

# Integrative Therapie von Alkoholabhängigkeit und komplexer Traumafolgestörung – Konzept und Praxis der Forel Klinik

4. Münsterlinger Tagung Suchttherapie | 12. Juni 2026

Christian Lorenz, Leitung Medizinisch-Therapeutischer Bereich

**Wege, die wirken.**

## Forel Klinik AG

|                                |                                                              |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Anzahl Mitarbeitende           | ca. 180                                                      |
| Behandlungsplätze Entwöhnung   | 80                                                           |
| Behandlungsplätze Entzug       | 22                                                           |
| Behandlungsplätze Tagesklinik  | 71                                                           |
| Behandlungsplätze Ambulatorium | Ca. 500                                                      |
| Finanzierung                   | Subventionsberechtigte Klinik<br>(Kantone und Krankenkassen) |

**Leistungsauftrag: Entzug und Entwöhnung von Alkohol, Medikamenten und Tabak**

**Manche Suchtbehandlungen scheitern nicht an  
mangelnder Veränderungsfähigkeit der Betroffenen**

–

**sondern an einem Behandlungssystem, das ihre  
Abhängigkeitserkrankung und ihre Traumafolgen  
künstlich trennt!**

# Übersicht

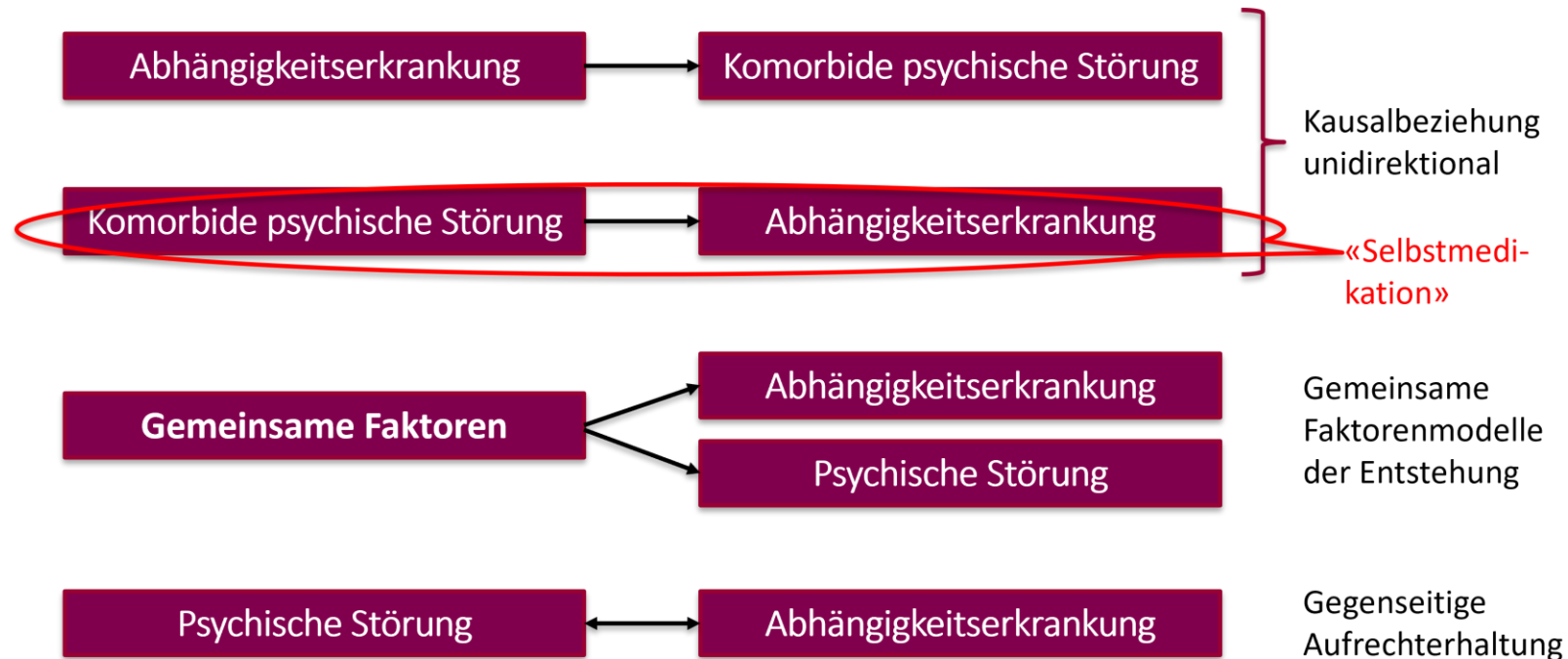
- Gemeinsames Verständnis:
  - Komorbiditäten
  - (Komplexe) PTBS
  - Phasenmodell der Traumabehandlung
- Sequenzielle Therapielogik
- Integratives Paradigma
- Konzept und Praxis der Forel Klinik – am Fallbeispiel

## Abhängigkeitserkrankung und Komorbiditäten

- Komorbidität ist nicht die Ausnahme, sondern Teil des klinischen Alltags.
- Verständnis der psychischen Funktionen des Konsums ist zentral.
- Suchtbehandlung bewegt sich zwischen Schutz, Freiheit und Verantwortung.
- Integrative Behandlung heisst: nicht alles gleichzeitig, aber nichts künstlich abspalten.

## Ätiologie Abhängigkeitserkrankung – komorbide psychische Störungen

(Moggi et al., 2019; Gouzoulis-Mayfrank & Walter, 2019)



## (Komplexe) PTBS & Sucht



Prävalenz (Harvey et al., 2025):

- (K-)PTBS bei Substanzgebrauchsstörungen:

35%

## Phasenverlauf von Traumatherapie (Cloitre et al., 2012)

**Alle drei Phasen sollen zu jeder Zeit der Therapie einbezogen werden!**

- Stabilisierung: Dient oft als Basis für eine konfrontative Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen. Mittels unterschiedlicher Techniken lernen Betroffene, mit den als überflutend erlebten Symptomen (Intrusionen, Flashbacks, Albträume, Ängste, Anspannung und Übererregung etc.) besser umzugehen. Eine zusätzliche medikamentöse Unterstützung kann sinnvoll sein.
- Traumaaufarbeitung: Spezifische traumakonfrontative Bearbeitung der Erinnerungen an die belastenden Ereignisse und ihrer Folgen.
- Integration: Die Akzeptanz der durch die erlebten Traumata wesentlich beeinflussten Vergangenheit und der Aufbau neuer Lebensperspektiven stehen im Zentrum dieser Therapiephase.

## Begriffsklärung: Behandlungsparadigmen

- **Sequenzielles** Behandlungsparadigma
    - Zunächst Abhängigkeitserkrankung behandeln, bevor komorbide, hier: traumabedingte, psychische Störungen angegangen werden
    - Erfolgreiche Behandlung der Sucht Voraussetzung für sichere Basis der Traumatherapie
  - **Integratives** Behandlungsparadigma
    - Sucht und Traumafolgestörung werden parallel und miteinander verknüpft behandelt
    - Gegenseitige Beeinflussung wird angenommen
    - Effektive Behandlung nur über beides, sonst Exazerbationen der jeweils anderen Symptomatik
-

## Die alte Ordnung wirkt sicher

### **Sequenzielles Therapieparadigma: Erst Sucht stabilisieren - dann Trauma behandeln**

Plausibel:

- Abstinenz bietet Schutz
- Traumatherapie kann Belastung auslösen, Teams wollen Konsumereignisse vermeiden
- frühe Fallberichte beschrieben Komplikationen unter Flooding– u. a. depressive Exazerbation, Panik und Rückfall in Konsummuster (Pitman et al., 1991)
- viele Kliniker:innen hielten Exposition bei Substanzgebrauchsstörungen lange nur nach anhaltender Abstinenz für vertretbar (Becker et al., 2004; Mills et al., 2012)
- viele PTBS-Studien schlossen Patient:innen mit Substanzabhängigkeit aus – die Evidenzlücke stabilisierte die Vorsicht (Mills et al., 2012)

**Aber:**

**Was, wenn «Stabilität» nur so lange anhält, wie die entscheidenden Affekte vermieden werden?**

Frau N.

**Die Ausgangslage**

- 36-jährige Patientin
- frühe komplexe Traumatisierung und Bindungsabbrüche
- jahrelanger sexueller Kindesmissbrauch
- Gewaltvolle Selbstbefreiung
- Migration, Pflegefamilie, Schul- und Berufsausbildung
- Alkohol, THC und Kokain ab Jugendalter
- später Alkohol-/Benzodiazepinabhängigkeit nach Totgeburt und Hysterektomie
- massive Schuld-, Scham- und Körperthemen

Frau N.

**K-PTBS Symptome: Vollbild erfüllt**

- Hypervigilanz: Permanentes diffuses Bedrohungsgefühl, innere Unruhe
- Wiedererleben: Flashbacks (dunkelhäutige Männer, tiefe Stimmen, Sex), Alpträume, psychosomatische Schmerzen i.S. Körperflashbacks, Erstarren in Triggersituationen
- Vermeidung: Sex, Beziehungen / Nähe. Bindung durch Funktionieren – hoher Anpassungsgrad
- Beziehungen: Verlust von Vertrauen "in die Menschheit», reduziertes Nähebedürfnis
- Affektregulation: Stress, Schuld- und Schamgefühle, Gedankendrängen / Grübelzwänge mit dysfunktionalen Kognitionen
- Selbstbild: Selbstwahrnehmung als ekelhaft, unwiederbringlich zerstört, «Opfer» und von Grund auf schlecht (Erklärung für Abort und Indextrauma des Verlassenwerdens)

Frau N.

**Konsum und Funktion**

- Betäubung von Intrusionen und Körpererinnerungen
- Unterbrechung von Grübeln, Schuld und Selbstekel
- Regulation von innerer Unruhe und Bedrohung
- Näheregulation bei Sexualität und Beziehung
- kurzfristige Wiederherstellung von Kontrolle

**Suchtmittel waren die schnellste verfügbare Antwort auf die Traumasymptome.**

Frau N.

**Der sequenzielle Versuch**

- qualifizierter Alkohol- / Benzodiazepinentzug
- Stabilisierung und Abstinentenorientierung
- Weitervermittlung in stationäre Traumatherapie
- Beikonsum in der Konfrontationsphase
- Therapieabbruch und Fortsetzung Entwöhnung, vorerst keine weitere Traumatherapie

**Unzureichende Verbindung der Behandlungsebenen...?**

Frau N.

**Was ist hier gescheitert?**

- „Patientin war nicht motiviert genug“?
- „Patientin war noch nicht abstinenter genug“?
- „Traumatherapie war zu früh“?

Eher:

- Der Konsum wurde in der Traumakonfrontation wieder zur Regulationsstrategie.
- Die Traumalogik war nicht ausreichend Teil der Suchtbehandlung.
- Die Suchtlogik war nicht ausreichend Teil der Traumabehandlung.

## **Vorbehalt 1: Traumafokussierte Therapie destabilisiert Suchtpatient:innen und erhöht Konsumereignisse.**

### **Empirie**

- integrierte Sucht-Trauma-Therapie (COPE) verbessert PTBS-Symptome stärker als übliche Suchtbehandlung allein – ohne Zunahme der Schwere der Substanzabhängigkeit (Mills et al., 2012).
- Bei PTBS und Alkoholabhängigkeit ist Prolonged Exposure nicht mit einer Exazerbation der Alkoholgebrauchsstörung assoziiert (Foa et al., 2013).
- Sucht-Symptomexazerbationen unter traumafokussierter Exposition sind nicht häufiger als unter nicht-traumafokussierter Behandlung (Lancaster et al., 2020).
- Metaanalysen zeigen Vorteile traumafokussierter integrierter Ansätze für PTBS – ohne Hinweis auf systematische Verschlechterung des Substanzkonsums (Roberts et al., 2022; Hien et al., 2024).

**Klinisch heisst das:**  
**Nicht Traumafokus an sich ist das Problem, sondern Traumafokus ohne suchtttherapeutische Einbettung – mit Vorbereitung auf Craving, Skills, Konsumbearbeitung, Notfallplänen und Teamkommunikation.**

## **Vorbehalt 2 – Wenn der Konsum gestoppt ist, ist die entscheidende Grundlage geschaffen; Trauma kann später behandelt werden.**

### **Empirie**

- Sequenzielle Modelle greifen zu kurz, weil sie PTBS als aufrechterhaltenden Faktor der Sucht zunächst unbearbeitet lassen (Back, 2010).
- Die COPE-Befunde stellen die verbreitete Forderung nach vorgängiger Abstinenz infrage: für erfolgreiche traumafokussierte Arbeit nicht erforderlich (Mills et al., 2012).
- Verbesserungen der PTBS-Symptomatik sind mit nachfolgenden Verbesserungen der Substanzabhängigkeit assoziiert; der umgekehrte Zusammenhang zeigt sich so nicht (Mills et al., 2012).
- Patient:innen mit PTBS und Substanzgebrauchsstörung sollen evidenzbasierte Behandlung für beide Störungen erhalten; eine Störung soll die andere nicht blockieren (VA/DoD; Norman et al., 2024).
- Grosse Netzwerk-Metaanalyse (Hien et al., 2024) stützt integrierte, traumafokussierte Interventionen: gegenüber TAU und nicht-traumafokussierten Ansätzen sind sie überlegen.

### **Klinisch heisst das:**

**Der Konsumstopp nimmt eine destruktive Regulationsstrategie weg – aber nicht automatisch Intrusionen, Hyperarousal, Scham, Körpererinnerungen oder Beziehungspanik.**

Frau N.

**Der integrative Ansatz**

- Nach erster Entwöhnung im Folgejahr erneute stationäre Behandlung – Anlass: Suizidversuch
- Fortgesetzte Suizidalität: Eskalation psychosozialer Probleme, Partnerschaftskonflikte und
- Sinnlosigkeitserleben, das sich als pathologische Trauerreaktion einordnen liess.
- Im Einzel zunächst Trauerarbeit
- parallel Trauma-spezifische Gruppentherapie – wechselnd stationär und tagesklinisch

Frau N.

**Der integrative Ansatz**

Nach dem Abbruch wurde sichtbarer

- Abstinenz war zeitweise möglich, aber fragil.
- Therapie und Nähe, Sexualität und Beziehung aktivierten alte Bedrohungen.
- Schuld und Scham waren zentrale Treiber für alte Bewältigungsmuster.
- Suizidalität war nicht allein Krise, sondern auch Ausdruck von Ausweglosigkeit und Sinnverlust.
- Pathologische Trauer wurde als eigener Behandlungspfad erkennbar.

**Der Fall wurde nicht einfacher, als wir integrativ hinsahen. Aber er wurde verständlicher und behandelbarer.**

Frau N.

**Der integrative Ansatz**

In Einzelsitzungen IRRT

- imaginative Techniken, Aktivierung von Angst
- Entmachtung des Onkels und
- Zuwendung für den traumatisierten Ich-Anteil
- Imaginativ unterstützte Körperarbeit

## Was machen wir konkret?

### **Therapie der Abhängigkeitserkrankung**

- qualifizierter Entzug und körperliche Stabilisierung
- Motivational Interviewing und Ambivalenzarbeit
- partizipative Zielklärung: Abstinenz, Reduktion, Schutz, Lebensqualität
- funktionale Konsumanalyse
- Craving als affekt- und traumanahes Ereignis verstehen
- erlaubnisgebende Gedanken identifizieren
- Konsumereignisse nachbesprechen statt beschämen
- Rückfallprävention mit Bezug auf Körper, Beziehung, Scham und Alltag

## Was machen wir konkret?

### Therapie der Traumafolgen

- traumasensitive Startphase in Entzug und Entwöhnung
- **Gruppenangebot zu Traumafolgestörungen**
  - PTBS, K-PTBS, Vermeidung, Emotionsregulation, Schuld, Scham, Selbstbild
  - Sitzung zu Sucht und Trauma: Verhaltensanalyse, Craving, erlaubnisgebende Gedanken
- flankierende Einzeltherapie: NET, IRRT, PE, DBT-PTBS-orientierte Elemente u.a.m.
- interprofessionelle Ergänzung: Pflege, Medizin, Sport-/Bewegungstherapie, Ergotherapie, Trauma-Yoga

## Integrativ heisst: Behandlungslogiken verbinden

### **Bei Frau N. bedeutete das:**

- Entzug und Abstinenzorientierung
- traumasensitive Suchtbehandlung
- Gruppentherapie zu K-PTBS und Sucht
- Arbeit an Schuld, Scham und pathologischer Trauer
- Traumaexposition mit Imagination (IRRT) im Einzelsetting
- Rückfallprävention nicht nur substanz-, sondern affektbezogen
- ambulante Nachsorge und erneute Bearbeitung bei Symptomzunahme

## Integrative Behandlung ist Teamarbeit

### **Herausforderung: Was Teams brauchen**

- Geteiltes Wissen - bei unterschiedlichen fachlichen Herkünften
- gemeinsame Sprache für Sucht, Trauma, Scham und Beziehung
- klare Vereinbarungen zu Konsumereignissen
- interprofessionelle Abstimmung nach belastenden Sitzungen
- Wissen, wann Stabilisierung, Konfrontation oder Integration im Vordergrund steht

Frau N.

**Der Abschluss**

Erfolgreicher Therapieabschluss

- Trauer bearbeitet, Wohnung, Trennung, Körperarbeit, Traumasymptome weniger, Aufnahme Anschlussbehandlung
- Katamnestisch: Labilisierung nach einigen Monaten (depressive Entwicklung, Schuldthematik virulent) – in ambulanter Behandlung rekompensiert, erneut IRRT hilfreich
- Aufnahme Organempfängerliste

## Zusammengefasst...

- Integrierte Trauma-Sucht-Behandlung ist heute kein exotischer Sonderweg mehr.
- Die pauschale Sorge, traumafokussierte Behandlung erhöhe regelhaft Konsum, ist so nicht haltbar.
- Abstinenz ist nicht immer Vorbedingung – Sicherheit, Stabilität, Reduktion, Behandlungsbereitschaft und Verhaltensalternativen bleiben zentral.
- Klinische Entscheidung bleibt individuell und partizipativ.

Back, 2010; Mills et al., 2012; Foa et al., 2013;  
Tripp et al., 2021; Hien et al., 2024; Purnell et al., 2024

## Schlussfolgerungen

1. Manche Patient:innen scheitern nicht an mangelnder Veränderungsfähigkeit bzgl. des Konsums, sondern an einem Behandlungssystem, das ihre Sucht und ihre Traumafolgen künstlich trennt.
2. Konsumereignisse sind nicht nur Regelverletzungen, sondern diagnostische Fenster.
3. Integrativ heisst: traumasensitiv, suchtttherapeutisch klar, beziehungsorientiert und gemeinsam geplant.

## Plädoyer

Moderne Suchttherapie sollte

- Konsum funktional verstehen, ohne ihn zu verharmlosen
- Schutz bieten, ohne Patient:innen zu entmündigen oder zu beschämen
- Konsumveränderung fördern, ohne Komorbidität zu vertagen
- Grenzen setzen, ohne Beziehung abzubrechen
- Wiedergewinnung von Lebensqualität als Zielgrösse anstreben

## Literatur

- Back, S. E. (2010). Toward an improved model of treating co-occurring PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 11–13. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09111602>
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277–292. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00138-4)
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J. L., Lanius, R., Stolbach, B. C., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (2012). *The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults*. International Society for Traumatic Stress Studies.
- Foa, E. B., Yuskow, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Jr., Oslin, D., O'Brien, C. P., Imms, P., Riggs, D. S., & Volpicelli, J. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(5), 488–495. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8268>
- Gouzoulis-Mayfrank, E., & Walter, M. (Hrsg.). (2019). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen: Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (2., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Kohlhammer.
- Harvey, L. R., Slade, T., Marel, C., & Mills, K. L. (2025). *ICD-11 PTSD, complex PTSD, and substance use disorder: Associations and clinical correlates*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001957>
- Hien, D. A., Papini, S., Saavedra, L. M., Bauer, A. G., Ruglass, L. M., Ebrahimi, C. T., Fitzpatrick, S., López-Castro, T., Norman, S. B., Killeen, T. K., Back, S. E., & Morgan-López, A. A. (2024). Project Harmony: A systematic review and network meta-analysis of psychotherapy and pharmacologic trials for comorbid posttraumatic stress, alcohol, and other drug use disorders. *Psychological Bulletin*, 150(3), 319–353. <https://doi.org/10.1037/bul0000409>

## Literatur

- Lancaster, C. L., Gros, D. F., Mullarkey, M. C., Badour, C. L., Killeen, T. K., Brady, K. T., & Back, S. E. (2020). Does trauma-focused exposure therapy exacerbate symptoms among patients with comorbid PTSD and substance use disorders? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(1), 38–53. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000304>
- Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., & Ewer, P. L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA*, 308(7), 690–699. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9071>
- Moggi, F., & Preuss, U. W. (2019). Suchterkrankungen und komorbide psychische Störungen. In M. Soyka, U. W. Preuss, F. Moggi, & G. A. Wiesbeck (Hrsg.), *Suchtmedizin* (S. 333–347). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-3-437-23021-9.00019-9>
- Norman, S. B., Hicks, T., Klein, A., & Hamblen, J. (2024). *Treatment of co-occurring PTSD and substance use disorder in VA*. National Center for PTSD. U.S. Department of Veterans Affairs. [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/tx\\_sud\\_va.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/tx_sud_va.asp)
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poiré, R. E., & Steketee, G. S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(1), 17–20.
- Purnell, L., Graham, A., Chiu, K., Trickey, D., & Meiser-Stedman, R. (2024). A systematic review and meta-analysis of PTSD symptoms at mid-treatment during trauma-focused treatment for PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 107, Article 102925. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102925>
- Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), Article 2041831. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>
- Tripp, J. C., Jones, J. L., Back, S. E., & Norman, S. B. (2021). Does exposure exacerbate symptoms in veterans with PTSD and alcohol use disorder? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(4), 390–399. <https://doi.org/10.1037/tra0000988>

Verein Suchtfachkliniken Schweiz forel klinik im hasel südhang

Mensch  
**SUCHT**  
Leben.

**NEURODIVERGENZ  
UND SUCHT –**  
VIELFALT, BELASTUNG, TEILHABE

**SUCHTFACHTAGUNG:**  
DO., 5.11.2026  
Careum Auditorium, Zürich

**TICKETS:** ab Mitte Juni auf  
mensch-sucht-leben.ch

Danke unseren Sponsoren: **DAT/DYNAMIC** Part of collana IT **camurus** Supporter: FOSUMNW | Sonic Suisse

Aufmerksam  
–  
Verbehinweise

