

Trauma und Sucht – eine vielfältige Wechselbeziehung

Dr. Wibke Voigt

Fachklinik Kamillushaus, Essen

40 Jahre Fachstelle für Sucht und
Suchtprävention der Diakonie Emden

01.10.12019

Grundlagen der Psychotraumatologie

Dr. Wibke Voigt, Dortmund
Fachklinik Kamillushaus, Essen

Belastende Lebenserfahrungen

- Gehören zum alltäglichen Erleben eines jeden Menschen
- Können verarbeitet werden, d.h. im biographischen Langzeitgedächtnis abgelegt werden, weil sie **nicht** die psychische Verarbeitungskapazität übersteigen
- Werden letztendlich zu einer (wenn auch unangenehmen) Erinnerung

Traumatische Erfahrungen

- Gehören auch sehr oft (entsprechend der DSM VI-Kriterien zu 75%) zum „normalen“ Leben eines Menschen
- „Gesunde Normalität“ (Artefakt?) versus „destruktive Normalität“
- Buddha: „Leiden ist ein Teil des Lebens“

Interpersonelle Gewalt

Violence against women: an EU-wide survey
(N=42.000)

Gewalterlebnisse ab dem 15.Lebensjahr:

- 11% erlitten sexuelle Gewalt
- 31% erlitten körperliche Gewalt

European Union Agency for Fundamental Rights 2014

World Mental Health Survey WHO

- „Familiäre Dysfunktion (v.a. Gewalt, Vernachlässigung) ist stärkster Prädiktor für psychische Störungen
- Und zwar für alle Diagnosen: Depression, Angststörung, Suchterkrankungen, PTBS...
- Etwa ein Drittel (29,8%) aller psychischen Erkrankungen stehen damit in Verbindung
- Die Stärke der Zusammenhänge steigt mit der Anzahl der Belastungen *Kessler et al. 2010*

Traumatische Erfahrungen

- Übersteigen häufig die psychische Verarbeitungskapazität und können dann **nicht im biographischen Langzeitgedächtnis als normale Erinnerung abgelegt werden**

Wodurch entsteht **kein** Trauma ?

- Wenn Sie ärgerlich, traurig oder wütend sind,
- z. B. Sie morgens Ihren Kaffee nicht bekommen oder
- wenn die Geschäftsleitung das Weihnachtsgeld streicht oder
- wenn Sie ein unangenehmes Erlebnis haben

Was ist ein Trauma ?

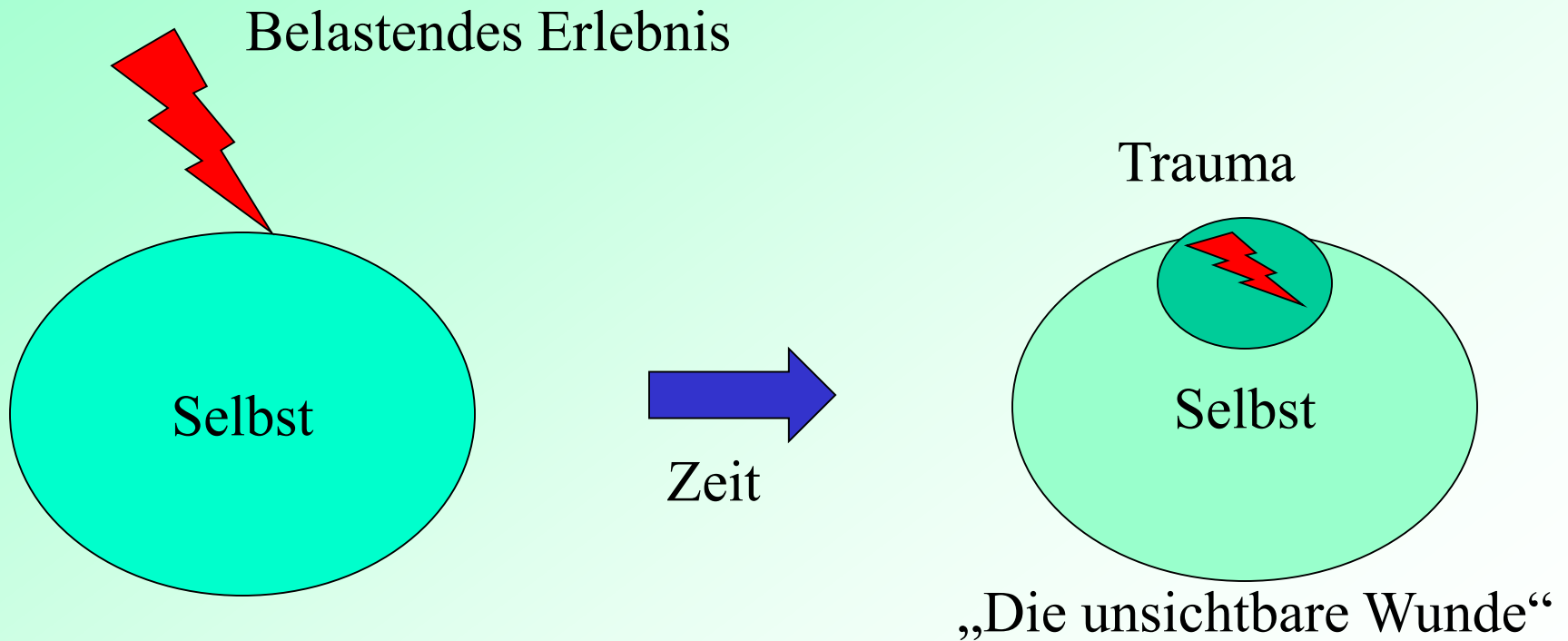
- Eine Wunde in der Seele,
- die durch ein (lebens)bedrohliches Ereignis verursacht wurde.
- Eine von außen einwirkende Läsion der seelisch-psychischen Integrität.

Was kennzeichnet eine traumatische Situation?

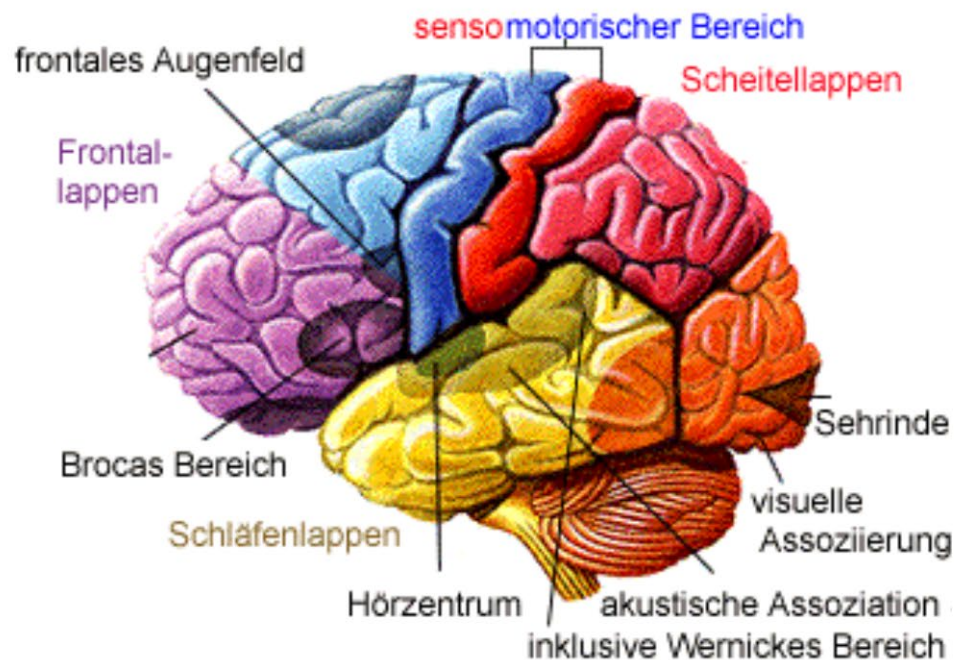
- Das (subjektive) Erleben von
 - Todesangst
 - absoluter Hilflosigkeit
 - Kontrollverlust und Ohnmacht

Psychisches Trauma: die unsichtbare Wunde in der Seele

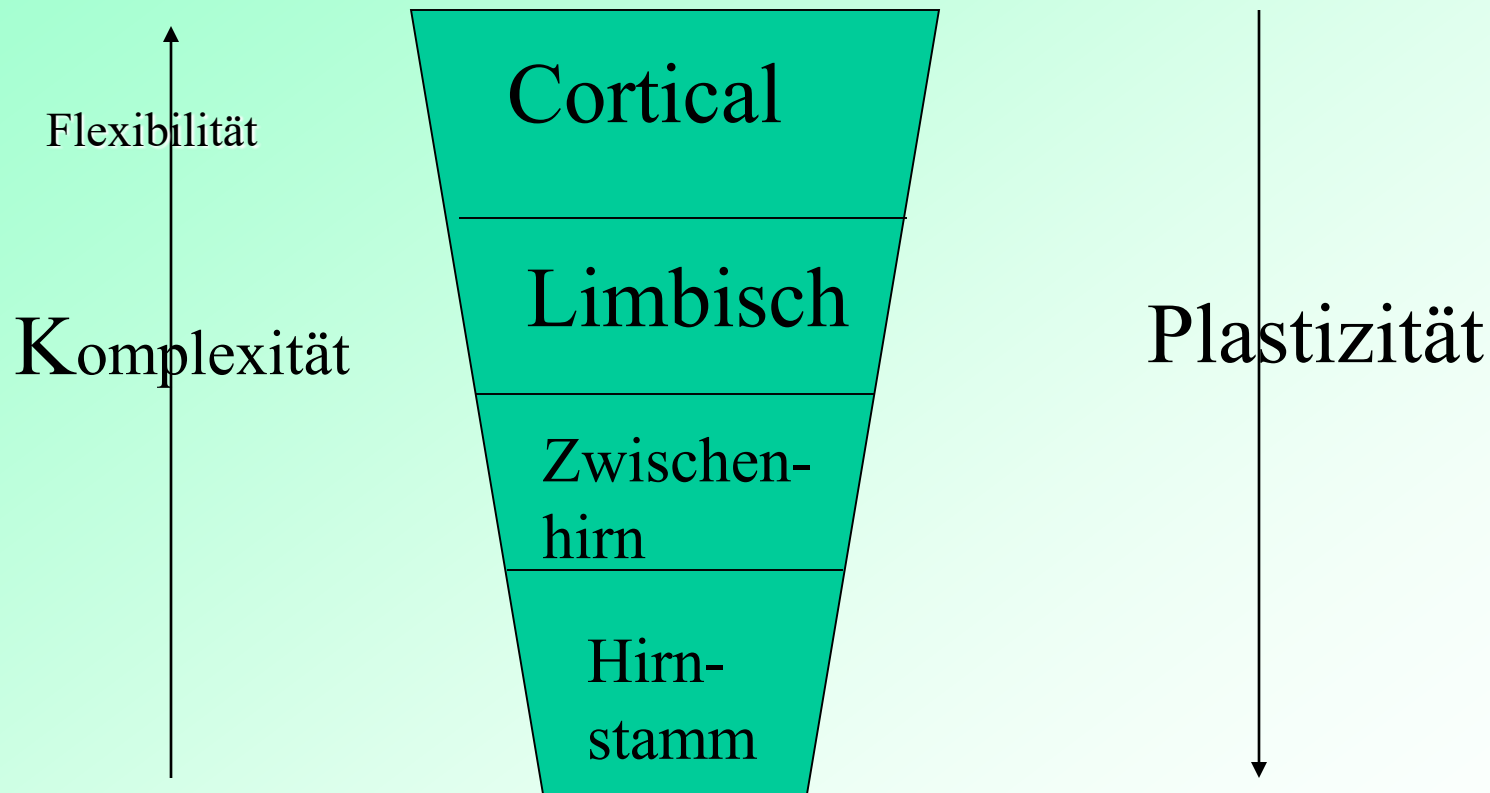
A.Hofmann, W.Kritsberg



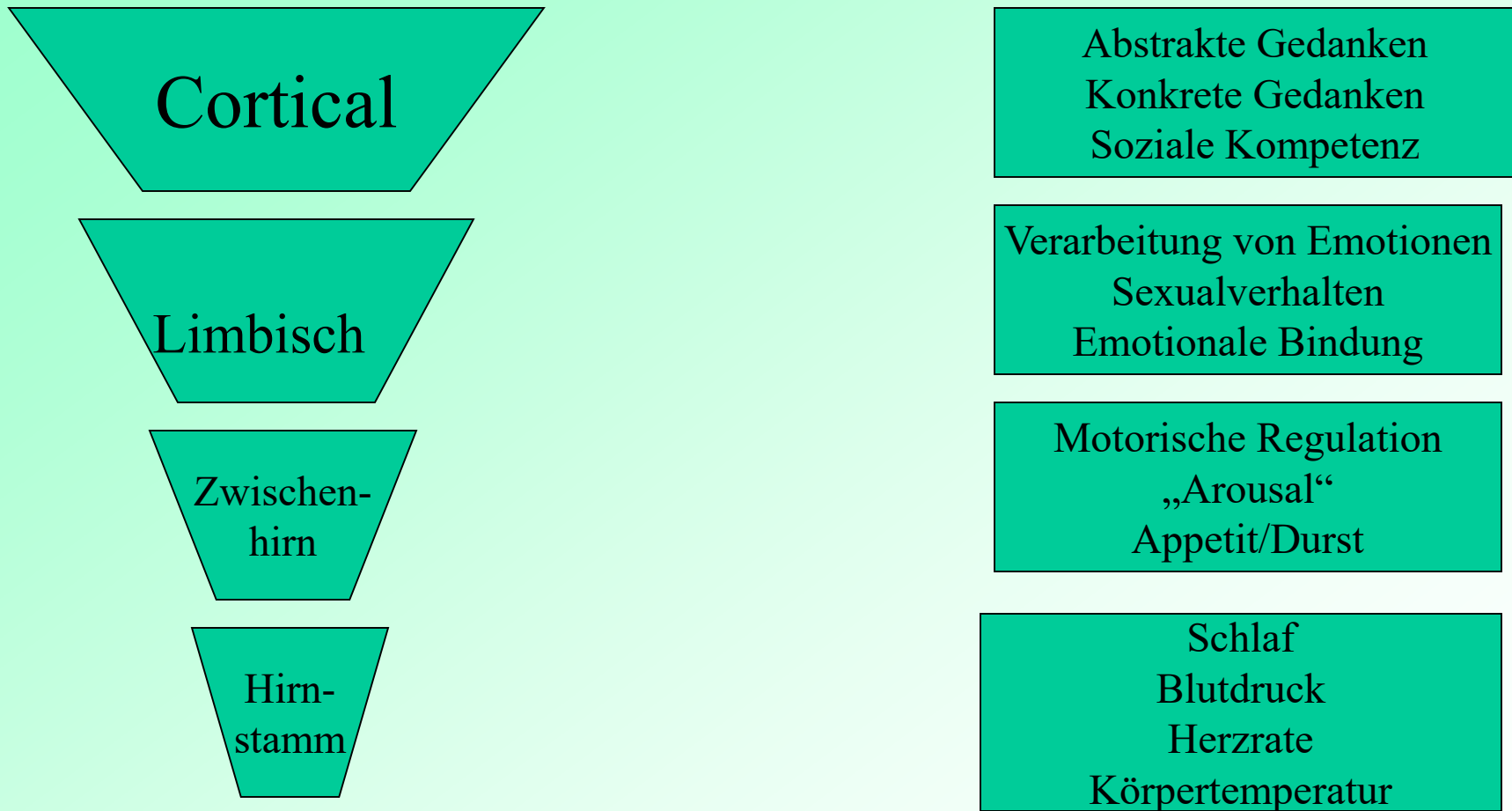
Jedes Gehirn hat verschiedene Zentren für verschiedene Aufgaben



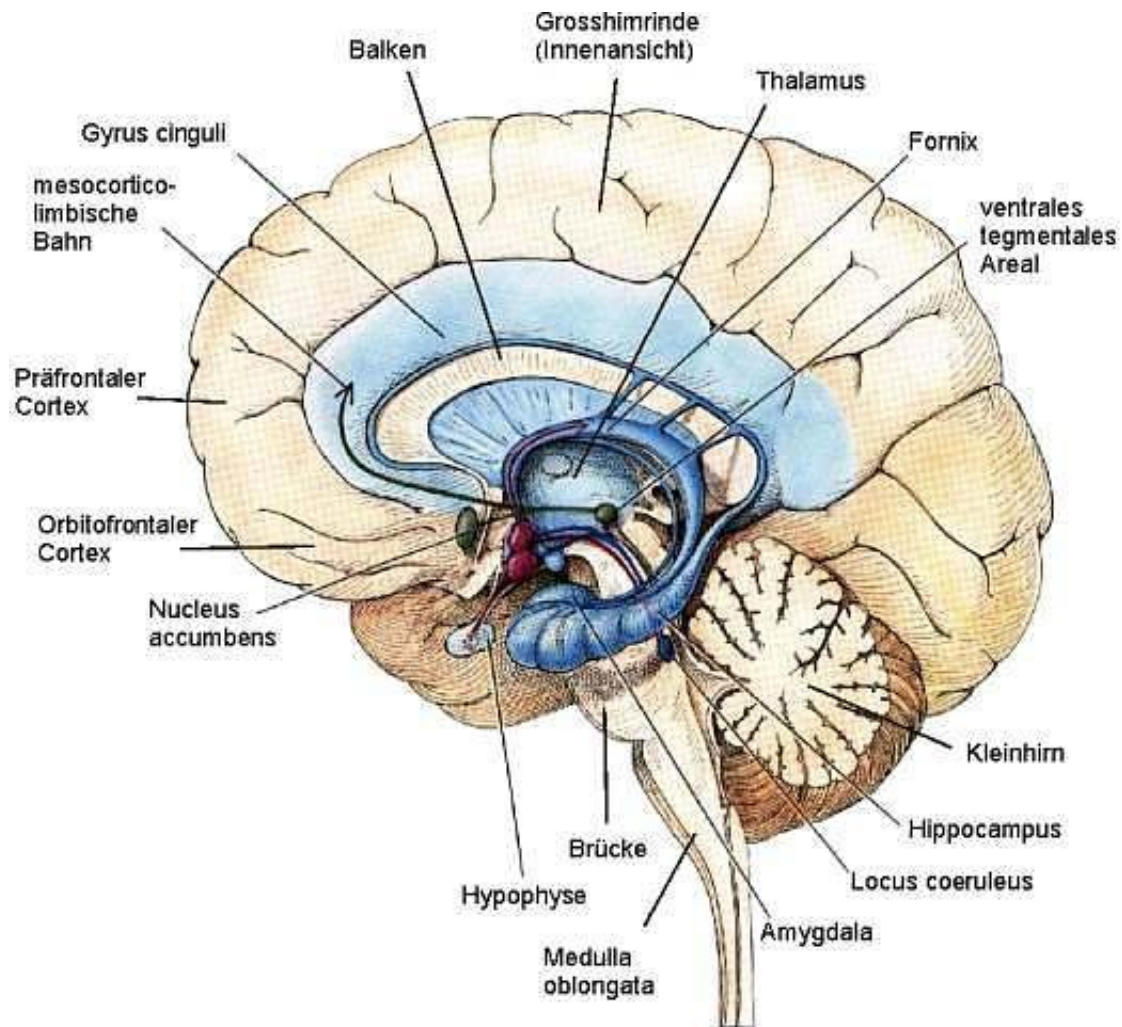
Plastizität und Gehirnorganisation



Hierarchien der Gehirnfunktionen



Das limbische System



Stationen in der zentralnervösen Verarbeitung sensorischer/sensibler Informationen

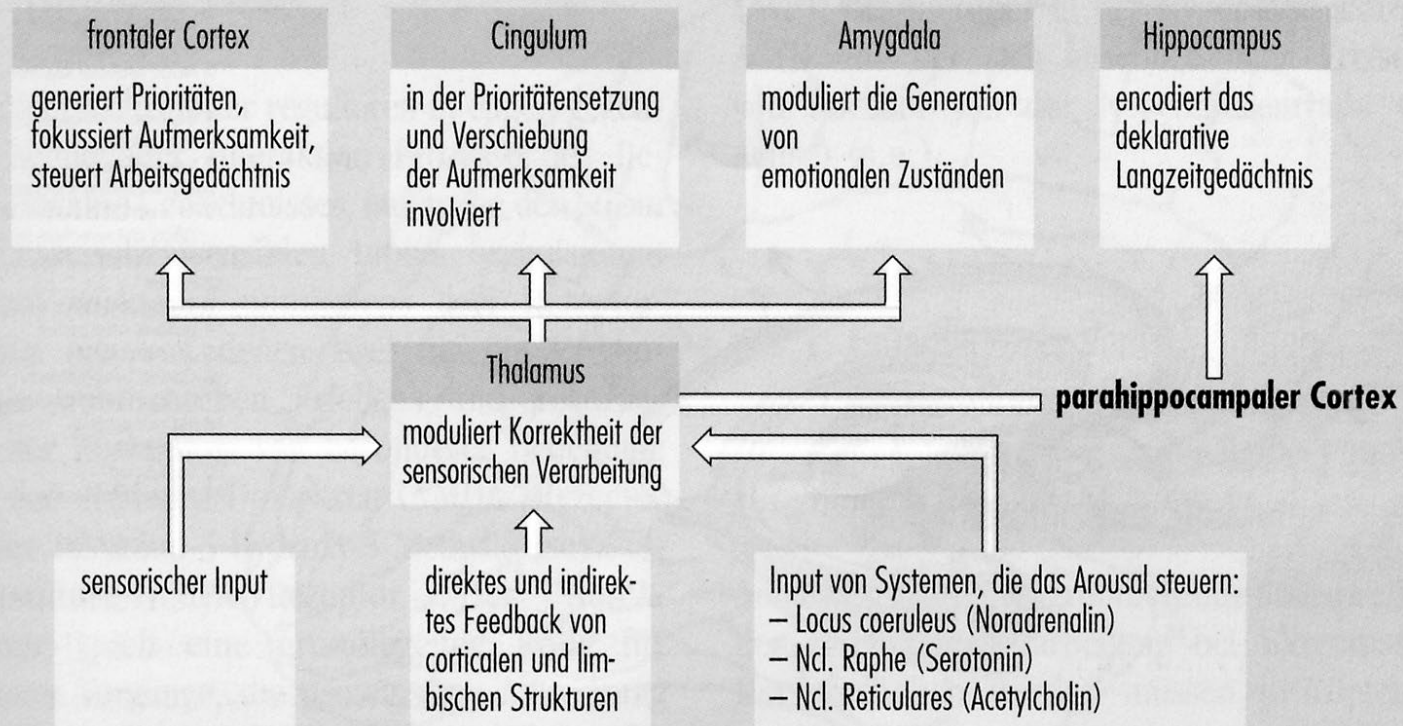


Abb. 1 Die zentrale Stellung des Thalamus in der zentralnervösen Informationsverarbeitung (nach: Krystal et al. 1995)

Die beiden Speichersysteme des Gedächtnisses im limbischen System

„kühler“ Hippocampus

- Explizit = Deklarativ
- Bewusst
- Kognitiv
- Konstruiert ein Narrativ
- Verbal/semantisch
- Geist
- Beschreibung von Operationen
- Biographisch
- Voll funktionsfähig myelinisiert erst im (3.) 8.-10. Lbs,
- Hat Verbindung zu Thalamus, Sprachzentren, Cortex
- Wird bei Stress abgeschaltet

„Heiße“ Amygdala

- Implizit = Nichtdeklarativ
- Unbewusst
- Emotional
- Sprachlos
- Sensorisch
- Körper
- Automatisierte Fertigkeiten
- Speichert emotionale Highlights
- Von Geburt an reif
- Eingravierte traumatische Gedächtnisspuren leicht triggerbar
- Blockiert bei Stress zu Thalamus, linkem Cortex, Sprachzentren, aber
- Speichert bei Stress linear weiter

Implizites Gedächtnis

- Es speichert sensorische Eindrücke sowie erlernte Prozeduren und Verhaltensweisen und ermöglicht die Erinnerung an sie (Generalisierung von Erfahrungen)
- Diese „Mentalen Modelle“ oder „Schemata“ helfen uns, aktuelle Erfahrungen einzuordnen und zukünftige vorherzusagen (prospektives Gedächtnis – remember the future)
- Die Mentalen Modelle als Verallgemeinerung der vergangenen Erfahrungen sind die Grundlage des Lernens und die grundlegenden Bestandteile des impliziten Gedächtnisses
- Wir benutzen diese Modelle, um uns einer Situation schneller anpassen oder etwas vorhersagen zu können
- Deswegen suchen wir ständig nach bekannten Objekten und Erfahrungen, um einschätzen zu können, was wir von der Umwelt zu erwarten haben

Explizites Gedächtnis

- Es speichert Fakten, Konzepte, Ideen, Erinnerungen an Operationen
- Es ordnet Ereignisse zeitlich richtig in die eigene Lebensgeschichte ein
- Es erfordert die Sprache
- Es existiert in zwei verschiedenen Formen:
semantisch-faktisches Wissen und episodisch-autobiographisch
- Semantische Erinnerungen können mit Worten oder Symbolen oder faktischem Wissen wiedergegeben werden
- Episodische oder autobiographische Erinnerungen zeigen uns die Welt (selbst-“bewusst“-sein)

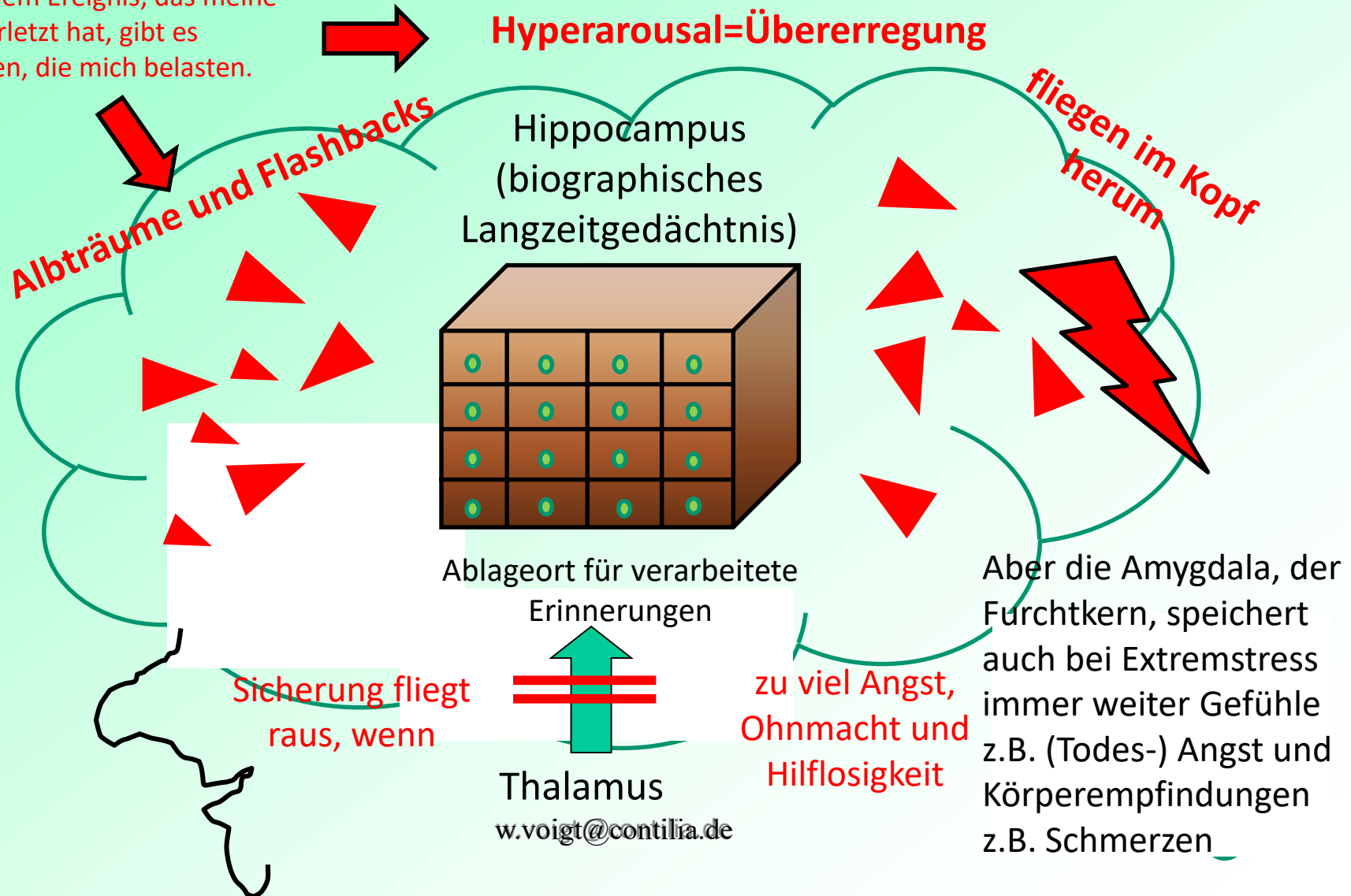
Besonderheiten des
Traumagedächtnisses

Neurobiologie des
Traumagedächtnisses

Posttraumatische Belastungsstörung

(Voigt 2011)

Nach einem Ereignis, das meine Seele verletzt hat, gibt es Störungen, die mich belasten.



Normale Erinnerungen

- Kontrolle vorhanden
- Anfang und Ende vorhanden
- Relativ vollständig
- Zeitliche Einordnung möglich
- Verarbeitete Gefühle
- Mit Bildern verbunden
- Mit Sprache verbunden, verbalisierbar

Traumatische Erinnerungen

- Keine Kontrolle; Auslöser: Trigger
- Anfang/Ende fehlen oft, also endlos, ewig
- Unvollständig, splitterhaft
- Zeitliche Einordnung fehlt, oft nicht möglich
- Unverarbeitete Gefühle von Todesangst, Hilflosigkeit und Ohnmacht genauso stark
- Oft ohne Bilder
- Nicht verbalisierbar: „sprachloser Terror“

Eine traumatische Situation

- Ist eine neurobiologische Hochstresssituation, in der akut Neurotransmitter wie Adrenalin, Acetylcholin, Glutamat, später Kortisol in hoher Dosis ausgeschüttet werden.
- Dies kappt die Verbindung zu verschiedenen Kernen im limbischen System, die im Normalfall das Erlebte verarbeiten und ins biographische Langzeitgedächtnis ablegen

Anders ausgedrückt:

Eine traumatische Situation

- Kann wie ein „Blitzschlag“ ins Gehirn wirken
- Dann schützt das Gehirn sich und den Körper, indem es teilweise abschaltet:
„die Sicherung fliegt raus“
- Diese Reaktion im Gehirn und im Körper schützt wiederum vor den unaushaltbaren Gefühlen und Schmerzen
- Das ist hilfreich, um die Situation zu überstehen/zu überleben, hat aber Folgen

Was passiert im Gehirn, wenn die Seele verwundet wird?

- Durch die überwältigenden Gefühle kann im Gehirn (limbischen System) das traumatische Ereignis nicht als zusammenhängende Erinnerung ins biographische Langzeitgedächtnis eingespeichert werden, **sondern es fliegt im Gehirn herum wie Splitter eines zerbrochenen Spiegels – ohne Kontrolle.**

Grundlegende Veränderungen der zerebralen Verarbeitung bei Extrem-Stress- der Beitrag zentraler neuroanatomischer Strukturen

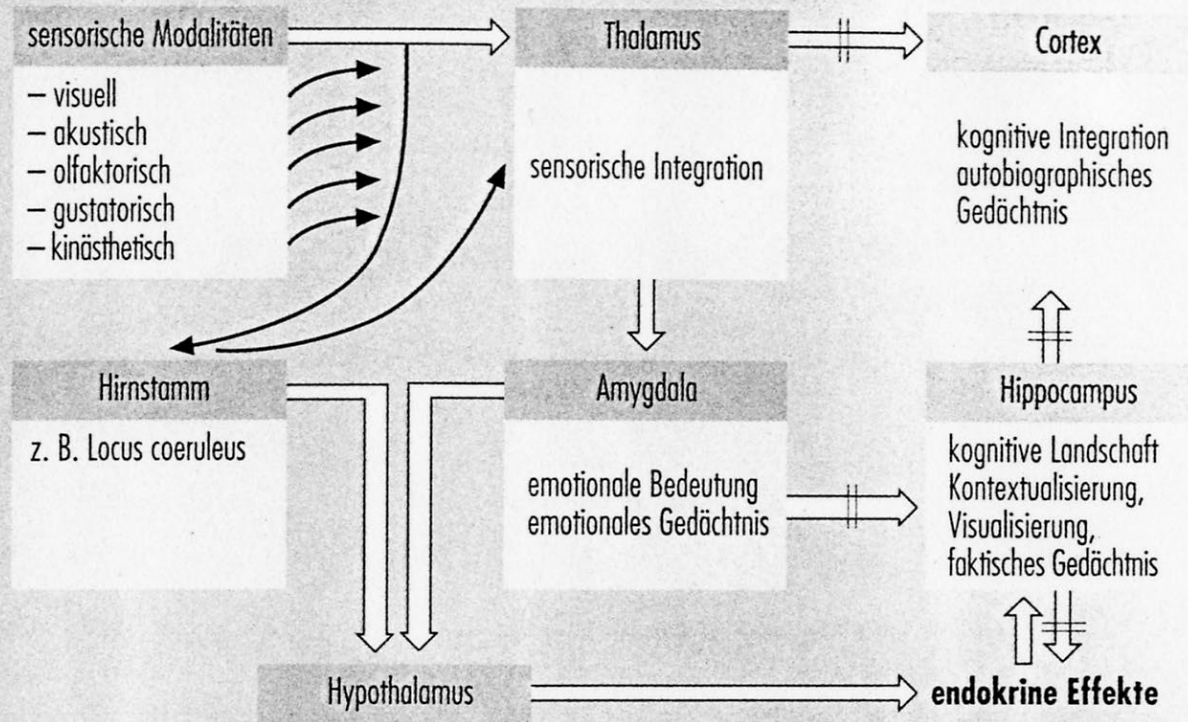


Abb. 4 Pfade der zerebralen Verarbeitung bei Extremstress (modifiziert nach: van der Kolk 1996a; Nutt 2000)

PTBS assoziierte Symptome

- 1.) Das Wiedererleben des Ereignisses in unterschiedlichen sensorischen Formen, den sog. Flashbacks. Flashbacks bestehen aus dissoziierter, implizit gespeicherter Information, die unter bestimmten Voraussetzungen (also zustandsabhängig) aktiviert wird
- 2.) Das Vermeiden aller Dinge, die an das Trauma erinnern
- 3.) chronisch übermäßige Erregung (Hyperarousal) des autonomen Nervensystems (ANS)

Flashbacks

- Enkodierung traumatischer affektiver Aspekte über die Amygdala; über eine klassische Konditionierung entsteht ein abnormes neuronales Netzwerk
- Sehr belastende Wiederholungen impliziter sensorischer Erinnerungen an traumatische Ereignisse, die zuweilen mit einer expliziten Erinnerung verbunden sind
- Sie sind von so starken Empfindungen begleitet, dass die Betroffenen die gegenwärtige Realität nicht von der Vergangenheit unterscheiden können – „als ob es jetzt passieren würde“
- Sie können durch exterozeptive (alle 5 Sinnesqualitäten) und/oder durch interozeptive (z.B. Beschleunigung der Herzfrequenz) Systeme ausgelöst werden

Flashback: Hirndurchblutung im PET

(Positronen-Emissions-Tomographie)

- Ergebnisse von B. van der Kolk/ Rauch:
- Das Gehirn ist fast nur rechts aktiviert
- Cortex und limbisches System rechts sind aktiviert
- Das Brocca- Sprachzentrum (links) ist unterdrückt

Flashback: Hirndurchblutung im PET

Erklärungsansätze

- Emotional geladene Informationen sind überwiegend im limbischen System der rechten Hirnhälfte und im sensorischen Rindenareal fixiert
- Die überwiegend analytische linke Hemisphäre scheint unterdrückt zu sein: eindrucksvolle Lateralisierungsvorgänge zwischen den Hemisphären
- Traumatische Erinnerungen scheinen charakterisiert zu sein durch viele sensorische Eindrücke und Gefühle bei gleichzeitiger Sprachlosigkeit: ein „Sprachloser Terror“
van der Kolk/Kapfhammer

Traumafolgen sind physiologisch verankert

- Blockade der Informationsverarbeitung: implizite, sensorische (amygdaloide) statt expliziter, kognitiver (hippocampaler) Erinnerung
- Die Sprachzentren sind unterdrückt (Brocca-Region)
- Die Lateralisation ist gestört
- Überflutung mit aktivierenden Neurotransmittern wie Noradrenalin, Glutamat
- Erniedrigte Ausschüttung von hemmenden Neurotransmittern wie Kortisol, Serotonin

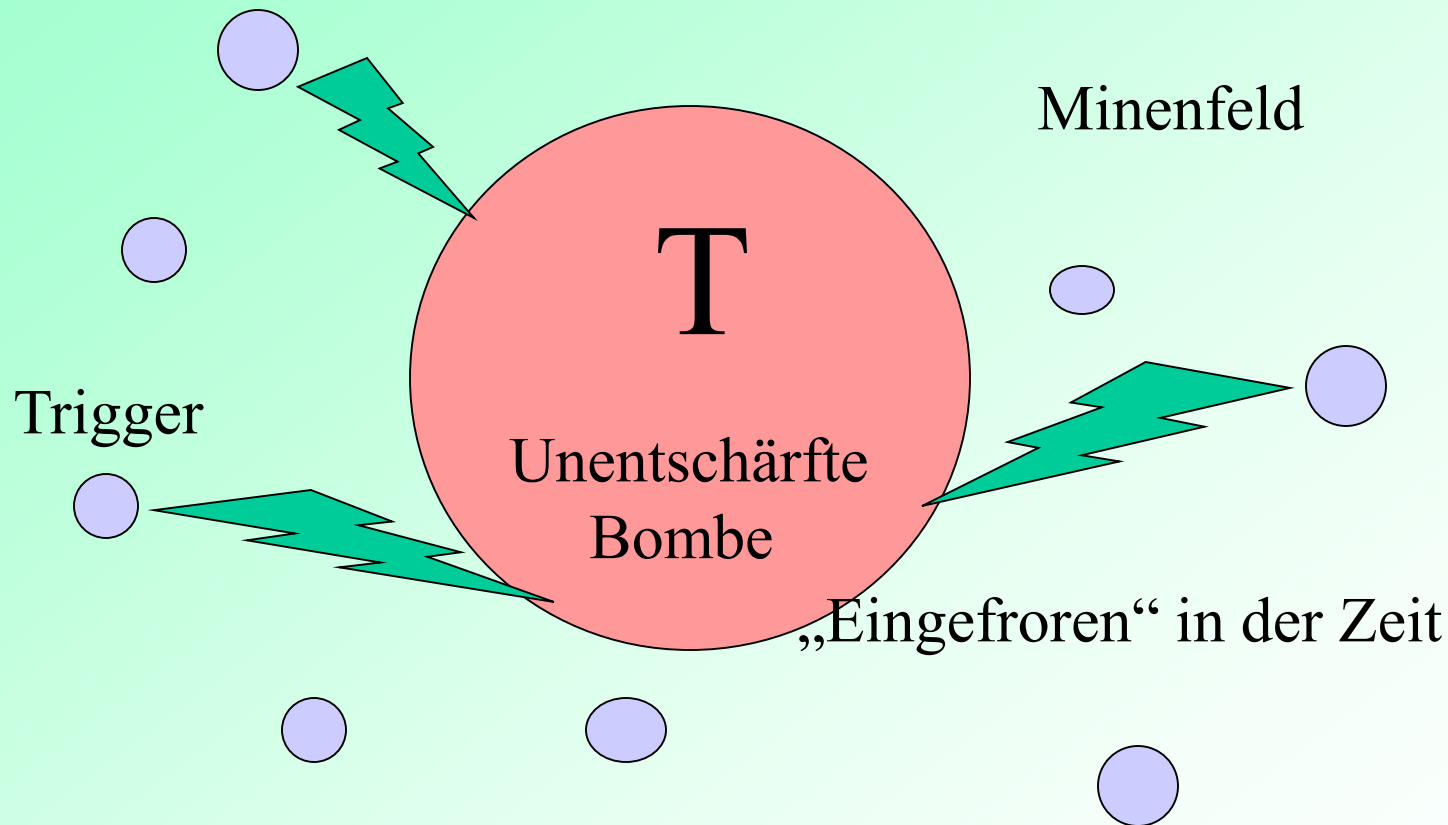
The Body keeps the Score - Der Körper vergisst nicht

Bessel van der Kolk, 1994

- Flashback = „Blitz zurück“
- sehr belastend durch stark erhöhte Reaktion des autonomen Nervensystems
- Sehr belastende Wiederholung dissoziierter, impliziter, sensorischer Erinnerungen an traumatische Erinnerungen, manchmal mit expliziter Erinnerung verbunden.
- Kann durch exterozeptive oder/und interozeptive Reize ausgelöst werden (sensorische Signale)
- Zeitliche Einordnung fehlt oft

Psychoedukation: Trauma

nach Lutz Besser



„Wenn Sie **jetzt** daran denken, **wie belastend** fühlt es sich an“

SUD (Subjective Units of Disturbance) 0 – 10

w.veigt@cpmtilia.de

Objektive Risikofaktoren

- Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses
- Wiederholtes Ausgesetztsein
- Ausmaß der physischen Verletzung
- Durch Menschen verursachte Traumatisierung (man made disaster)

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Objektive Risikofaktoren

- Intentionalität
- Irreversibilität der erlittenen Verluste
- Höhe der materiellen Schädigung
- Ständiges Erinnertwerden an das Geschehen (Triggerung)

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Subjektive Risikofaktoren

- Unerwartetes Eintreten des traumatischen Ereignisses
- Geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen
- Schuld erleben
- Ausbleiben fremder Hilfe

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Individuelle Risikofaktoren

- Jungendliches oder hohes Alter
- Zugehörigkeit zu einer Randgruppe
- Niedriger sozioökonomischer Status
- Mangelnde soziale Unterstützung
- Psychische und körperliche Vorerkrankungen
- Familiäre Vorbelastungen mit traumatischen Erfahrungen

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Woran erkenne ich, dass jemand an den Folgen eines Traumas bzw. mehrerer Traumata leidet ?

- An psychischen und körperlichen Symptomen,
- die oft von anderen Menschen zwar wahrgenommen werden, aber nicht eingeordnet werden können (auch von den Betroffenen nicht),
- die häufig dramatische Folgen im Alltagsleben für die Betroffenen haben und
- die Lebensqualität erheblich einschränken.

Epidemiologie:

Die Häufigkeit von PTSD ist abhängig von
der Art des Traumas

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% Prävalenz bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

*AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung,,
G.Flatten, U. Gast, A. Hofmann et al. 2011*

Epidemiologie

- 2 – 7% beträgt die Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung für eine Posttraumatische Belastungsstörung
- Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich häufiger
- Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung

Erholung von traumatischen Erfahrungen

- 1/3 der Betroffenen erholt sich selbstständig (cave: keine Unterscheidung der Traumata)
- 1/4 Spontanerholungen bei Vergewaltigungen
- Nach Folter fast nie Spontanerholung
- 1/3 der Betroffenen erscheint wieder gesund; jeder einzelne kann aber bei erneut belastender Situation (Trigger: Ohnmacht/Hilflosigkeit) dekompensieren und eine Traumafolgestörung entwickeln

Typologie von Traumatisierung

- Apersonale Traumen
- Personale Traumen
- Einmalige und überraschende Traumatisierungen
- Langanhaltende und kumulative Traumatisierungen

Einteilung der Traumata *(nach L.Terr)*

- Typ-I-Traumen: *plötzlich, unvorhergesehen, einmalig*
 - apersonal : Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle
 - personal: räuberische Überfälle, Vergewaltigung, plötzlicher Verlust einer Bezugsperson
- Typ-II-Traumen: *chronisch-kumulativ*
 - politische Gewalt: Krieg, Folter, Geiselnahme, Konzentrationslagerhaft
 - personaler Nahbereich: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Kurzdauernde traumatische Ereignisse (Typ-I-Traumen)

- Naturkatastrophen
- Verkehrsunfälle
- Arbeitsunfälle
- Technische Katastrophen
- Kriminelle Gewalttaten (z.B. Überfall, Vergewaltigung)

Längerdauernde/wiederholte Traumen (Typ-II-Traumen)

- Geiselhaft
- Mehrfache Folter
- Kriegsgefangenschaft
- KZ-Haft
- Wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung sowie Vernachlässigung

Menschlich verursachte Traumen („man made disaster“)

- Sexuelle und körperliche Misshandlung in der Kindheit
- Kriminelle und familiäre Gewalt
- Vergewaltigung
- Kriegserlebnisse
- Zivile Gewalterlebnisse (Geiselnahme)
- Folter und politische Inhaftierung
- Massenvernichtung (KZ-, Vernichtungshaftlager)

Was ist eine **Akute Belastungsreaktion** ?

- „Eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“
- Folgende Symptome können auftreten:
Angst, Unruhe, Schlafstörungen, Ärger, Gereiztheit, Rückzug, Depression, sich aufdrängende Bilder oder Geräusche
- Kann mehrere Tage dauern

Was ist eine **Posttraumatische Belastungsstörung** ?

- Übersetzung: nach einem Ereignis, was eine Wunde in meiner Seele verursacht hat, leide ich unter Störungen, die mich belasten.
- Von der Normalität extremer Reaktionen auf abnorme Ereignisse *Willi Butollo*

Das syndromale Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

- Sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (**Intrusionen**) oder Erinnerungslücken (**Bilder, Alpträume** oder ungebetene eindringliche Erinnerungen, sog. **Flash-backs** „Blitz zurück“, **partielle Amnesie**)
- **Übererregungssymptome (Hyperarousal):** Konzentrationsschwierigkeiten, Affektintoleranz, erhöhte Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit
- **Vermeidungsverhalten** (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)

Das syndromale Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

- **emotionale Taubheit (Hypoarousal, Numbing):** allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit
- Im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägung (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten: aggressive Verhaltensmuster)
- Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (mehrjähriger) Verzögerung (verzögerte PTBS) auftreten

Weitere Traumafolgestörungen sind:

- Dissoziative Störungsbilder F 44
- Somatoforme Schmerzstörung F 45.4
- Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F60.3

AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, G.Flatten, U. Gast, A. Hofmann et al. 2011

Weitere Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind:

- Dissoziale Persönlichkeitsstörung F 60.2
- Essstörungen F 50
- Affektive Störungen F 32, 33, 34
- Substanzabhängigkeit F 1...
- Somatoforme Störungen F 45

AWMF Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung,, G.Flatten, U. Gast, A. Hofmann et al. 2011

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11 Konzept

Traumakriterium – wie bei PTBS – spezifisch:
langdauernde/wiederholte schwerwiegende traumatische Situation, aus der Flucht nicht möglich ist.

Symptombild wie bei PTBS, zusätzliche Beeinträchtigungen

Störungen der Emotionsregulation: affektive Ausbrüche, dissoziative Zustände

- Beeinträchtigung des Selbstkonzepts: Überzeugung beschmutzt, schuldig, wertlos zu sein
- Probleme in der Beziehungsgestaltung: distanzierte Beziehungen, keine Nähe empfinden können

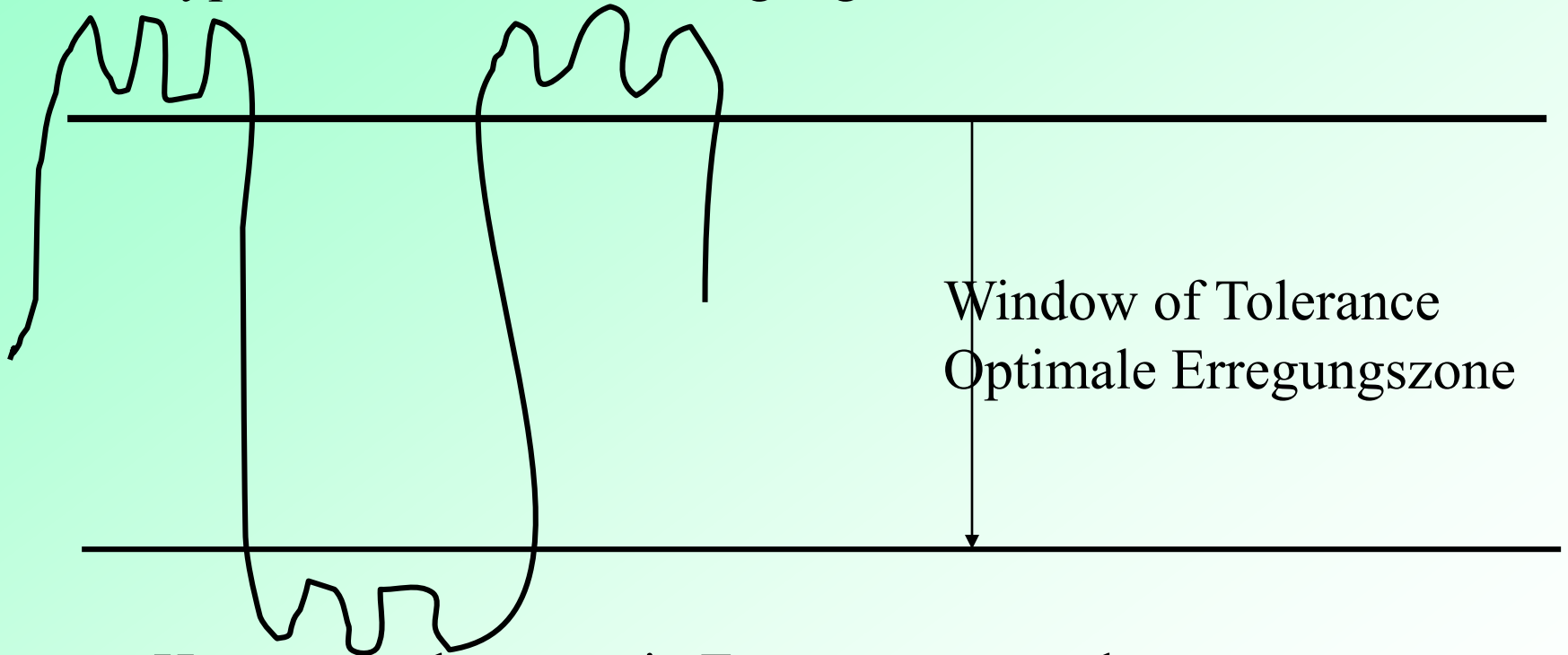
The Body keeps the Score - Der Körper vergisst nicht

Bessel van der Kolk, 1994

- Flashback = „Blitz zurück“
- sehr belastend durch stark erhöhte Reaktion des autonomen Nervensystems
- Sehr belastende Wiederholung dissoziierter, impliziter, sensorischer Erinnerungen an traumatische Erinnerungen, manchmal mit expliziter Erinnerung verbunden.
- Kann durch exterozeptive oder/und interozeptive Reize ausgelöst werden (sensorische Signale)
- Zeitliche Einordnung fehlt oft

Bi-Phasische Traumareaktion

Hyperarousal: zu viel Erregung, um zu lernen



Hypoarousal: zu wenig Erregung, um zu lernen

Phasenorientierte Behandlung

Janet 1907

- **Stabilisierung**
 1. Körperliche Stabilisierung
 2. Soziale Stabilisierung
 3. Psychische Stabilisierung
- **Traumaverarbeitung**
- **Integration und Neuorientierung**

Grundsätze der Traumatherapie

1. Äußere Sicherheit
2. Psychoedukation
3. Stabilisierung
4. Traumabearbeitung
5. Reintegration

Erste Maßnahmen

- Herstellen von äußerer Sicherheit !!!!!!!! (z.B. Beendigung von noch bestehendem Täterkontakt)
- Organisation des psychosozialen Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Informationsvermittlung und Psychoedukation bezüglich traumatypischer Symptome und Verläufe

Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte, G.Flatten et al. 2004 Schattauer Verlag

Psychoedukation bedeutet:

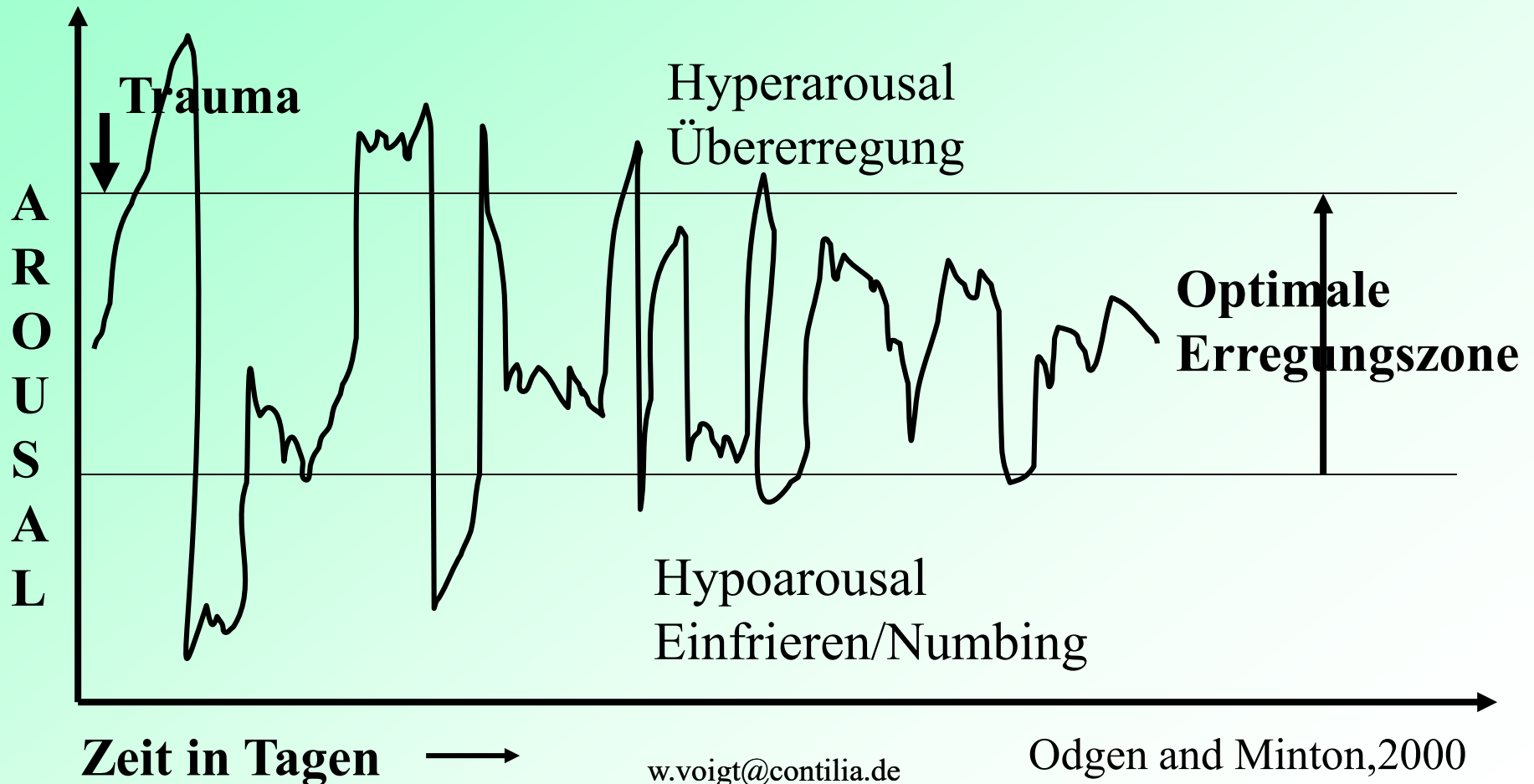
- Eine Normalisierung des Erlebten durch Erklärung der eventuell auftretenden Symptomatik
- Die Beschreibung der physiologischen Reaktion
- Die Wertung aller Symptomatik als autonomen Versuch der Integration durch den Körper
- Die Vermittlung von Zuversicht in positive Veränderung nach Abschluss des Prozesses

Lydia Hantke

Stabilisierung bedeutet:

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Aufbau von innerer Sicherheit und Autonomie
- Ressourcenorientierung und –aufbau
- Vermittlung von imaginativen Verfahren
- Pharmakotherapie: Antidepressiva (SSRI) **Eine ausreichende Stabilität ist zwingende Voraussetzung für Traumabearbeitung!!!!**

Das Arousal-Modulationsmodell: Salutogenese



Trauma und Sucht

„Es steht mittlerweile außer
Frage, dass Missbrauch bzw.
Abhängigkeit von psychotropen
Substanzen zu den wichtigsten
Folgestörungen nach
Traumatisierungen gehören.“

Dr.med. Luise Reddemann

*Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische
Medizin 2005 Heft 3*

Sucht und Trauma

- „Die Lebensgeschichten von Menschen mit Suchterkrankungen sind häufig durch Traumatisierungen im Kindesalter wie sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung geprägt und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind auch in späteren Lebensabschnitten weitaus häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt.“ *Reddemann 2005*

Sucht und Trauma

- „Es ist an der Zeit, dass sowohl Psychotraumatologen lernen, auf Suchterkrankungen bei ihrer Klientel zu achten und Suchttherapeuten umgekehrt mehr nach Traumafolgestörungen bei ihren PatientInnen forschen und daraus angemessene Behandlungskonzepte ableiten.“
Reddemann 2005

„Es steht mittlerweile außer
Frage, dass Missbrauch bzw.
Abhängigkeit von psychotropen
Substanzen zu den wichtigsten
Folgestörungen nach
Traumatisierungen gehören.“

Dr.med. Luise Reddemann

*Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische
Medizin 2005 Heft 3*

Traumatisierung als Risikofaktor für spätere Suchterkrankungen

- Duncan et al. 1996, epidemiologische Studie an über 4000 **Frauen**:
 - körperl. Misshandlung vor dem 18 LJ bei 3%, davon hatten 18% einen Medikamentenmissbrauch, KG: 5%, Lebenszeitkonsum harter Drogen: 19%, KG: 6%, alkoholbezogene Unfälle 9%, KG: 1%,
signifikant jüngeres Alter beim Erstkonsum, signifikant häufiger wegen Substanzmissbrauch in Behandlung

Alkoholabhängige Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Miller et al. 1993:
 - **44%** der alkoholabhängigen **Frauen** wurden sex. missbraucht versus **27%** der psychiatrisch behandelten Frauen versus **9%** Frauen in der Normalbevölkerung

Drogenabhängige Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Schmidt 2000, 215 substituierte Opiatabhängige:
 - **60%** der **Frauen** wurden sex. missbraucht, KG: **11%**,
 - **25%** der **Männer** wurden sex. missbraucht, KG: **6%**
- Schäfer et al. 2000, 100 Drogenabhängige:
 - **50%** der **Frauen** erlitten erzwungenen Geschlechtsverkehr
 - **40%** der **Männer** wurden vergewaltigt
- Krausz und Briken 2002, 75 opiatabhängige **Frauen**:
 - 41% wurden sex. missbraucht, 72% erlitten körperl. Misshandlungen, **80% emotional misshandelt**

Review Simpson und Miller 2002

Bei Alkoholabhängigkeit:

- 50% der Frauen
- 30 % der Männer

Bei Drogenabhängigkeit:

- 80 % der Frauen
- 50% der Männer

hatten mind. 1 Form früher (körperlicher oder sexueller) Gewalt erlitten

Suchterkrankte Menschen: wie hoch ist die Traumatisierungsrate in der Kindheit?

- Simpson und Miller 2002, Auswertung von 53 Studien (32 F, 16 M/F, 5 M):
 - **27%** bis **67%** der abhängigen **Frauen** wurden sex. missbraucht, **33%** körperlich misshandelt
 - **9%** bis **29%** der abhängigen **Männer** sex. missbraucht, **24%** bis **53%** körperlich misshandelt

Wofür oder wogegen habe ich
das Suchtmittel genommen?

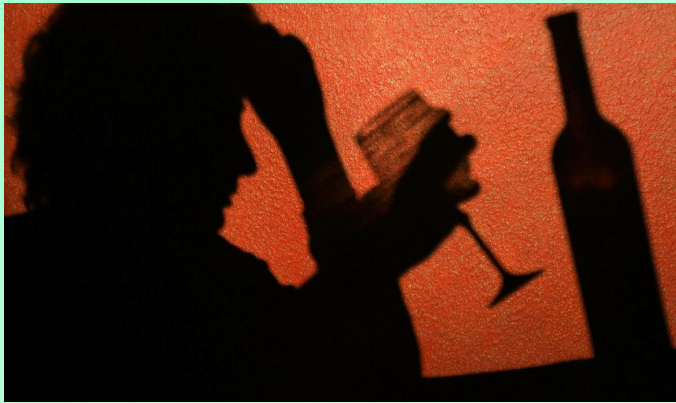
ICH TRINKE, UM
ZU VERGESSEN.

EIN ELEFANT
VERGISST
DOCH NIE!?

TEUFELS-
KREIS.



PTBS bei Personen in Suchtbehandlung



Jede 4. Frau

Jeder 7. Mann

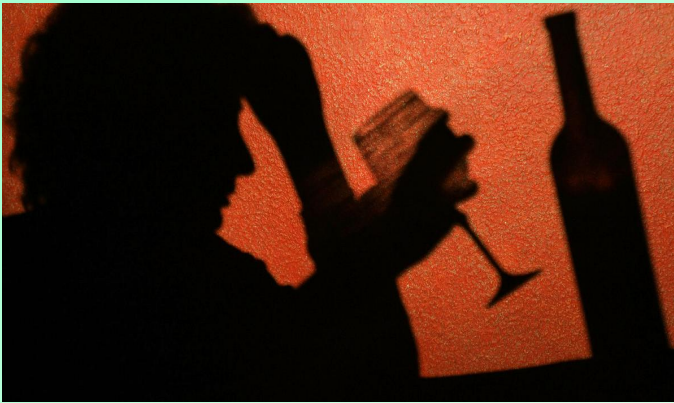


Jede 2. Frau

Jeder 4. Mann

PTBS bei Personen in Suchtbehandlung

Frühe Gewalt



Jede 4. Frau

50%

Jeder 7. Mann

30%



Jede 2. Frau

80%

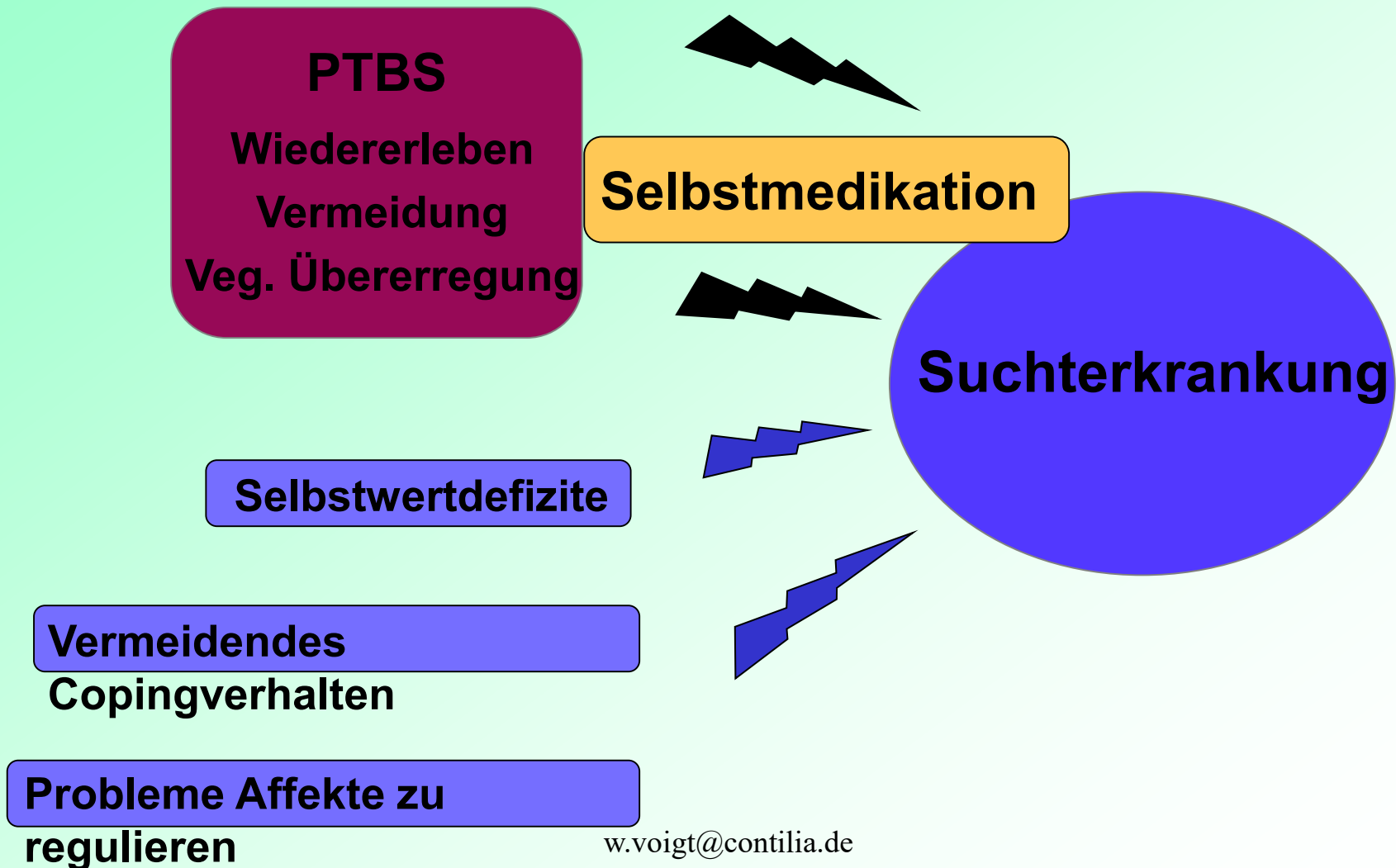
Jeder 4. Mann

50%

Komorbidität bei traumatisierten SuchtpatientInnen

- In anglo-amerikanischen Studien hatten bis zu
 - **50%** der Suchtpatienten eine Lebenszeitprävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung

Zusammenhänge zwischen Traumafolgesymptomen und Sucht



Besonderheiten bei traumatisierten Suchtpatienten

- Jüngeres Alter bei Beginn der Abhängigkeit
(z.B. Hussey & Singer 1993, Krausz und Briken 2002)
- Mehr gesundheitliche, soziale und berufliche Probleme
(z.B. Ouimette et al. 2000, Kang et al. 2002, Schäfer 2009)
- Hohe Raten komorbider psychischer Störungen
(z.B. Brown et al. 1995, Brady et al. 1994, Najavits et al. 1998)
- Häufiger suizidale Krisen
(z.B. Roy 2003, Windle et al. 1996)
- Schwierigere Therapieverläufe und häufigere Rückfälle
(z.B. Schäfer et al. 2004)

Pause!

Erholen Sie sich und trinken Sie z.B.
einen Kaffee....

Depressive Alkoholabhängige haben

- Häufigere stationäre Behandlungen
- Längere und schlechtere Verläufe
- Mehr Eheprobleme
- Mehr Beschäftigungslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit
- Mehr vollendete Suizide

Alkoholabhängigkeit, Depression und Suizidalität/Suizide

- Das Lebenszeit-Suizidrisiko für (depressive) Alkoholabhängige ist erschreckend hoch: 60-120fach höher im Vergleich zur gesunden Bevölkerung
- 25% aller Suizide werden von dieser Gruppe verübt; die Kriterien einer Major Depression erfüllten 68% von 50 suizidierten Alkoholikern (Murphy & Wetzel, 1990)

Alkoholabhängigkeit, Depression und Suizidalität/Suizide

- Berglund und Krantz (1987) beschrieben bei 40 von 88 Alkoholabhängigen eine Depression und vorherige Suizidversuche
- Wie ernstzunehmen dieses Problem ist, demonstriert folgendes Detail: die depressiven Alkoholiker hatten sich meistens im nüchternen Zustand suizidiert
- Berglund und Krantz fordern deswegen spezifische Strategien zur Suizidprävention bei (depressiven) Alkoholikern

Alkoholabhängigkeit, Depression und Suizidalität/Suizide

- Cornelius, Salloum et al. (1996)
beschäftigten sich mit dem suizidalen
Verhalten von Alkoholabhängigen mit einer
Major Depression, die in eine psychiatri-
sche Klinik aufgenommen worden waren:
**40% hatten in der Woche vor der
Aufnahme einen Suizidversuch
unternommen, 70% hatten schon mind.
einmal versucht, sich umzubringen**

Depressivität in der Entgiftungsphase

- Hohe Zahlen: zwischen 25% und 67%
- Innerhalb von 3-4 Wochen starkes Absinken auf 6% bis 20%
- Hohe Depressivität vor der Behandlung korreliert signifikant mit einem depressiven Syndrom nach der Behandlung *Heh 1990*

Prävalenz depressiver Störungen bei Alkoholabhängigen in epidemiologischen Studien

- ECA-Studie (Regier et al. 1990): **13,4%** der Alkoholabhängigen hatten in ihrem Leben eine Depression (Lebenszeitprävalenz); **5% der Männer, 19% der Frauen** (versus 3% der nicht alkoholkranken Männer, 7% der nicht alkoholkranken Frauen). Sie hatten ein **1,7fach höheres Risiko für eine Major Depression/1,8 für Dysthymie** gegenüber der Normalbevölkerung