eine tiefgehende Analyse der Traum Inhalte gepaart mit den von den Suchträumen ausgelösten Emotionen und Gefühlen dazu dienlich sein können, Informationen über das Craving des Patienten sowie seine Strategien im Umgang damit zu erlangen. Gleichzeitig können die Inhalte der Suchträume auch Aufschluss über die Motivation des Patienten, clean zu bleiben, geben. So ist es relevant, inwiefern im Suchtraum konsumiert wird und welche Emotionen dies beim Patienten auslöst. In einigen Suchträumen ist auch der innige Wunsch des Patienten, clean zu bleiben, vorzufinden. Auch hier ist es relevant, wie der Suchtraum verlief, wenn der Patient *im* Suchtraum seine Abstinenzabsicht unterstreicht und vertritt. Bei einigen Suchträumen kommt es dennoch zum Konsum, in anderen schafft es der Patient, sich dem Konsum zu entziehen. Die Analyse der Inhalte der Suchträume kann den Behandlern dabei helfen, besser einschätzen zu können, in welcher Phase der Veränderung sich der Patient aktuell befindet.

Ein Beispiel aus der Praxis des Autors dieser Arbeit:

Ein Patient berichtete regelmäßige Suchträume. Zu Beginn fand in den Träumen regelmäßig Konsum statt, welcher auch in der Realität häufig erfolgte, da Strategien im Umgang mit Craving, welches aus den Suchträumen resultierte, fehlten. Im Verlauf der Behandlung entwickelte der Patient zunehmend Bewältigungsstrategien und die Traum Inhalte änderten sich dahingehend, dass es zunächst beim Vorbereiten des Konsums blieb, später lediglich der Kauf der Substanz erfolgte und es dem Patienten schlussendlich gelang, die Droge im Traum wegzuwerfen und nicht zu konsumieren. Parallel hierzu gingen die Konsumsituationen während der Behandlung deutlich zurück, ebenso das vom Patienten berichtete Craving.

In diesem kleinen Fallbeispiel wird sichtbar, wie eng die Inhalte der Suchträume mit den Geschehnissen im Therapiealltag zusammenhängen. Die Veränderungen der Traum Inhalte bildeten stets eine Phase der Veränderung ab.

Es lässt sich aus den bis hierher aufgezeigten Möglichkeiten des Arbeitens mit Suchträumen erkennen, dass gerade zu Beginn der Behandlung Suchträume ein hilfreiches Mittel zur Einschätzung des Cravings sowie des Standorts in der Behandlung sind. Ein letztes, aber nicht weniger wichtiges Beispiel für die Nutzung von Suchträumen sei im folgenden Abschnitt noch erwähnt – wie Suchträume als Warnsignal fungieren können.

4.3.3. Suchträume als Warnsignal

Nachdem die bisherigen Beispiele primär während den ersten Phasen der Behandlung Anwendung finden, gilt es nun, sich einen Nutzen der Suchträume für ein späteres Stadium der Behandlung anzuschauen.

Wie bereits erwähnt wurde, sind Suchträume oftmals ein Phänomen, welches eher am Beginn einer Behandlung – und der damit verbundenen Abstinenz – auftritt. Es kann jedoch vorkommen, dass Patienten nach einer längeren Phase der Abstinenz plötzlich wieder Suchträume bekommen (Colace, 2014: 51f.). So geht Colace davon aus, dass das plötzliche Wiederauftreten von Suchträumen nach einer langen Zeit der Abstinenz ein „klares Warnsignal für einen möglichen Rückfall“ ist. Daher sei es notwendig, dass die Therapeuten bei einem plötzlichen Wiederauftreten der Suchträume die Analyse dieser Träume intensivieren und mit dem Patienten entsprechende Strategien entwickeln. Colace (2014: 52) beschreibt, dass nach seinen Erfahrungen die Patienten bei plötzlich wiederauftretenden Suchträumen oft verängstigt sind und sich gefährdet fühlen.

Es zeigt sich, dass Suchträume zu jedem Zeitpunkt in der Behandlung Suchtmittelabhängiger einen therapeutischen Nutzen haben können. Diese Arbeit befasst sich nun mit der Frage, inwieweit Suchträume in der Behandlung suchtmittelabhängiger Straftäter, die sich nach § 64 StGB im Maßregelvollzug befinden, therapie relevant sind. Doch zunächst ein kleiner Exkurs zu den Rahmenbedingungen der Behandlung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB.

5. Exkurs – Maßregelvollzug nach § 64 StGB

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist eine der Maßregeln des deutschen Strafgesetzbuches (StGB) und unter dem § 64 zu finden. Hierin heißt es in Satz 1: „Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird“⁵. Dies bedeutet, dass Menschen, die aufgrund eines übermäßigen Suchtmittelkonsums eine Straftat begangen haben, nicht im normalen Strafvollzug in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht werden, sondern stattdessen in einem forensischen Fachkrankenhaus eine Therapie absolvieren, die künftig ähnliche Straftaten aufgrund des Suchtmittelkonsums verhindern soll. Für die Entscheidung, ob eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt oder doch in der Justizvollzugsanstalt vorzunehmen ist, wird während des Strafprozesses durch das Gericht ein Gutachter beauftragt, eben die Frage nach dem Hang zu beantworten. Der Bundesgerichtshof hat mit seiner Entscheidung vom 21.08.2012 entschieden, dass zur Erfüllung des Kriteriums des „Hanges“ nicht zwingend eine Abhängigkeitserkrankung vorliegen muss, sondern „eine

⁵ https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_64.html, Zugriff: 25.01.2020, 13:03 MEZ

eingewurzelte, auf psychische Disposition zurückgehende oder durch Übung erworbene Neigung, immer wieder Rauschmittel zu konsumieren“⁶ das Kriterium ebenso erfüllt.

Die Gesetzgebung für den Vollzug der Maßregelunterbringung in einer Entziehungsanstalt ist auf länderebene durch entsprechende Gesetzgebung erfolgt. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt in Niedersachsen ist im Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz (Nds. MVollzG) geregelt. Im Nds. MVollzG werden die Rahmenbedingungen der Unterbringung geregelt. Es umfasst beispielsweise Vorgaben zur Freiheitsentziehung, Postkontrolle, Besuchsregelungen und zu gewährender Lockerungen.

Die Unterbringung der nach § 64 StGB unterzubringenden Patienten erfolgt in Fachkrankenhäusern für forensische Psychiatrie und Psychotherapie. In Niedersachsen befinden sich drei dieser Einrichtungen in Landesverwaltung: Die Maßregelvollzugszentren Bad Rehburg, Brauel und Moringen. In anderen privatisierten Einrichtungen wird ebenfalls die Unterbringung nach § 64 StGB umgesetzt.

Das Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen (MRVZN) Moringen ist die größte Einrichtung des Landes Niedersachsen mit einer ausgewiesenen Gesamtbettenzahl von 408 Planbetten⁷. Diese Betten verteilen sich auf die Hauptstelle in Moringen sowie zwei Außenstellen in Göttingen und Hannover.

⁶ BGH 4 StR 311/12, <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/4/12/4-311-12.php>, Zugriff: 25.01.2020, 13:20 MEZ

⁷https://mrvzn-moringen.niedersachsen.de/startseite/allgemeine_informationen/aufgabe/aufgabe-des-mrvzn---moringen-86430.html, Zugriff: 25.01.2020, 13:10 MEZ

Von diesen 408 Planbetten werden aktuell 133⁸ mit Patienten belegt, die nach § 64 StGB untergebracht sind.

Diese 133 Patienten wurden für die vorliegende Studie zu ihren Erfahrungen mit Suchträumen befragt. Die Studie sowie deren Ergebnisse werden auf den kommenden Seiten vorgestellt.

6. Studiendesign

Da sich die in der vorliegenden Studie befragten Personen zum Zeitpunkt der Studie in einer richterlich angeordneten Unterbringung befanden, galt es im Vorfeld dieser Studie, das Studienvorhaben einer Ethikkommission vorzulegen, um die Durchführbarkeit nach berufsethischen Gesichtspunkten zu gewährleisten. Dieser Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission des LVR-Klinikverbundes zu Grunde.

Um die Kriterien zu erfüllen, wurde ein besonderes Augenmerk auf die Anonymisierung der Daten gelegt, worauf im Weiteren an den entsprechenden Stellen entsprechend eingegangen wird.

⁸ Stand 10.02.2020

6.1. Fragestellung

Wie bereits beschrieben, sind Suchträume in ihren Inhalten unterschiedlich. Jedoch zeigt sich auch, dass die Emotionen und Reaktionen, die mit dem Erleben von Suchträumen einhergehen, stark sind und potentiell in der Lage sind, Craving auszulösen (Colace, 2014).

Im Maßregelvollzug nach § 64 StGB werden, wie bereits erwähnt, Menschen behandelt, bei denen eine Hang, Suchtmittel zu konsumieren, vorliegt. In Kombination mit der eingangs erwähnten Erkenntnis, dass alleine bei Heroin- und Kokainabhängigen Patienten 91 % in einem Zeitraum von dreißig Tagen Suchträume berichteten, liegt die Vermutung nahe, dass auch Patienten in der Maßregelbehandlung nach § 64 StGB von Suchträumen betroffen sind. Dennoch spiegelt sich in der Behandlung ein ähnliches Bild im Umgang mit diesem Thema wider, wie es von Pavlick, Hoffmann und Rosenberg (2009) in deren Studie gezeichnet wurde.

In die Fragestellung fließen folgende Aspekte ein:

- In der Maßregelunterbringung werden Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit behandelt
- Viele Suchtmittelkonsumenten berichteten von Suchträumen (Colace, 2014).
- Wenige Einrichtungen nutzen Suchträume in der Behandlung Abhängiger (Pavlick, Hoffmann, Rosenberg, 2009)

Daher soll diese Studie der Frage nachgehen, inwieweit das Thema „Suchträume“ in der Behandlung Suchtmittelabhängiger nach § 64 StGB eine Relevanz für die Therapie hat.

6.2. Hypothesen

Aus diesen Überlegungen gehen vor dem theoretischen Hintergrund der ersten Teile dieser Arbeit die folgenden Hypothesen hervor:

- Patienten im Maßregelvollzug nach § 64 StGB erfahren ebenso Suchträume häufig wie andere Suchtmittelabhängige auch.
- Das Erleben von Suchträumen ist auch für Patienten im Maßregelvollzug mit negativen Emotionen beziehungsweise unangenehmen Reaktionen verbunden.
- Patienten im Maßregelvollzug sprechen das Thema „Suchträume“ nicht selbstständig bei den Therapeuten an.
- Patienten im Maßregelvollzug empfinden das Erleben von Suchträumen subjektiv als belastend.
- Das Thema „Suchträume“ ist für die Behandlung relevant.

Zur Operationalisierung der letzten Hypothese finden sich in der abschließenden Diskussion entsprechende Ausführungen.

6.3. Untersuchungsmethode

Um den genannten Hypothesen sowie der Fragestellung nachzugehen, wurde für diese Studie eine anonymisierte Befragung mittels Fragebogen von Patienten im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen Moringen, die nach § 64 StGB untergebracht sind, durchgeführt. Da es bei dieser Studie auch darum ging, die generelle Prävalenz von Suchträumen unter den Patienten zu erfassen, wurde mit dem Fragebogen eine quantitative Forschungsmethode gewählt.

6.3.1. Quantitative Sozialforschung

Die quantitativen Methoden der Sozialforschung zielen primär darauf ab, durch Beseitigung falscher Hypothesen etwas nach und nach möglichst genau zu beschreiben (Reichert, 2014). Dabei gilt es, die Subjektivität weitestgehend auszuschließen, was bedeutet, dass die Durchführung und das spätere Ergebnis unabhängig von der forschenden Person sind. Weiter gilt es zu beachten, dass die Forschung sowie die Methoden dem aktuellen Forschungsstand angepasst wird (Baur, Blasius, 2014). Für die einzelnen Schritte des Forschungsdesigns gibt es festgelegte Regeln, welche dafür sorgen sollen, dass Studien vergleichbar sind (Baur, Blasius, 2014).

Quantitative Forschungsmethoden bilden das Ergebnis numerisch ab. Die Erhebungsmethoden sind vielfältig, beispielsweise kann dies einfaches Zählen

sein oder die auch in dieser Studie erfolgte Befragung (Raab-Steiner, Benesch, 2012).

6.3.2. Fragebogenentwicklung

Für die Erhebung der Daten wurde – wie bereits erwähnt – ein Fragebogen als Erhebungsinstrument gewählt.

Zur Entwicklung des hier genutzten Fragebogens diente an einigen Stellen der Mannheim Dream Questionnaire (MADRE) als Orientierung. Zwar behandelt der MADRE das Thema „Alpträume“, dennoch waren Teile hiervon – beispielsweise die Kategorien zur Häufigkeit des Traumerlebens – sachdienlich.

Der Fragebogen besteht aus 31 Fragen, verteilt auf vier Seiten. Der Umfang schien angemessen und für die Klientel der Stichprobe nicht überfordernd zu sein.

Die soziobiografischen Daten, die für die vorliegende Studie relevant sind, sind Alter und Geschlecht. Das Alter wurde mittels vorgegebener Kategorien anhand einer Ordinalskala erhoben. Ordinalskalen zeigen zuvor kategorisierte Antwortmöglichkeiten in einer Rangfolge, welche durch Zuordnung von Zahlen operationalisiert werden. Zwar ist diese Form bei der Erhebung des Alters eher nicht zu empfehlen (Raab-Steiner, Benesch, 2012), jedoch für die vorliegende Studie dahingehend geeignet, da sie bei der Anonymisierung der erhobenen Daten potentielle Rückschlüsse auf den Befragten zusätzlich erschwerte. Für die

Kategorisierung wurden die vorliegenden soziobiografischen Daten des Maßregelvollzugszentrums Niedersachsen Moringen herangezogen, um daraus geeignete Altersgruppen abzuleiten.

Im Weiteren wurden Daten zu den konsumierten Suchtmitteln erhoben. Dies erfolgte über Nominalskalen. Nominalskalen ordnen den Objekten der empirischen Erhebung Zahlen zu, um so eine geeignete Kodierung für die spätere Auswertung der erhobenen Daten zu ermöglichen (Raab-Steiner, Benesch, 2012). Typische Merkmale für nominal erhobene Daten sind, dass es bei diesen kein „mehr“ oder „weniger“ gibt, sondern nur eindeutige Zuordnungen (Baur, Blasius, 2014).

Es wurde ebenso nach einer diagnostizierten Polytoxikomanie⁹ gefragt. Eine Erklärung des Begriffs im Fragebogen entfiel daher, als dass die Erfahrung zeigt, dass die Patienten, bei denen eine entsprechende Diagnose gestellt wurde, dies sehr genau wissen beziehungsweise die Patienten, bei denen dies nicht der Fall ist, dies ebenso genau beantworten können.

Die Überleitung zu den suchtraumenspezifischen Fragen erfolgte über allgemeine Fragen zum Traumempfinden, welche an den Mannheim Dream Questionnaire (MADRE) angelehnt sind. Auch hier erfolgte die Erhebung über Nominal- bzw. Ordinalskalen. Darauf folgten schließlich die Fragen, die speziell an Patienten gerichtet sind, die bereits Suchträume erlebt haben. Patienten, bei denen dies

⁹ Multipler Substanzgebrauch (ICD-10 F19.-). Nach ICD-10-Kriterien ist diese Diagnose dann zu stellen, wenn der Substanzgebrauch chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind. Werden zwei oder mehr Substanzen verwendet und es ist nicht eindeutig, welche Substanz die Störung ausgelöst hat, gilt es diese Kategorie zu verwenden. Quelle: <http://www.icd-code.de/icd/code/F19.-.html>, Zugriff 04.05.2019, 13:03 MESZ

nicht der Fall ist, wurden direkt zu den verbleibenden Fragen am Ende des Fragebogens geleitet.

Die suchtraumspezifischen Fragen erhoben mittels Ordinal- und Nominalskalen die im Zusammenhang mit den Träumen auftretenden Emotionen und Reaktionen sowie in Ansätzen die Inhalte der Träume. Die erfragten Emotionen und Reaktionen sowie die Fragen zum Inhalt basieren auf dem aktuellen Wissenstand (Colace, 2014). Um eine mögliche Beeinflussung zu vermeiden, wurden neben den negativen Empfindungen, die Colace (2014) im Zusammenhang mit Suchträumen feststellte, auch positive Empfindungen in den Fragenkatalog übernommen. Diese dienen gleichzeitig zur Überprüfung, inwieweit der/die Befragte aufmerksam bei der Bearbeitung des Fragebogens war.

Weiter wurde nach den im Traum auftretenden Substanzen gefragt. Dies erfolgt aufgrund der Annahme, dass speziell polytoxikomane Patienten in Suchträumen von ihrer jeweiligen „Lieblingssubstanz“ träumen. Hier erfolgte schließlich eine Verknüpfung der eingangs gestellten Frage zum Substanzgebrauch und der im suchtraumspezifischen Abschnitt erfragten Suchtmittel, die im Traum auftreten.

Abschließend wurde mittels Nominalskalen erhoben, inwieweit Patienten nach einem Suchtraum aktiv das Gespräch mit ihren Therapeuten suchen und die Träume besprechen. Auch wurde erfragt, inwieweit seitens der Therapeuten das Thema angesprochen wurde und ob seitens der Patienten der Wunsch besteht, dass dieses Thema häufiger durch die Therapeuten angesprochen wird.

Die letzten drei Fragen waren wieder für alle Patienten – mit und ohne Suchträume – zu beantworten. Hier wurde das Erleben von Craving hinterfragt, ebenso der letztmalige Konsum und ob dieser mit dem/der TherapeutIn besprochen werden konnte.

Diese Fragen sind insofern mit Vorsicht zu betrachten, da die Patienten besonders bei Fragen zum letztmaligen Konsum möglicherweise nicht wahrheitsgemäß antworteten, da trotz vorheriger Erklärung zur Anonymisierung Sanktionen erwartet werden könnten. Dennoch wurden diese Fragen mit aufgenommen. Sie könnten einen Hinweis geben, ob Patienten, die Suchträume erleben, häufiger von Craving beziehungsweise Konsumsituationen betroffen sind, als jene Patienten, die keine Suchträume erfahren. Genaueres hierzu in der späteren Diskussion. Der Fragebogen befindet sich im Anhang zu dieser Arbeit.

6.3.3. Stichprobe

Die Stichprobe für die vorliegende Studie besteht aus Patienten, die rechtskräftig nach § 64 StGB zu einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt verurteilt wurden. Für die Studie werden alle Patienten, die sich zum Erhebungszeitpunkt im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen Moringen (samt Außenstelle Göttingen) befanden, befragt. Ausschlusskriterien sind akute Intoxikation sowie akute Psychosen, da hier ein zu hohes Risiko der Verzerrung besteht. Die Stichprobe ist in ihrer Natur zufällig gebildet, da das Maßregelvollzugszentrum

Niedersachsen Moringen keinen Einfluss auf die Verurteilungen und Zuweisungen für die Unterbringung hat. Es sind sowohl männliche als auch weibliche Patienten untergebracht, die Altersspanne reicht von 18 Jahren bis über 60 Jahre. Es sind verschiedene Nationalitäten vertreten. Auch die von den Patienten konsumierten Suchtmittel sind vielfältig und über jegliche Stoffgruppen verteilt vorzufinden. Durch die Nichtbeeinflussung der Belegung handelt es sich um eine Zufallsstichprobe. Zufallsstichproben werden aus einer Grundgesamtheit – in diesem Fall Patienten im Maßregelvollzug nach § 64 StGB – gebildet (Raab-Steiner, Benesch, 2012).

6.3.4. Durchführung

Zu Beginn der Erhebung erhielten alle Patienten einen Aufklärungsbogen (siehe Anhang). Dieser wies auf die Freiwilligkeit zur Teilnahme an der Studie hin und erklärt den befragten Patienten, dass die erhobenen Daten anonymisiert verarbeitet werden und keine Rückschlüsse auf die Person zulassen. Eine direkte Weitergabe an die Mitarbeiter der Einrichtung oder Dritte erfolgte nicht, jedoch eine Bearbeitung im Sinne der Auswertung und Interpretation. Diese erfolgte jedoch klar ohne Rückschluss auf einzelne Personen. Auch wurde darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Studie keinerlei positiven oder negativen Einfluss auf die weitere Unterbringungs- und Behandlungszeit sowie deren Verlauf haben würde.

Die Fragebögen wurden in den wöchentlich stattfindenden Stationsversammlungen verteilt und eine mündliche Erklärung über die Studie abgegeben. Später hatten die Patienten zwei Woche Zeit, die Bögen zu bearbeiten und anschließend in mit verteilten Umschlägen verschlossen in entsprechenden Boxen im Stationszimmer ihrer jeweiligen Station abzugeben. Eine Befragung der Patienten durch die Einzeltherapeuten im wöchentlichen Einzelgespräch wurde überlegt, jedoch dann verworfen, da dies zu viele Störfaktoren mit sich bringe. Gleichzeitig könnte dies zu Verzerrungen bei den Fragen zur Thematisierung durch die Therapeuten beziehungsweise dem patientenseitigen Wunsch nach Thematisierung führen. Die Einzeltherapeuten standen lediglich für Verständnisfragen zur Verfügung.

6.3.5. Vor- und Nachteile der gewählten Forschungsmethode

Die Erhebung der Daten mittels Fragebogen ist speziell bei der hier befragten Klientel dahingehend vorteilhaft, als dass eine hohe Anonymisierung einerseits gegenüber den Mitarbeitern der Klinik als auch den Mitpatienten gegeben ist. Dies kann potentiell dazu führen, dass ein höheres Maß an Offenheit bei der Beantwortung der Fragen gegeben ist. Zu Schwierigkeiten könnte es jedoch daher kommen, als dass einige Patienten möglicherweise durch sprachliche Barrieren an der wahrheitsgemäßen Beantwortung gehindert werden. In diesen Fällen hätte eine begleitete Befragung mittels Fragebogen sicher eher Anwendung finden können, jedoch steht dem gegenüber, dass möglicherweise

sensible Fragen – beispielsweise zu Rückfällen – nicht offen beantwortet werden, da durch eine begleitete Befragung die Anonymität der Daten stark leiden würde. Aus diesem Grund wurde eine mögliche Verzerrung aufgrund von sprachlichen Barrieren als angemessenere Variante erachtet.

Andere Studien nutzten bei der Erhebung Methoden der qualitativen Sozialforschung, beispielsweise Tanguay, Zadro, Good & Leri. (2015), welche für ihre Untersuchung Traumjournale nutzten. Für die hier vorliegende Studie wurde der Fragebogen und somit eine quantitative Sozialforschungsmethode gewählt, da diese Methode für den angedachten Zweck am geeignetsten erschien. Zwar würden durch die Anwendung von Traumjournalen potentiell mehr Traum inhalte im Detail analysierbar werden, jedoch sollte es bei dieser Studie mehr darum gehen, zunächst die Prävalenz zu erfassen und daraus resultierend weitere Erkenntnisse zu ziehen.

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Befragung vorgestellt und abschließend diskutiert.

7. Ergebnisse der Erhebung

Von insgesamt 133 Patienten, die derzeit im Bereich des § 64 StGB im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen Moringen samt Außenstelle Göttingen untergebracht sind, nahmen 67 Patienten an der Befragung teil, wobei zehn Fragebögen als nicht verwertbar galten, da die Angaben darin unvollständig oder

in der Sache widersprüchlich waren. Somit liegt den Ergebnissen eine Teilnehmerzahl von n=57 zu Grunde.

Von den 57 Teilnehmern waren 48 männlichen, 8 weiblichen und 0 diversen Geschlechts. Eine Person machte hierzu keine Angabe. Mit 28 Personen war die Altersgruppe von 25 – 35 Jahren am häufigsten vertreten, gefolgt von der Altersgruppe 36 – 45 Jahre mit 20 Personen. 5 Personen waren älter als 45 Jahre, 4 zwischen 18 und 24 Jahren alt.

Unterbringungsdauer am Befragungszeitpunkt

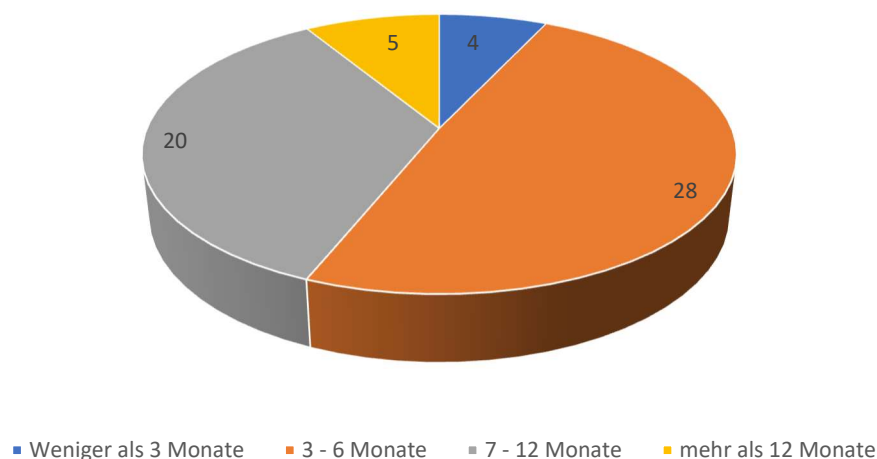


Abb. 1: Unterbringungsdauer am Befragungszeitpunkt

Mit 26 Personen waren die Unterbringungsdauer von mehr als 12 Monaten am stärksten vertreten (Abb.1). 9 Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 7 und 12 Monaten in der Unterbringung, weitere 16 waren seit 3 – 6 Monaten untergebracht. Lediglich 6 Personen waren weniger als 3 Monate in der Unterbringung.

Von allen Personen gaben 36 an, eine diagnostizierte Polytoxikomanie zu haben.

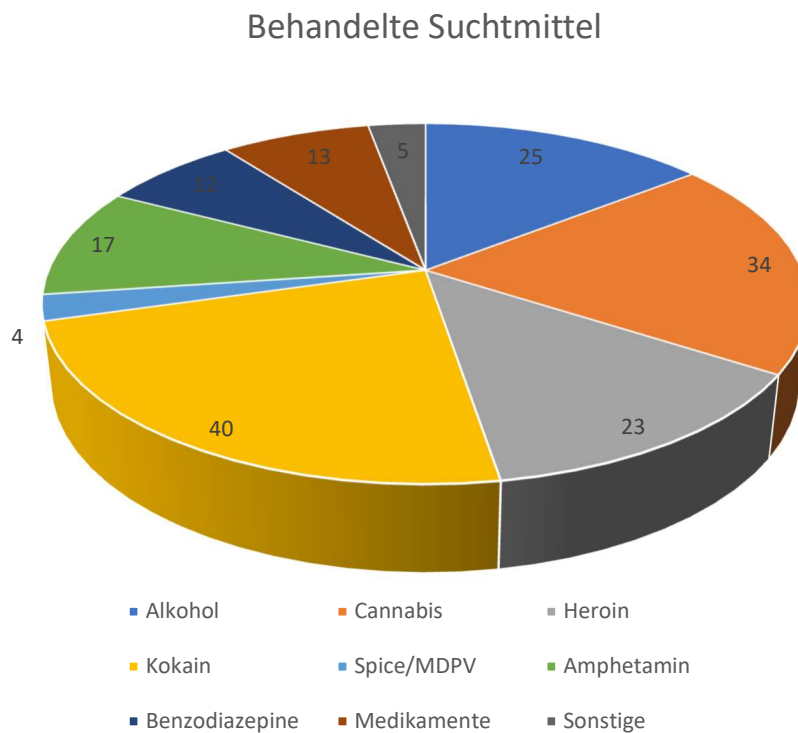


Abb. 2: Verteilung der behandelten Suchtmittelabhängigkeiten

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Suchtmittelanhängigkeiten der Teilnehmer. Aufgrund der Mehrzahl an polytoxikomanen Patienten erklärt sich hier die deutlich höhere Zahl der Antworten im Vergleich zur Teilnehmerzahl. Unter der Antwortmöglichkeit „Sonstige“ hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, via Freitext die Antwort zu ergänzen. Hier wurden Methamphetamin, Crystal Meth, MDMA, Opiate/Fentanyl sowie Polamidon je einmal genannt.

Hinsichtlich der Häufigkeit des Erinnerns eines Traumes gaben 21 Personen an, dies mehrfach die Woche zu erfahren. 2 gaben sogar an, fast jeden Morgen die Träume zu erinnern. Etwa einmal die Woche erinnern 7, weitere 9 2 – 3 Mal wöchentlich ihre Träume. Eine Person gab an, etwa einmal im Monat einen Traum zu erinnern, 5 Personen können sich nie an ihre Träume erinnern.

Auf die allgemeinen Fragen folgten schließlich die suchtraumspezifischen Fragen. Von 57 Teilnehmern gaben 49 Personen an, Suchträume zu haben bzw. schon einmal gehabt zu haben. Von diesen 49 Personen gaben 37 an, in den letzten acht Wochen vor dem Befragungszeitpunkt mindestens einen Suchttraum gehabt zu haben. Die im Freitext angegebenen Anzahlen der Suchträume lagen in einem Bereich von 1 bis 25. Der Mittelwert lag hier bei 2,9, der Median bei 2. Zur Häufigkeit gaben 24 Personen an, weniger als einmal im Monat einen Suchttraum zu haben. 12 Personen erleben etwa einmal im Monat einen Suchttraum, 6 etwa 2 – 3 Mal die Woche, eine Person einmal die Woche und 6 Personen Mehrmals die Woche.

Inhalte Suchttraum	nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	immer
Ich sehe Örtlichkeiten von früher	7	10	22	8	2
Ich sehe Konsumpartner von früher	8	7	18	16	1
Ich sehe, wie andere konsumieren	10	12	13	11	4
ich konsumiere	5	6	11	17	9

Abb. 3: Inhalte der Suchträume

Abbildung 3 zeigt die Verteilung zur Einschätzung der Suchtrauminhalte. 17 Personen gaben an, eher häufig selbst im Suchttraum zu konsumieren, 9 konsumieren sogar immer im Suchttraum. Auch das Sehen von ehemaligen Konsumpartnern gaben 16 Personen als eher häufigen Suchtrauminhalt an.

Von den befragten Personen gaben 18 an, dass die Suchträume an sich eher realistisch seien, sehr realistisch empfanden 9 Personen ihre Suchträume. Mit

21 Personen wurde teils, teils am Häufigsten genannt, nur 2 Personen empfanden ihre Suchträume als unrealistisch.

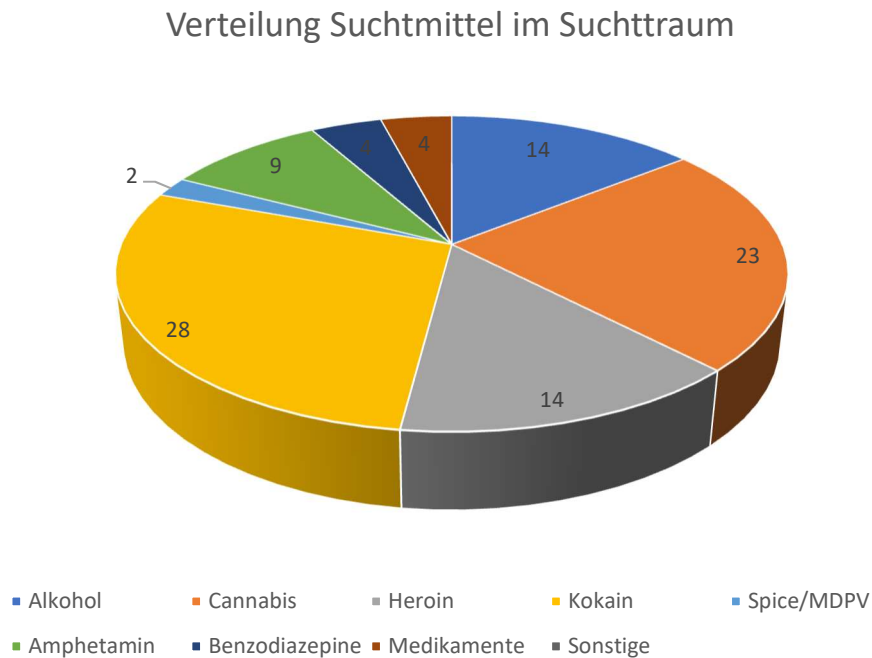


Abb. 4: Verteilung der im Suchttraum relevanten Suchtmittel

Die Substanzen, die in den Träumen relevant waren, sind der Abbildung 4 zu entnehmen. Hier zeigt sich, dass vor allem Cannabis und Kokain häufig in den Suchträumen eine Rolle spielen. Insgesamt zeigt der Vergleich der Antworten hinsichtlich der Suchtmittel, die behandelt werden und der Suchtmittel, die im Suchttraum relevant sind, keine nennenswerten Abweichungen der Werte (Abb. 5). Aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachnennung ist auch bei den Suchtmitteln, die im Suchttraum relevant sind, der Umfang der gegebenen Antworten höher als der der befragten Personen.

	Behandeltes Suchtmittel	Suchtmittel im Suchttraum
Alkohol	25	14
Cannabis	34	23
Heroin	23	14
Kokain	40	28
Spice/MDPV	4	2
Amphetamin	17	9
Benzodiazepine	12	4
Medikamente	13	4
Sonstige	5	0

Abb. 5: Vergleich der Antworten zwischen behandeltem Suchtmittel und Suchtmittel im Suchttraum

Bei den Suchtmitteln, die im Suchttraum relevant sind, ergab die Auswertung der Antworten, dass je 18 Personen von einer bzw. von zwei Substanzen träumen. Weitere 8 gaben an, drei verschiedene Substanzen im Suchttraum zu träumen, 3 Personen sogar 4. Eine Person gab an, acht Substanzen im Suchttraum zu träumen, gab handschriftlich den Hinweis, dass er vom „Breitsein“ träume. Der Mittelwert sowie der Median für diese Fragenkategorie liegen je bei 2.

Zum Erleben nach dem Aufwachen aus einem Suchttraum befragt, lagen die Antworten sowohl im Bezug auf positive als auch negative Empfindungen eher im Bereich des Nicht- oder Seltenvorkommens (Abb. 6). Auch die Antwort „teils, teils“ wurde bei vielen Fragen von den teilnehmenden Personen gewählt. 10 Personen gaben an, sich nach dem Erwachen aus einem Suchttraum eher häufig unruhig zu sein, 7 seien eher häufig verschwitzt. Erleichtert fühlen sich 8 Personen eher häufig, Craving wurde von 4 Personen als eher häufig beschrieben.

Nach dem Erwachen	nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	immer
Brauche Zeit zum Orientieren	11	13	19	3	3
bin verschwitzt	12	19	8	7	3
bin unruhig	13	17	8	10	1
habe Angst	24	11	10	1	3
bin traurig	19	10	16	3	1
bin wütend	19	14	12	3	1
bin verzweifelt	22	13	13	1	0
bin glücklich	18	14	13	2	1
bin erleichtert	11	11	18	8	0
habe Suchtdruck	17	12	13	4	0

Abb. 6: Empfinden nach dem Erwachen aus einem Suchtraum

Auf die Frage, ob Suchträume von den Betroffenen als belastend empfunden werden, antworteten 19 mit „Ja“, 30 mit „Nein“. Mit 23 Personen hat etwa die Hälfte dem Einzeltherapeuten von den Suchträumen erzählt. 25 taten dies nicht. 26 Personen gaben an, von ihrem Therapeuten zu Suchträumen befragt worden zu sein, 23 verneinten dies. Inwieweit das Reden über die Suchträume entlastend empfunden wird, zeigten sich 24 nicht sicher, da sie die Frage mit „Weiß ich nicht“ beantworteten. 17 Personen empfanden das Reden über Suchträume als nicht entlastend, 8 Personen gaben an, das Reden als entlastend zu empfinden.

Zum Auftreten von Craving wurden letztlich wieder alle Personen befragt, auch die, die keine Suchträume erleben. Hier gaben 15 Personen an, gar keinen Craving zu verspüren, 13 haben weniger als einmal im Monat Craving. Etwa einmal im Monat verspüren 8 Personen Craving, weitere 9 haben 2 – 3 Mal im Monat Craving. Etwa einmal wöchentlich gaben 3 Personen Craving an, weitere

6 mehrmals die Woche. 2 der befragten Personen gaben an, fast jeden Morgen Craving zu verspüren.

Bei 38 der befragten Personen liegt der letzte Konsum mehr als 6 Monate zurück, bei weiteren 10 Personen 3 – 6 Monate. In den letzten 3 – 8 Wochen konsumierten 6 Personen, 3 in den letzten 1 – 2 Wochen. 43 Personen haben mit ihrem Therapeuten über den Konsum gesprochen, 6 taten dies nicht. Weitere 6 antworteten mit „Weiß ich nicht“.

8. Diskussion der Ergebnisse

Von den 133 Patienten, die aktuell im Bereich des § 64 StGB im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen in Moringen samt der Außenstelle in Göttingen untergebracht sind, nahmen 67 an der Studie teil. Dies entspricht einem Rücklauf von gut 50 %. Möglicherweise wäre eine höhere Beteiligung erreichbar gewesen, wenn die Befragung in einem anderen Setting stattgefunden hätte, beispielsweise in einer Einrichtung, in der die Behandlung nicht auf richterliche Anordnung stattfindet. Im Maßregelvollzug steht immer auch der juristische Aspekt im Hintergrund, vor welchem einige Patienten möglicherweise trotz der Aufklärung Sorge hatten, negative Konsequenzen erfahren zu müssen, obwohl die Anonymisierung bei der Planung und Durchführung der Studie oberste Priorität hatte. Auch hätte möglicherweise durch die direkte Befragung im persönlichen Kontakt die Rücklaufquote erhöht werden können. Die direkte Befragung hätte jedoch zur Verzerrung anderer Items führen können, da speziell

Fragen zu Konsum und zum Kontakt mit dem Einzeltherapeuten möglicherweise nicht in der durch die Anonymisierung geförderten Offenheit beantwortet worden wären.

Insgesamt haben von den 57 Teilnehmern 49 Personen angegeben, Suchträume zu haben oder gehabt zu haben. Dies entspricht etwa 86 % aller Befragten. Diese Werte finden sich auch in den bereits vorliegenden Studien zur Prävalenz wieder (beispielsweise Herr, Montoya, Preston 1994, Yee 2004).

Die Hypothese, dass Patienten im Maßregelvollzug nach § 64 StGB ebenso häufig Suchträume erfahren wie andere Suchtmittelabhängige kann somit als bestätigt angesehen werden. Gleichwohl begrenzt sich diese Aussage ausschließlich auf die Patienten im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen in Moringen, da andere Kliniken dieser Art nicht befragt wurden. Somit kann diese Hypothese nicht global bestätigt werden, sondern lediglich lokal. Erst ein Vergleich von Werten aus anderen Einrichtungen dieser Art würde eine globaler gefasste Aussage zulassen.

Die meisten Prävalenzstudien untersuchten einen Zeitraum zu Beginn der Behandlung der Probanden von etwa ein bis zwei Wochen bis zu drei Monaten (Colace 2014: 12). In diesem Zeitraum findet oft zunächst die Entgiftung vom Suchtmittel statt, sodass durchaus mit vermehrt auftretendem Craving und damit einhergehenden Suchträumen zu rechnen ist. Im Verlauf der Behandlung geht in der Regel das Craving zurück. Mit abnehmendem Craving gehen auch die Suchträume zurück.

Die befragten Personen, die angaben, etwa einmal bzw. mehrmals die Woche Suchtträume zu haben (n=7), gehört mit einer Ausnahme zu denen, die noch nicht länger als 6 Monate in der Unterbringung sind. Gleichzeitig berichteten diese Personen auch, dass der letzte Konsum maximal 6 Monate zurückliegt. Auch die Häufigkeit des Auftretens von Craving ist bei dieser Gruppe erhöht. Dies deckt sich mit den bisherigen vorliegenden Studien.

Von den in dieser Studie befragten Personen gaben 24 (49%, n=49) an, weniger als einmal im Monat einen Suchttraum zu haben. Dies kann damit zusammenhängen, dass die größte Gruppe der befragten Personen bereits länger als 12 Monate in der Unterbringung ist.

Ausgehend davon, dass die in dieser Studie befragten Personen, die sich bereits mehr als 12 Monate in der Unterbringung befinden, auch einen längeren Zeitraum suchtmittelfrei geblieben sind, erklärt dies möglicherweise die hohe Zahl derer, die nur noch seltener als einmal im Monat einen Suchttraum erleben. Ebenfalls könnte der Wert daraus resultieren, dass von den befragten Personen ein Durchschnittswert geschätzt wurde und so die Antwort „weniger als einmal im Monat“ am naheliegendsten war.

Die von den befragten Personen gegebenen Antworten zum Eindruck des Realismus der Suchtträume zeigt, dass eine Tendenz zu realistischen Suchtträumen vorliegt, wobei sich mit 21 Personen die größte Gruppe nicht sicher war und mit „teils, teils“ antwortete. Dies könnte daran liegen, dass tatsächlich einige Suchtträume realistisch, andere unrealistisch waren. Zwei befragte Personen gaben sogar an, dass die Suchtträume unrealistisch waren.

Dies würde nur bedingt in die aktuelle Literatur passen. So beschreibt Colace (2014:13) Suchträume als oftmals klar, mit einfachem und klarem Inhalt der keiner weiteren Interpretation bedarf. Diese Definition wird jedoch auch in der aktuellen Studie durch 18 Personen, die ihre Suchträume als eher realistisch einschätzten sowie weitere 9, die sehr realistische Suchträume haben, bestätigt. Dennoch haben letztlich nur etwa 55 % der befragten Personen, die Suchträume erlebt haben, realistische Suchträume angegeben. Eine denkbare Erklärung wäre, dass die Einschätzung des Realismus des Suchtraums von den befragten Personen zu eng gefasst wurde, sprich nur das als realistisch gewertet wurde, was tatsächlich bereits einmal im wahren Leben *exakt* so stattgefunden hat. Eine weitere Überlegung an dieser Stelle sollte sein, dass der Terminus nicht ausreichend verständlich war. In der Stichprobe befinden sich einige Personen mit eher rudimentären Sprachkenntnissen, was zu Verständnisproblemen führen könnte. Durch eine begleitete Befragung hätte dies womöglich vermieden werden können, jedoch wäre dies möglicherweise zu Lasten anderer Items gegangen.

Eine weitere Hypothese dieser Arbeit war, dass das Erleben von Suchträumen für Patienten im Maßregelvollzug mit negativen Emotionen beziehungsweise unangenehmen Reaktionen verbunden ist. Aus den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass ein großer Teil der befragten Personen weder positive noch negative Reaktionen beziehungsweise Emotionen nach dem Erwachen aus dem Suchtraum verspürt. Der andere Großteil findet sich bei „teils, teils“ wieder. Dies entspricht nur bedingt der bisherigen Literatur. Colace (2014: 19) stellte die häufigsten Emotionen und Reaktionen tabellarisch dar. Als Basis dienten ihm andere Studien sowie seine umfangreiche Fallsammlung. Zumeist handelte es

sich um negative Emotionen und unangenehme Reaktionen, gleichwohl gab es auch einige positive Gefühle im Zusammenhang mit dem Erleben eines Suchtraums. Einzig auffällige Werte ergaben die Fragen nach Unruhe nach dem Erwachen, was bei 10 Personen eher häufig auftritt und bei einer immer und die Frage nach dem Verschwitztsein nach dem Erwachen – dies tritt bei 7 Personen eher häufig und bei 3 Personen immer auf. Angst, Trauer und Wut erfuhren die befragten Personen alle eher selten oder nie – mit Ausnahme von jeweils 4 Personen. Erleichterung empfanden 8 Personen eher häufig, was auf die Erkenntnis zurückzuführen sein könnte, dass sie nach dem Erwachen aus dem Suchtraum feststellten, dass sie nicht konsumiert haben. Eine Erklärung für die Abweichung von bisherigen Untersuchungsergebnissen hinsichtlich der Reaktionen und Emotionen könnte auch hier an der Art der Befragung liegen. Möglicherweise lagen bei den Befragten die Suchträume schon längere Zeit zurück, sodass retrospektiv die Emotionen und Reaktionen nicht mehr ausreichend erinnert werden konnten. Um diesem entgegenzuwirken wäre eine qualitative Befragung hilfreich, in welchen die Patienten direkt nach dem Erwachen ihre Emotionen, Gefühle und Reaktionen des Körpers berichten und diese so über einen gewissen Zeitraum dokumentiert werden können – ähnlich, wie es bereits andere Studien getan haben (Reid, Simeon 2001). Somit kann die Hypothese, dass Suchträume für Patienten im Maßregelvollzug auch mit negativen Emotionen beziehungsweise unangenehmen Reaktionen verbunden sind, nicht sicher bestätigt werden. Durch die erwähnte qualitative Untersuchung der durch Suchträume ausgelösten Emotionen und Reaktionen könnten die

Ergebnisse auf dieser Ebene möglicherweise valider erfasst werden und zu einem anderen Ergebnis als die hier vorliegende Studie kommen.

Die unter Punkt 3.3. dieser Arbeit erwähnte Studie von Pavlick, Hoffmann und Rosenberg (2009) zeigte eine geringe Nutzung von Suchträumen durch Suchthilfeeinrichtungen in den USA. Zwar blickt die vorliegende Studie nur in eine einzelne Einrichtung in Deutschland, jedoch zeigt sich hier, dass die Therapeuten deutlich häufiger ihre Patienten nach Suchträumen fragen. Theoretisch könnte zwar der Wert von 26 Personen, die angaben, dass der Therapeut nach Suchträumen gefragt hat, auf zwei einzelne Mitarbeiter runtergerechnet werden – bei einer Fallzahl von etwa 10 – 12 Patienten pro Therapeut – dennoch scheint hier ein anderes Bewusstsein für das Thema vorzuliegen als es die Studie von Pavlick, Hoffmann und Rosenberg vermuten ließ. Inwieweit dies für andere Einrichtungen gilt, wäre perspektivisch zu untersuchen.

Von den 49 Personen, die Suchträume erfahren haben, sprachen nicht einmal die Hälfte (23) der befragten Personen mit ihrem Therapeuten über ihre Suchträume. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass 26 der 49 von Suchträumen betroffenen Personen angaben, dass der Therapeut sie nach Suchträumen befragt hat. So scheint es, dass drei Personen trotz Nachfragens des Therapeuten nicht das Gespräch über die Suchträume geführt haben. Die Hypothese, dass Patienten im Maßregelvollzug das Thema „Suchträume“ nicht selbstständig beim Therapeuten ansprechen, kann somit zum Teil bestätigt werden. Zwar gibt es einen nicht unerheblichen Teil derer, die mit ihren Therapeuten über das Thema sprechen, andererseits hielt sich mehr als die Hälfte dabei zurück. Woran dies liegt, kann unterschiedliche Gründe haben.

Möglicherweise ist das Thema selbst bei den Betroffenen eher unbekannt, manche haben eventuell das Gefühl, alleine damit zu sein und sprechen es auch Scham nicht an. Ob dies so ist, wäre ebenfalls durch eine qualitative Untersuchung herauszufinden.

Eine weitere Hypothese dieser Studie war, dass Patienten des Maßregelvollzugs Suchträume als subjektiv belastend empfinden. Von den 49 Personen, die Suchträume erlebt haben, gaben lediglich 19 an, Suchträume als belastend zu empfinden. Die übrigen 30 Personen empfinden Suchträume nicht als belastend. Hierzu gilt es zu überlegen, ob das Empfinden mit den Inhalten zusammenhängt, sprich, ob Träume, in denen konsumiert wird, mehr belasten als Träume, in denen nur das Suchtmittel erworben wird. Gleichzeitig könnte in dieses Ergebnis auch die hohe Zahl derer hineinspielen, die bereits länger in der Unterbringung sind und nur noch selten bis gar nicht mehr Suchträume erleben. Ausgehend davon, dass sich hier die Inhalte der Suchträume schon „entschärft“ haben und die Bewältigungsstrategien für eventuell auftretendes Craving vielfältig sind, kann das subjektive Empfinden von Belastung durch den Suchtraum ebenso zurückgegangen sein. Somit kann die Hypothese durch diese Studie nicht belegt werden. Auch hier könnte durch qualitative Untersuchungsmethoden wie Traumjournale eine validere Aussage getroffen werden, da die Empfindungen, die durch den Suchtraum ausgelöst werden, umgehend dokumentiert und nicht retrospektiv erhoben werden.

Die letzte Hypothese aus der Fragestellung war, dass Suchträume ein therapierelevantes Thema für die Behandlung im Maßregelvollzug sind. Diese Hypothese zu operationalisieren gestaltete sich anspruchsvoll, da es hierzu keine

Referenzen gab. Ab wann ist ein Thema also therapierelevant? Bereits bei einer betroffenen Person, die unter den Einflüssen der Suchträume belastet ist? Oder muss es erst eine größere Anzahl geben. Eine allgemeingültige Aussage kann und soll aus dieser Arbeit nicht hervorgehen. Für jeden von einem Phänomen Betroffenen hat dieses Phänomen eine Therapierelevanz. Jedoch zeigt sich allgemein, dass ein großer Teil der Patienten im Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen Moringen von Suchträumen betroffen ist. Somit scheint es angemessen, eine Therapierelevanz für die Behandlung der nach § 64 StGB untergebrachten Suchtmittelabhängigen als belegt anzusehen. Zwar bedarf es für eine global gültige Aussage weiterer Untersuchungen, auch in anderen Kliniken. Es zeigte sich jedoch, dass die Zahlen zur Prävalenz im Vergleich zu anderen Studien auf einem ähnlich hohen Niveau liegen. Gleichzeitig scheint die Thematisierung in den Therapiesprachen zwar höher zu sein, als andere Studien dies zunächst vermuten ließen, jedoch sprechen mehr als die Hälfte der befragten Personen dennoch nicht mit ihrem Therapeuten über die Suchträume. Mit Blick auf den therapeutisch vielseitigen Nutzen, den Suchträume bieten, kann die Therapierelevanz nur unterstrichen werden. Weitere Studien auf diesem Gebiet könnten dies zusätzlich bestätigen, sofern vergleichbare Resultate entstehen.

9. Fazit

Suchträume sind ein Phänomen, welches bei vielen Suchtmittelabhängigen auftritt. Meist jedoch nicht während der aktiven Konsumphase, sondern gehäuft in den ersten Wochen und Monaten der Abstinenz. Gerade hier verspüren viele Suchtmittelabhängige noch ein erhöhtes Craving, welches durch die Suchträume zusätzlich gefördert wird und somit das Rückfallrisiko steigen lässt. Gleichzeitig wird das Thema therapeutisch noch immer nicht ausreichend behandelt, da es vielen Behandlern nicht geläufig ist. Dabei konnten Studien und Erfahrungen aus der Praxis zeigen, welche hohen therapeutischen Nutzen das Arbeiten mit Suchträumen haben kann. Ebenso ist nachgewiesen, dass das Arbeiten mit Suchträumen das Risiko eines Rückfalls reduzieren können. Hier besteht ein Ungleichgewicht, welches durch weitere Forschung und Bekanntmachung des Themas ausgeglichen werden sollte. Bei Prävalenzen von zum Teil über 90 % kann davon ausgegangen werden, dass jeder, der therapeutisch mit Suchtmittelabhängigen arbeitet, Klienten beziehungsweise Patienten vor sich hat, die Suchträume kennen oder aktuell haben. Das Analysieren und Auswerten von Suchtrauminhalten kann von hoher Bedeutung für die Behandlung sein. Durch die Suchträume werden Konflikte oder Risikosituationen deutlicher, als dies im Wachzustand der Fall ist. Durch das Analysieren der Suchträume können die „Stellschrauben“ gefunden werden, an denen „nachjustiert“ werden muss, um aus dem potentiell belastenden Erlebnis eines Suchtraums für den Betroffenen eine Unterstützung zu generieren.

Abschließend sollen aus Theorie, Studie, Diskussion und Fazit einige Anregungen für die praktische Arbeit abgeleitet werden, um das Thema auch im therapeutischen Alltag präsenter zu machen.

10. Anregungen für die Praxis

Um eine konstruktive Arbeitsweise mit Suchträumen erreichen zu können, sollten Behandler ihre Klienten beziehungsweise Patienten regelmäßig nach dem Auftreten von Suchträumen fragen, beispielsweise zu Beginn der Einzelgesprächstermine. In vielen Settings wird zu Beginn eines Einzelgesprächs nach dem aktuellen Befinden, eventuellem Craving oder anderen besonderen Vorkommnissen der letzten Woche gefragt, die Frage „Hatten Sie seit unserem letzten Gespräch einen Suchttraum?“ würde sich hier gut einfügen. In der eigenen praktischen Arbeit konnte der Autor dieser Arbeit erkennen, dass die Gespräche von den Patienten genutzt werden, um über die Suchträume und die damit einhergehenden Emotionen beziehungsweise Reaktionen zu sprechen, wenn das Thema seitens des Therapeuten angesprochen wird. In vielen Fällen konnten die Betroffenen im weiteren Verlauf der Therapie selbstständig die Suchträume berichten und die Analyse des Traums „einfordern“ und konstruktiv mitgestalten.

Die Arbeit mit Suchträumen könnte also ein therapie- beziehungsweise behandlungsbegleitendes Thema sein. Entscheidend ist, bereits in der Anfangsphase der Behandlung das Vorkommen von Suchträumen zu erfragen

und zu thematisieren. Mit einem angemessenen Anteil Psychoedukation können den Betroffenen durch das Abbauen von Hemmnissen das Ansprechen und Analysieren der Suchträume vereinfacht werden, sodass auch das Ergebnis der Arbeit mit den Suchträumen letztlich eine Unterstützung für die Betroffenen ist. Für von Suchträumen Betroffene eignen sich beispielsweise Traumjournale – im Rahmen der qualitativen Forschung bereits erwähnt - welche direkt nach dem Erwachen aus einem Suchttraum eigenständig vom Patienten geführt werden können. Dies ermöglicht den Betroffenen eine direkte Einschätzung des soeben Geträumten sowie der Emotionen und Reaktionen, die sie nach dem Erwachen ausmachen können. Somit wird eine verzerrte Wahrnehmung dieser Faktoren durch eine zu einem späteren Zeitpunkt erfolgende retrospektive Beschreibung vermieden.

Um das Thema unter den Betroffenen bekannter zu machen und zusätzlich Hemmungen bezüglich der Thematisierung abzubauen, könnte es hilfreich sein, auch in den Gruppentherapiesitzungen einen Austausch über Suchträume sowie den individuellen Umgang mit den aus dem Suchttraum resultierenden Emotionen und Reaktionen anzuregen. Dies würde auch dazu beitragen, dass Betroffene erkennen, dass nicht nur sie alleine Suchträumen erleben, sondern auch andere dieses Phänomen kennen. Durch das „Normalisieren“ des Auftretens von Suchträumen kann möglicherweise auch die Häufigkeit des Thematisierens seitens der Betroffenen steigen und das Thema noch mehr in den Fokus gerückt werden.

Diese Anregungen bedeuten selbstverständlich nicht, dass alle bisherigen Therapie- und Behandlungskonzepte vollkommen überarbeitet werden müssen.

Vielmehr sollte die Arbeit mit Suchträumen als Ergänzung zum Bewährten verstanden werden. Durch den Einsatz der Arbeit mit Suchträumen als „Thermometer“, Standortbestimmung und Warnsignal können Schritte, die in den Therapiesitzungen erarbeitet wurden, in gewisser Weise evaluiert werden. Denn durch die therapeutischen Interventionen, das Erarbeiten von Bewältigungsstrategien, Skills etc. durchläuft der Patient einen Veränderungsprozess. Durch das Fortschreiben der Analyse der Suchtrauminhalte ist es möglich, neben dem im „Wachzustand“ auszumachenden auch den unterbewussten Veränderungsprozess zu verfolgen. Auch ermöglicht die Analyse der Suchtrauminhalte einen unverschleierte Blick auf eben diesen Veränderungsprozess. Eine Anpassungsleistung, welche Teile der Patienten im Behandlungsalltag zeigen, ist in den Suchträumen nicht vom Patienten kontrolliert einsetzbar, sodass die aus den Suchtrauminhalten abgeleitete Standortbestimmung einen hohen Aussagewert generieren würde – sofern die Inhalte offen berichtet werden.

Auch für die Nachsorge ist die Fortschreibung der Suchtraumanalyse hilfreich. Treten plötzlich nach langer Zeit wieder Suchträume auf, kann dies ein Warnsignal sein und es gilt, die Lebensumstände des Patienten erneut zu beleuchten. Dadurch ist es möglich, eventuelle Rückfallrisiken und Risikosituationen frühzeitig zu erkennen und durch entsprechende Interventionen gegenzusteuern.

Die Abbildung 6 auf der kommenden Seite zeigt übersichtlich, wie therapeutisch auf Suchträume reagiert werden kann und welche Schritte in den einzelnen Stadien hilfreich sein können. Sicher ist dies nur eine Orientierung, die eine

gewisse Handlungssicherheit bieten soll. Letztlich gilt es jedoch, die therapeutischen Maßnahmen individuell auf den Patienten zuzuschneiden, um diesem den größtmöglichen Nutzen aus der Arbeit mit den Suchträumen zuteilwerden zu lassen.

Suchträume	Therapeutische Maßnahmen
Zu Beginn/ hohe Frequenz der Träume	Intensität des Craving einschätzen ggfs. Medikation erhöhen mehrere kurze Gespräche mit dem Patienten, um ihn im Umgang mit dem Craving zu unterstützen
Anhaltender Rückgang der Suchträume	Dies kann einen Rückgang des Cravings sowie einen therapeutischen Fortschritt bedeuten. Dem Patienten diesen Fortschritt deutlich machen, ihn bestärken
Plötzliches Wieder- auftreten der Träume nach längerer Zeit	Fast immer ein Zeichen für erhöhtes, wiederkehrendes Craving. Intensität des Cravings einschätzen, speziell nach dem Erwachen aus einem Suchtraum. Ggfs. Mehrere kurze Gespräche, um Patienten im Umgang mit dem Craving zu unterstützen
Träume über gescheiterten Konsum	Mit dem Patienten thematisieren, ob dies ein Zeichen seiner Motivation, clean zu bleiben, ist. Craving nach dem Erwachen erfassen und bewerten. Erhöhtes Craving nach dem Traum kann ein erhöhtes Rückfall- risiko bedeuten
Träume über Konsum, gefolgt von Schuldgefühlen	Den Patienten in seiner Motivation, clean zu bleiben, bestärken. Wenn die Schuldgefühle bei früheren Träumen nicht aufkamen, den Patienten darauf aufmerksam machen, dass hier ein Prozess stattgefunden hat

Abb. 6: Arbeiten mit Suchträumen, nach Colace (2014: 59)

Es bleibt festzuhalten, dass Suchträume einen hohen therapeutischen Nutzen haben können, wenn von beiden Seiten – Behandler und Patient – dieser Nutzen gesehen und verstanden wird. Der Behandler bekommt völlig neue Ansatzpunkte

für therapeutische Interventionen, es können Themen aufkommen, die aus den Gesprächen über den „Wachzustand“ teilweise gar nicht hergeleitet werden können. Der Patient hat die Möglichkeit, eine intensive und zum Teil belastende Erfahrung für sich zu nutzen, sich besser kennenzulernen und besser einschätzen zu können. Auch ergeben sich in der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten neue Anregungen für Bewältigungsstrategien, es decken sich neue Zusammenhänge in der Suchtbiografie auf, das Verständnis der Suchterkrankung als Ganzes kann gefördert werden.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass es ein sich lohnender Prozess ist, den Nutzen der Arbeit mit Suchträumen zu erkennen und ihn in die Behandlung von Suchtmittelabhängigen zu integrieren – für Behandler und Patient.

11. Quellenverzeichnis

Araújo, R.B.; Oliveira, M.; Piccoloto, L.B.; Szupczynski (2004) Dreams and Craving in Alcohol Addicted Patients in the Detoxication Stage, *Rev. Psiq. Clín.* 31 (2);63-69, 2004

Aserinsky, E., Keitman, N. (1953). Regularly occurring Periods of Eye Motility and Concomitant Phenomena during Sleep. *Science new Series, Vol. 118, No. 3062 (Sep. 4, 1953)* pp. 273 – 274

Bértolo, H., Paiva, T. (2003) Visual dream content, graphical representation and EEG alpha activity in congenitally blind subjects. EEG/Sleep Laboratory, Centro de Estudos Egas Moniz, Faculdade de Medicina de Lisboa, Hospital Santa Maria, 1600 Lisbon, Portugal

Brown, S. (1985) Treatment of the Alcoholic. A developmental Model of Recovery. John Wiley & Sons, Inc. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, Weinheim

Christo, G., Franey, C. (1996). Addicts drug-related dreams: their frequency and relationship to six-month outcomes. *Substance Use & Misuse*, 31(1), 1-15.

Colace, C. (2000). Dreams in Abstinent Heroin Addicts: Four Case Reports. *Sleep and Hypnosis*, pp. 160 – 163

Colace, C. (2004) Dreaming in Addiction: A Study on the Motivational Bases of Dreaming Processes, *Neuro-Psychoanalysis*, 2004, 6 (2), pp. 165 – 179.

Colace, C. (2014). Drug Dreams, Clinical and Research Implications of Dreams about Drugs in Drug-addicted Patients. London: Karnac Books Ltd.

Foulkes, W. D. (1962). Dream reports from different stages of sleep. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(1), 14

Foulkes, D., & Vogel, G. (1965). Mental activity at sleep onset. *Journal of Abnormal Psychology*, 70(4), 231-243

Foulkes, D., Spear, P. S., & Symonds, J. D. (1966). Individual differences in mental activity at sleep onset. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 280-286.

Freud, S. (1914). Die Traumdeutung. Leipzig und Wien (Vierte, vermehrte Auflage)

Hajek, P., Belcher, M. (1991). Dream of Absent-Minded Transgression: An Empirical Study of a Cognitive Withdrawal Symptom. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (4), 487 – 491.

Herr, S. R., Montoya, I. D., & Preston, K. (1994). Drug-Related Dreams in Cocaine-Dependent Patients Seeking Treatment. *Nida Research Monograph, 141*, 154-154.

Hobson, A., McCarley, R. (1977). The Brain as a Dream State Generator: An Activation-Synthesis Hypothesis of the Dream Process. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 134:12, pp. 1335 – 1348

Hobson, J. A. (1988). *The dreaming brain*. New York: Basic Books

Johnson, B. (2001). Drug Dreams: A neuropsychanalytic Hypothesis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 49, 1: pp. 75-96

Jouvet, M., & Jouvet, D. (1963). A study of the neurophysiological mechanisms of dreaming. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, Suppl 24:133+

Klein, S. (2018). Träume – Eine Reise in unsere innere Wirklichkeit. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH (3. Auflage)

Niwa, Yasutaka et. al. (2018). Muscarinic Acetylcholine Receptors Chrm1 and Chrm3 Are Essential for REM Sleep. Cell Reports 24, pp. 2231–2247

Pace-Schott, E., Picchioni, D. (2016). Neurobiology of Dreaming. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: Elsevier (sechste Auflage)

Pavlick, M., Hoffman, E., Rosenberg, H. (2009). A nationwide survey of American alcohol and drug craving assessment and treatment practices

Peters, K. A. (2003) The Dreams of Alcoholic Men in Early Sobriety, https://asdreams.org/magazine/articles/peters_recovery.htm, Zugriff: 09.02.2020, 14:01 MEZ, Association for the Study of Dreams, Copyright ©2003

Platon (etwa 370 v. Chr.). Der Staat. Berliner Ausgabe, Holzinger (2. Auflage) 2013.

Raab-Steiner, E., Benesch, M. (2012). Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung, 3. Auflage. Wien: Facultas wuv

Reichert, J. (2014). Empirische Sozialforschung und soziologische Theorie. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Baur, N., Blasius, J. (2014). Wiesbaden: Springer.

Reid, S. D., & Simeon, D. T. (2001). Progression of dreams of crack cocaine abusers as a predictor of treatment outcome: a preliminary report. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(12), 854-857.

Tanguay, H., Zadra, A., Good, D., Leri, F. (2015). Relationship Between Drug Dreams, Affect, and Craving During Treatment for Substance Dependence,

Yee, T., Perantie, D.C., Dhanani, N., Brown, E. (2004): Are dreams about drugs, substances, or treatment the royal road to prediction of treatment outcome? Reply to Gerevich and Meggyes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10): 720.

Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: „Suchträume - Ein therapierrelevantes Thema in der Behandlung suchtmittelabhängiger Straftäter nach § 64 StGB“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Northeim, 24.02.2020

Florian Köhler

Anhang

Anhang 1: Aufklärungsbogen

Anhang 2: Fragebogen

Anhang 3: ICD-10-Kriterien Abhängigkeitssyndrom

Anhang 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ich möchte Sie auf diesem Wege fragen, ob Sie bereit sind, an der vorgesehenen Studie teilzunehmen.

Suchträume sind Träume, in denen Betroffene von Konsumsituationen, der Droge an sich oder damit verbundenen Erinnerungen/Erfahrungen träumen. Diese Studie soll untersuchen, ob diese Träume intensiver in der Therapie besprochen und thematisiert werden sollten. Das Ziel ist es, Behandler künftig für dieses Thema zu sensibilisieren und somit Betroffenen im Einzelnen eine entsprechende Unterstützung zukommen lassen zu können.

Mit dem folgenden Fragebogen sollen verschiedene Aspekte des Träumens bei einer Suchterkrankung erfasst werden. So soll überprüft werden, ob sogenannte Suchträume ein therapierelevantes Thema darstellen

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig und hat keinerlei Einfluss auf Ihren Behandlungsverlauf, weder positiv, noch negativ. Selbstverständlich werden Ihre Daten geschützt und anonym behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Sie als Person möglich sind. Eine Weitergabe Ihrer Angaben an das Behandler team oder andere Mitarbeiter der Klinik erfolgt nicht.

Die Bearbeitung dauert ungefähr ... Minuten. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, um die Fragen gewissenhaft und vollständig zu beantworten. Sollte keine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auf Sie zutreffen, wählen Sie bitte die am ehesten zutreffende.

Ich möchte mich bei Ihnen bedanken, dass Sie einen Teil Ihrer Zeit opfern, um diesen Fragebogen auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen

Köhler

Anhang 2

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Fragebogen sollen verschiedene Aspekte des Träumens bei einer Suchterkrankung erfasst werden. Die Bearbeitung dauert ungefähr ... Minuten. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, um die Fragen gewissenhaft und vollständig zu beantworten. Selbstverständlich werden Ihre Daten geschützt und anonym behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Sie als Person möglich sind. **Die im Fragebogen angegebenen Daten und Antworten können nicht Ihnen persönlich zugeordnet werden. Es entstehen Ihnen keinerlei Nach- oder Vorteile durch die Bearbeitung des Fragebogens.**

Bitte geben Sie uns zunächst ein paar Informationen zu Ihrer Person.

Alter			
<input type="checkbox"/> 18 – 24 Jahre	<input type="checkbox"/> 25 – 35 Jahre	<input type="checkbox"/> 36 – 45 Jahre	<input type="checkbox"/> älter als 45 Jahre

Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> andere
-------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

1. Wie lange befinden Sie sich bereits im Maßregelvollzug (aktuelle Unterbringung)			
<input type="checkbox"/> Weniger als 3 Monate	<input type="checkbox"/> 3 – 6 Monate	<input type="checkbox"/> 7 – 12 Monate	<input type="checkbox"/> mehr als 12 Monate

2. Wurde bei Ihnen eine Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit) festgestellt?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

3. Welche Substanzen spielen bei Ihnen eine Rolle? (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Kokain
<input type="checkbox"/> Spice/MDPV	<input type="checkbox"/> Amphetamine
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> Medikamente
<input type="checkbox"/> sonstige : _____	

Bei den folgenden Fragen soll es zunächst um Ihr Traumverhalten gehen. Bitte wählen Sie die Antwortmöglichkeit, die am ehesten auf Sie zutrifft.

4. Wie oft erinnern Sie Ihre Träume?	
<input type="checkbox"/> Fast jeden Morgen	<input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche
<input type="checkbox"/> Etwa einmal die Woche	<input type="checkbox"/> 2 – 3 Mal im Monat
<input type="checkbox"/> Etwa einmal im Monat	<input type="checkbox"/> Weniger als einmal im Monat
<input type="checkbox"/> Gar nicht	

Im nächsten Abschnitt geht es um das Erleben von Suchträumen. Suchträume sind Träume, in denen Betroffene von Konsumsituationen, der Droge an sich oder damit verbundenen Erinnerungen/Erfahrungen träumen.

5. Ich hatte bereits Suchträume	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Sollten Sie noch nie einen Suchtraum gehabt haben, müssen Sie die folgenden Fragen nicht beantworten und können direkt bei Frage 29 fortfahren!

6. In den letzten 8 Wochen hatte ich etwa ____ Suchträume (geschätzt).
--

7. Wie oft haben Sie Suchträume?	
<input type="checkbox"/> Fast jeden Morgen	<input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche
<input type="checkbox"/> Etwa einmal die Woche	<input type="checkbox"/> 2 – 3 Mal im Monat
<input type="checkbox"/> Etwa einmal im Monat	<input type="checkbox"/> Weniger als einmal im Monat
<input type="checkbox"/> Gar nicht	

Bitte bewerten Sie jetzt, wie Sie die Träume erleben.

8. Die Suchträume sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unrealistisch	eher unrealistisch	teils, teils	eher realistisch	sehr realistisch

Im Suchttraum...	Nie	Eher selten	Teils, teils	Eher häufig	immer
9. Sehe ich Örtlichkeiten, an denen ich früher konsumiert habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sehe ich Menschen, mit denen ich früher konsumiert habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Konsumieren andere Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Konsumiere ich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Von welchen Substanzen träumen Sie im Suchttraum? (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Kokain
<input type="checkbox"/> Spice/MDPV	<input type="checkbox"/> Amphetamine
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> Medikamente
<input type="checkbox"/> sonstige : _____	

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit nach dem Erwachen aus einem Suchttraum

Nach dem Aufwachen...	Nie	Eher selten	Teils, teils	Eher häufig	immer
14. Brauche ich einen Moment, um mich zu orientieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bin ich verschwitzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bin ich unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Habe ich Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bin ich traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bin ich wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bin ich verzweifelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bin ich glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bin ich erleichtert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bin ich entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Habe ich Suchtdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Ich empfinde Suchträume als belastend	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

26. Haben Sie das Auftreten dieser Träume mit Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten besprochen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

27. Hat Ihre Therapeutin/Ihr Therapeut Sie danach gefragt?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

28. Empfinden Sie das Reden über diese Träume als entlastend?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

Nur noch 3 kleine Fragen, dann ist es geschafft ☺

29. Wie oft verspüren Sie Suchtdruck?	
<input type="checkbox"/> Fast jeden Morgen	<input type="checkbox"/> Mehrmals die Woche
<input type="checkbox"/> Etwa einmal die Woche	<input type="checkbox"/> 2 – 3 Mal im Monat
<input type="checkbox"/> Etwa einmal im Monat	<input type="checkbox"/> Weniger als einmal im Monat
<input type="checkbox"/> Gar nicht	

30. Wie lange liegt ihr letzter Konsum zurück?			
<input type="checkbox"/> 1 – 2 Wochen	<input type="checkbox"/> 3 – 8 Wochen	<input type="checkbox"/> 3 – 6 Monate	<input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate

31. Konnten Sie über diesen Konsum mit Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten sprechen?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

Anhang 3: ICD-10-Kriterien Abhängigkeitssyndrom

Nach der Definition im ICD-10, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen wird, soll die Diagnose Abhängigkeit nur gestellt werden, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien gleichzeitig während des letzten Jahres vorhanden waren:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandter Substanzen, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranz gegenüber der Substanz, im Sinne von erhöhten Dosen, die erforderlich sind, um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.¹⁰

¹⁰ <https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-a/abhaengigkeit/>, Zugriff: 09.02.2020, 20:22 MEZ