

Die Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit - Aktuelle Forschungsergebnisse

Dr. Willemien Langeland

Vortrag 24. Jahrestagung der Koordinationsstelle Sucht "Der Schatten will nicht weichen..." am 23. November 2004 in Münster

Der Schwerpunkt dieses Beitrags liegt auf der Bedeutung belastender Lebensereignisse für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit.

Im Folgenden werde ich Forschungsergebnisse unserer Studie bei alkoholabhängigen Patienten darstellen, die am Amsterdamer Institut für Suchtforschung durchgeführt wurde. Die meisten Ergebnisse, über die ich hier heute berichten werde, basieren auf veröffentlichten Daten unseres Forschungsprojekts (Langeland, 2003; Langeland et al., 2001, 2002a&b, 2003, 2004a&b).

Die Inhalte dieses Vortrags können wie folgt zusammengefasst werden:

Zu Beginn werde ich einleitend einige Hintergrundinformationen über die Komorbidität von Traumata, Alkoholabhängigkeit und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) präsentieren.

In einem zweiten Schritt werde ich dann einen kurzen Überblick über das Forschungsprojekt geben und die Stichprobe, die Erhebungsmethoden und Charakteristika der Probandengruppe erläutern.

Darüber hinaus werde ich Ergebnisse unter anderem bezüglich der folgenden Aspekte präsentieren:

- * Die Prävalenzraten für traumatischen Ereignissen und posttraumatischen Belastungsstörung
- * Der Zusammenhang zwischen Trauma und posttraumatischen Belastungsstörung;
- * Und der Zusammenhang zwischen Trauma, posttraumatischen Belastungsstörung und ihre psychiatrischer Komorbidität.

Schließlich werde ich auf Grundlage der vorgetragenen Ergebnisse Überlegungen zu Therapiemöglichkeiten formulieren und Herausforderungen für die weitere Forschung erörtern.

Wir wissen das Alkoholabhängigkeit häufig zusammen mit anderen psychiatrischen Störungen auftritt (Ross et al., 1988; Regier et al., 1990; Kessler et al., 1997). Dieses Phänomen der Komorbidität findet man sowohl bei Alkoholpatienten in Behandlung als auch bei Alkoholabhängigen aus der allgemeinen Bevölkerung. Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass 50% bis 75% der Patienten die wegen Alkoholabhängigkeit zur Behandlung kommen zumindest *eine* komorbide psychiatrische Störung aufweisen (Helzer & Pryzbeck, 1988; Regier et al., 1990; Tómasson & Vaglum, 1995).

Zu den am weit verbreitetsten komorbiden Störungen bei Alkoholkranken gehören Depressionen, Angststörungen - vor allem phobische Angststörungen und PTBS - sowie Persönlichkeitsstörungen, wobei insbesondere die antisoziale Persönlichkeitsstörung zu nennen ist.

Im Laufe des letzten Jahrzehnts wurde die Komorbidität in der Folge von Traumatisierungen mehr und mehr wissenschaftliche Beachtung geschenkt. Dieses ist teils darauf zurückzuführen, dass das Rückfallrisiko nach einer Alkoholtherapie zum Beispiel eher mit komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörungen als mit psychiatrischer Komorbidität im Allgemeinen in Verbindung steht (z. B. Ouimette et al., 1997).

Das häufig gleichzeitige Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung und Suchtstörungen, wurde sowohl in repräsentativen Stichproben der allgemeinen Bevölkerung als auch in klinischen Stichproben festgestellt (siehe Ouimette und Brown, 2003). Es gibt jedoch Unterschiede bezüglich des Grades der Komorbidität je nach Art der substanzabhängigkeit. Verglichen mit Abhängigkeit von Alkohol, scheint Drogenabhängigkeit stärker mit der PTBS in Zusammenhang zu stehen.

Einige Beispiele:

* Studien weisen darauf hin dass die Wahrscheinlichkeit Drogenabhängig zu werden bei Personen mit PTBS im allgemeinen höher ist als die Wahrscheinlichkeit Alkoholabhängig zu werden (z. B. Helzer et al., 1987).

* Darüber hinaus wird allgemein über höhere Prävalenzraten von traumabedingten Störungen – das heißt PTBS und Dissoziation – bei Drogenabhängigen im Vergleich zu Alkoholkranken berichtet (z. B. Dunn et al., 1995; Grice et al., 1987).

Zudem wurde festgestellt, dass es bezüglich des gleichzeitigen Auftretens einer posttraumatischen Belastungsstörung und Alkoholabhängigkeit geschlechtsspezifische Unterschiede gibt:

Bei **Männern** mit PTBS ist die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit ungefähr zweimal (Helzer et al., 1987: 1,9 / Kessler et al., 1995: 2,1) höher als bei Männern ohne PTBS.

Bei **Frauen** mit PTBS ist die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit zwei-und-half bis fast dreimal (Kessler et al., 1995: 2,5 / Helzer et al., 1987: 2,8) höher als bei Frauen ohne PTBS.

Diese Daten verdeutlichen, wie wichtig es ist, dass den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei der Analyse der Komorbidität der PTBS und Alkoholsucht besondere Beachtung geschenkt wird.

In der Literatur sind zahlreiche mögliche Erklärungen für das häufig gleichzeitige Auftreten einer PTBS und Alkoholabhängigkeit zu finden. Hierbei handelt es sich meistens um:

(A) Erklärungen, die sich auf einer direkten, kausalen Beziehung zwischen den Störungen basieren; und um

(B) Erklärungen, die sich auf gemeinsamen ätiologischen Faktoren basieren, die für die Erhöhung des Risikos der Entwicklung von den Störungen verantwortlich sind. Zu solchen Risikofaktoren zählen zum Beispiel eine allgemeine genetischer Prädisposition oder milieubedingter Faktoren wie traumatische Erlebnisse und Vernachlässigung in der Kindheit, sowie Durchleben von Traumatischen Ereignisse im Erwachsenenalter.

Wir finden in die Literatur oftmals eine Kombination der Erklärungen bezüglich der hohen Komorbiditätsrate wie zum Beispiel die Selbstmedikationshypothese (Khantzian 1985). Gemäß dieser Hypothese beginnt der Alkoholmissbrauch oder Drogenmissbrauch mit dem teilweise erfolgreichen Versuch, überwältigende, schmerzhaft Ängste und affektive Symptome zu reduzieren, oder Gefühle zu blockieren (Lacoursiere et al., 1980; Jellinek & Williams, 1987; Keane et al., 1988). In Ermangelung anderer selbstberuhigender Kompetenzen kann die externe Art und Weise zur Dämpfung von negativen Affekten durch Alkoholkonsum die posttraumatischen Probleme für einige Zeit effektiv mildern. Doch nach einer Weile kann der chronische Alkoholkonsum als Selbstmedikation von PTBS-Symptomen zu Toleranz führen sowie zum Bedürfnis die Menge des konsumierten Alkohols zu erhöhen, um die Dämpfung der Symptome aufrechtzuerhalten. Die Selbstmedikationshypothese ist die am häufigsten zitierte Erklärung für den Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen und substanzbezogenen Störungen.

Um genauere Aussagen zu treffen, haben Traumaforscher die folgende Vermutung angestellt: Traumatisierte Individuen mit Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Selbstregulation von Affekten bevorzugen den Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol und Opiate mit analgetischen/palliativen Eigenschaften (Kosten & Krystal, 1988; Herman, 1992; Charney et al., 1993). Diese Substanzen werden von den Betroffenen zur Dämpfung von emotionaler Dysregulation - das heißt vor schwer erträglichen emotionalen Zuständen - eingesetzt.

Bei Studie der vorliegenden Literatur wird deutlich, dass Alkoholabhängige Personen mit komorbider PTBS schwer zu behandeln sind. Weitergehende Erkenntnisse über die Prävalenzzahlen für PTBS und zusätzliche Probleme bei Personen, die sich wegen Störungen infolge Alkoholkonsums in Therapie begeben, sind unbedingt erforderlich, um die vorhandenen Behandlungsangebote weiter auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe abzustimmen.

Ich werde hier Daten präsentieren, um die folgenden drei Fragen zu beantworten:

(1) Die erste Frage lautet: Wie häufig werden (Kindheits-)Traumata von alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten der Fachklinik berichtet?

(2) Die zweite Frage betrifft die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung in unserer Stichprobe und den Zusammenhang zwischen den genannten traumatischen Lebensereignissen und PTBS.

(3) Und die dritte Frage lautet: Was ist der Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen, PTBS und anderer psychiatrischer Komorbidität bei alkoholabhängigen mit Behandlungswunsch?

Bevor ich diese Daten präsentiere, möchte ich einen kurzen Überblick über das Design unserer Studie geben.

Die Studie war Teil eines wesentlich größer angelegten Forschungsprojekts über psychiatrische Komorbidität und Behandlungsergebnis bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit, die in einem Suchttherapiezentrum in Amsterdam, um Behandlung gebeten hatten. Es betrifft eine Stichprobe von 155 Patienten mit Behandlungswunsch. Als Erhebungsinstrumente wurden strukturierter Interviews und Fragebögen eingesetzt. Wir begannen erst bei zwei bis sechs Wochen nach der

Entzugsphase mit der Erhebung der psychiatrische Symptome, damit möglichst viel Zeit seit Abschluss der Entgiftung verstrichen war.

Bezüglich der Merkmale unserer Stichprobe ist folgendes zu sagen:

Von den 155 Patienten waren 122 Personen Männer. Der Altersmittelwert betrug 41,0 Jahre. Die meisten Personen kamen gebürtig auf den Niederlanden. Ein Viertel von ihnen war verheiratet oder lebte mit jemandem zusammen und 53% war erwerbstätig. Die Patienten befanden sich zu gleichen Teilen in stationärer sowie ambulanter Behandlung. Mehr als die Hälfte (54%) der Patienten war zuvor bereits wegen Alkoholproblemen behandelt worden. Fast alle Patienten erfüllten die DSM-III-R-Kriterien für Alkoholabhängigkeit, es gab fünf Patienten die die Kriterien für Alkoholmissbrauch erfüllten.

Die Stichprobe zusammensetzung kann als repräsentativ für die Klientel der Fachklinik angesehen werden.

Was haben wir bezüglich der Verbreitung von traumatischen Erlebnissen bei unseren Patienten herausgefunden?

Eerstmal haben wir das PTBS Modul von das Composite International Diagnostic Interview (oder CIDI-PTBS) (Peters et al., 1996) eingesetzt. Hierbei handelt es sich um einen vollständig strukturierten klinischen Instrument. Die erste Frage im Rahmen dieser Erhebung dient der Feststellung, ob irgendwann im Leben des Patienten ein Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung eingetreten ist, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Zu diesen Erlebnissen gehören alle Arten traumatischer Erfahrungen einschließlich Naturkatastrophen, Kriegserlebnisse, schwere Verkehrsunfälle, sexuelle Übergriffe und das Erleben von körperlicher Gewalt.

In Beantwortung des CIDI's berichteten 72% unserer Patienten über mindestens ein traumatisches Lebensereignis. Zum Vergleich: In eine Deutsche Stichprobe von alkoholabhängigen Patienten (N=128) von Kutscher und collegen (2000) gaben 71% der Patienten an mindestens einmal in ihrem Leben ein traumatisches Lebensereignis erlebt zu haben.

In Übereinstimmung mit der Literatur wurden bezüglich der Gesamtrate traumatischer Erlebnisse keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt (Kessler et al., 1995; Breslau et al.,1997). Männer gaben etwas häufiger als Frauen an, zumindest ein traumatisches Lebensereignis gehabt zu haben, in Prozentzahlen ausgedrückt, bedeutet das 75% gegenüber 70%. Auch im Rahmen von Studien mit Personen aus der allgemein Bevölkerung wurde immer wieder festgestellt, dass bei den Männern die Gesamtrate der Traumaerlebnisse höher ist (z. B. Kessler et al., 1995; Norris et al., 1992).

In unserer Studie lag der Schwerpunkt nicht auf den allgemeinen traumatischen Erlebnissen sondern vornehmlich auf die Häufigkeit von Traumatisierungen infolge sexueller und körperlicher Übergriffe. Zur Exploration von Gewalterfahrungen wurde das Strukturierte Trauma Interview (das STI) eingesetzt. Dieses Instrument wurde speziell für die Erhebung von traumatische Ereignisse entwickelt (siehe Draijer & Langeland, 1999) und umfasst Fragen nach zum Beispiel körperlichem und sexuellem Missbrauch im Kindesalter, Miterleben von gewalt zwischen den Eltern, frühe Verlust den Eltern und Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter. Darüber hinaus exploriert

das Interview andere belastende Lebensereignisse wie Vernachlässigung in der Kindheit, und elterlichen Alkoholismus.

In unsere Stichprobe berichteten 28% von die Patienten (Männer 21% / Frauen 55%) über mindestens ein Erlebnis sexuellen Übergriffs und 50% (Männer 46% / Frauen 67%) gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben einen körperlichen Übergriff erlebt zu haben. In Übereinstimmung mit der Literatur berichteten Frauen über eine größere Anzahl an Traumata wie Vergewaltigungen, sexuelle Belästigungen und körperliche Gewalt (z. B. Kessler et al., 1995; Norris et al., 1992).

Die Vorliegende Ergebnisse - mit CIDI und STI - deuten darauf hin, dass die Lebensgeschichten suchtkranker Menschen häufig durch traumatischen Erfahrungen geprägt sind.

An dieser Stelle stellt sich die wichtige Frage, wie viele der traumatisierten Alkoholkranken, die an unserer Studie teilnahmen, eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatte. Wir wissen, dass von den zahlreichen Personen, die im Laufe ihres Lebens ein traumatisches Erlebnis hatten, nur einige eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. In der allgemeinen Bevölkerung beträgt diese Rate circa fünf bis zehn Prozent (siehe z. B. Ozer et al., 2003).

Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass innerhalb unserer Patientengruppe circa ein Viertel (24%) der Personen die über ein traumatisches Lebensereignis berichtet haben, irgendwann in ihrem Leben eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt haben.

In unserer Gruppe der Alkoholpatienten erfüllten 17% die Diagnosekriterien für eine lebenszeit posttraumatische Belastungsstörung, und 6% die einer aktuellen PTBS. Die Lebenszeitprävalenz von 17% stimmt fast überein mit den 15% die Kutscher und collegen gefunden haben bei deutsche Alkoholpatienten.

Höhere Raten komorbider PTBS wurden bei weiblichen Patienten festgestellt: Lebenszeit PTBS Prävalenz 27% von den weiblichen Patienten und 14% von den männlichen Patienten, Aktuelle PTBS Prävalenz 9% von den weiblichen Patienten und 5% von den männlichen Patienten. Diese Ergebnisse stimmen mit der Fachliteratur überein (DeBernardo et al., 2002; Landheim et al., 2003; siehe auch Ouimette & Brown, 2003).

Der Vergleich der Prävalenzzahlen für traumatischen Ereignisse und PTBS belegt deutlich, dass dazwischen keine zwingende Verknüpfung besteht. Die Frage nach der Beziehung zwischen den angegebenen traumatischen Erlebnissen und einer PTBS-Diagnose haben wir näher analysiert.

In die Literatur gibt es wichtige Hinweise dass insbesondere der körperliche und sexuelle Missbrauch im Kindesalter Merkmal der Ätiologie von PTBS ist (siehe Widom 1999). Im Rahmen unserer Studie galt unser besonderes Interesse darum der Frage, welche Rolle ein Kindheitstrauma bei der komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung spielt die bei alkoholabhängigen Patienten festgestellt wurde (Langeland, 2003; Langeland et al., 2002a,b; 2004a,b). Zu diesem Zwecke haben wir das Strukturierte Trauma Interview eingesetzt.

Sowohl die weiblichen als die männlichen Alkoholpatienten berichteten häufig über frühe Viktimisierungserfahrungen. Fast ein Drittel (32%) unserer Studienteilnehmer gaben an, in ihrer Kindheit unter körperlichem oder sexuellem Missbrauch gelitten zu haben. 8% berichteten ausschließlich über körperlichen Misshandlung im Kindesalter; 17% berichteten ausschließlich über sexuellem Missbrauch im Kindesalter; und 7% berichteten von beiden Formen von Gewalt im Kindesalter. In Übereinstimmung mit der Literatur waren in Bezug auf die Prävalenzzahlen geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten: Die weiblichen Patienten gaben mehr sexuellem Missbrauch in der Kindheit an, während Männer mehr körperlich Gewalt in der Kindheit berichteten.

Neben Daten zum körperlichen und sexuellen Missbrauch im Kindesalter sammelte das STI auch Informationen über weitere Risikofaktoren in Bezug auf andere belastender Lebensumstände wie zum Beispiel früher Verlust der Eltern, das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern, sowie Gewaltserfahrungen im Erwachsenenalter. In dieser Tabelle ist die Häufigkeit von Missbrauch im Kindesalter und andere belastender Lebensumstände bei Männern und Frauen dargestellt (Langeland et al. 2004b). Die farbig markierten Raten weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede hin. Im Allgemeinen kann festgestellt werden, dass die Zahl derer, die über ein Kindheitstrauma oder andere negative Erfahrungen in der Kindheit berichten, sehr groß ist. Dies gilt gleichermaßen für Männer wie für Frauen. Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass in vielen Fällen auch mehrere traumatische Erlebnisse genannt wurden. Diese Ergebnisse zur Häufigkeit von (multiplen) Traumatisierungen sprechen für eine routinemäßige, umfassende Exploration dieser Erfahrungen im Vorfeld der Behandlung.

Darüber hinaus deuten unsere Daten auf eine signifikant erhöhte Rate auch anderer belastender Lebensumstände bei Patienten hin, die über körperlichen oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit berichten (Langeland et al., 2004a,b). Diese Erkenntnisse machen deutlich, dass die Lebensgeschichte der Patienten in vielen Fällen von einem Cluster negativer Erfahrungen geprägt ist. All diese Faktoren können zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung beitragen.

So drängt sich die Frage auf, welche belastende Umstände im Kindes- wie im Erwachsenenalter für das Verständnis von komorbiden PTBS bei Alkoholpatienten von besondere Bedeutung sind. Zur Überprüfung der Bedeutsamkeit der belastende Lebensumstände wurde als statistisches Verfahren einer "Multiple Regression" Analyse angewandt.

Die hier dargestellten Ergebnisse basieren sich auf die männliche Patienten. In die Gruppe der weiblichen Patienten, die nur 33 Frauen umfasste, war ein Multiple Regression Analyse nicht möglich.

Die Sternchen in der Tabelle beziehen sich auf die Signifikanz eines Faktors.

Wenn wir einen Blick auf die Sternchen werfen, zeigt diese Tabelle, dass männlichen Alkoholpatienten die sexuellen Missbrauch oder das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern im Kindesalter berichten, ein höheres Risiko für das Vorliegen einer posttraumatische Belastungsstörung haben, unabhängig von anderen Risikofaktoren (Langeland et al., 2004a,b). Diese Erkenntnisse bezüglich der Bedeutung von frühen Traumata für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprechen der bisherigen Forschungsbefunden.

In der Literatur wird darauf verwiesen, dass eine PTBS als Folge von traumatischen Kindheitserlebnissen ein hohes Maß psychiatrischer Komorbidität beinhalten kann (Deering et al. 1996). Das führt zu der Frage, ob es bei männlichen alkoholabhängige PTBS-Patienten mit frühe Viktimisierungserfahrungen zu schwerwiegenden diagnostischen Problemen kommt. Im Hinblick auf eine zusätzliche Komorbidität bei männlichen alkoholabhängigen Patienten mit PTBS, verfügen wir über Daten bezüglich schwere Depressionen, Angststörungen, antisoziale Persönlichkeitsstörung und dissoziativer Symptome.

Bei den männlichen alkoholabhängigen Patienten mit PTBS wurden wesentlich schwerwiegendere diagnostische Probleme festgestellt als bei Patienten ohne diese Diagnose. Von unsere männlichen Patienten mit PTBS, litten 53% unter zwei oder mehr solcher zusätzlichen Achse I Störungen, dass heist schwere Depressionen und Angststörungen. Außerdem wiesen die Befunde zum Zusammenhang zwischen PTBS und andere Achse I Störungen auf komplexe klinische profile, die Dystymie, soziale Phobie und Agoraphobie sowie PTBS einschlossen, insbesondere bei männlichen Patienten die schwerere und intrusivere Formen von frühem sexuellen Missbrauch sowie multiple frühe Traumatisierungen berichteten (Langeland et al. 2004a,b).

Darüber hinaus erfüllten 35% der männlichen Alkoholabhängigen, die unter einer PTBS litten, die DSM-III-R-Kriterien bezüglich einer antisoziale Persönlichkeitsstörung. Im Vergleich zu anderen negativen Kindheitserlebnissen und tätlichen Übergriffen im Erwachsenenalter waren Alkoholprobleme der Mutter und das Miterleben von Gewalt zwischen den Eltern unabhängige Risikofaktoren für das Vorliegen einer Diagnose einer Antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Wie ist die Beziehung zwischen antisozialen Verhalten und Symptomen posttraumatischer Belastung zu erklären? In der klinischen Literatur wurden aggressive Symptome und die geringe Empathiefähigkeit bei Untergruppen von männlichen Patienten mit ASP mit Symptomen einer PTBS in der Folge Kindlicher Misshandlungen in Zusammenhang gebracht, wie zum Beispiel Störungen der Impulskontrolle und Alexithymie (siehe Langeland et al. 2004a).

Natürlich könnte man die Frage stellen, ob unsere Ergebnisse bezüglich der Beziehungen zwischen frühem Trauma, PTBS, zusätzlicher Achse I und Achse II-Störungen und Alkoholabhängigkeit nicht aufgrund Verzerrung zustande gekommen sind. Wir haben nur Alkoholabhängige berücksichtigt, die um Hilfe für ihre Alkoholprobleme suchten. Wir sind uns darüber im klaren, dass es sich dabei um eine sehr selektive Gruppe handelt. Es wird geschätzt, dass jährlich nur circa 10% der Personen, bei denen eine Störung infolge Alkoholgenusses diagnostiziert wurde, in Einrichtungen zur Alkoholbehandlung aufgenommen werden.

Dennoch können wir sagen, wenn wir einen Blick in die allgemeine Literatur werfen, dass das Muster unserer Ergebnisse auf die Population im Allgemeinen zutrifft. Die Zahl der beobachteten, lebenslangen und aktuellen PTBS liegt im gleichen Bereich wie bei alkoholabhängigen Individuen der allgemeinen Bevölkerung (Kessler et al. 1997). Zudem stimmen unsere Ergebnisse bezüglich einer engen Verknüpfung von PTBS, Soziale Phobie, ASP und Sucht bei männlichen Alkoholpatienten überein mit den Ergebnissen, die im Rahmen von Gesellschaftsstudien gewonnen wurden (Goodwin & Hamilton, 2003; Sareen et al., 2004).

Innerhalb unserer Gruppe von weiblichen und männlichen Alkoholpatienten prüften wir auch die Verknüpfungen zwischen Trauma, PTBS und dissoziative Symptome (Langeland et al., 2002b). Besonders bemerkenswert fanden wir folgendes:

Im Gegensatz zu den Ergebnissen, die innerhalb der Probandengruppen psychisch Kranker gewonnen wurden, war Viktimisierung im Kindesalter *nicht* mit dissoziativen Symptomen assoziiert (Langeland et al., 2002b). Auffällig waren allgemein sehr geringe dissoziative Symptome bei den Alkoholabhängigen, auch bei schwer traumatisierten Personen. Darüber hinaus stand - das Trauma mit einer PTBS-Diagnose assoziiert war, was jedoch nicht für die Dissoziation galt. Geringe dissoziative Symptome wurden auch gefunden bei Alkoholabhängigen Personen mit PTBS. Der durchschnittliche Dissoziationsgrad, der anhand der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (Bernstein & Putnam, 1986) gemessen wurde, betrug 11,4. In Studien mit Alkoholabhängigen wird durchgängig von niedrigeren Dissoziationsgraden berichtet (siehe Langeland et al., 2002b).

Auf Grundlage unserer Ergebnisse ist zu vermuten, dass kein Zusammenhang zwischen einem Trauma und einer PTBS mit viel dissoziativen Symptomen besteht bei Alkoholkranken Personen. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der alkoholabhängigen Männer. Möglicherweise ist dieses darauf zurückzuführen, dass diese Individuen Substanzen missbrauchen, um dissoziationsähnliche Zustände zu erreichen: Ein Phänomen, das auch „chemische (oder substanzbezogene) Dissoziation“ genannt wird (Roesler & Dafler, 1993).

Aufgrund der Abwesenheit dieser Zusammenhänge kann abschließend folgender Schluss gezogen werden: Möglicherweise führt ein Trauma nicht zu psychologischer Dissoziation, sondern anstatt dessen zu chemischer Dissoziation, insbesondere bei Männern. **Oder:** Schwer traumatisierte Personen entwickeln zunächst eine psychologische Dissoziation, die sich aber bei entsprechender Veranlagung in eine chemische Dissoziation umwandelt. So kann vielleicht das hohe Risiko Traumatisierter erklärt werden, eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bei gleichzeitig geringen dissoziativen Symptomen zu entwickeln. Es ist möglich, dass dieses insbesondere zutrifft auf Männer mit starken posttraumatischen hyperarousal Symptomen, wie zum Beispiel Störungen der Impulskontrolle und Aggressives Verhalten (siehe Langeland, 2003). In der Literatur trifft man Hinweise darauf, dass dissoziative Symptome und Symptome antisozialen Verhaltens unterschiedliche Ausdrücke für vergleichbare ätiologische Prozesse sein können (z. B. Putnam, 1997). Prozesse die möglichst geschlechtsspezifisch sind. Möglicherweise könnte die chemische Dissoziation dann mit antisozialen Verhaltensweisen in Zusammenhang stehen bei Mitgliedern der Untergruppe der in frühem Alter schwer traumatisierten alkoholabhängigen Männern. Innerhalb unserer Studie wurden geringe psychologische dissoziative Symptome bei männlichen alkoholabhängigen Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung und antisozialer Persönlichkeitsstörung konstatiert.

Nachdem ich nun all diese Informationen präsentiert habe, stellt sich die Frage, welche Schlussfolgerungen bezüglich der Verknüpfungen zwischen Trauma und PTBS innerhalb unserer Probandengruppe der alkoholabhängigen Patienten gezogen werden können.

* Zuerst einmal ist zu erwähnen, dass Traumatisierungen in der Kindheit besonders bedeutsam sein können für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung.

* Darüber hinaus kann eine große diagnostische Heterogenität bei alkoholkranken Patienten mit PTBS als Folge von Kindheitstraumata festgestellt werden.

* Des Weiteren kann bei in frühem Alter traumatisierten alkoholkranken Patienten eine spezifische – das heißt angstbezogene – Unterart der PTBS vorliegen, die sich in zwanghaftem Vermeidungsverhalten und geringer psychologischer Dissoziation ausdrückt. Im Rahmen einer Studie mit PTBS-Patienten, die von Frank Putnam und Kollegen (1996) durchgeführt wurde, gab es Hinweise darauf, dass möglicherweise zwei Formen der PTBS im Hinblick auf die (pathologische) Dissoziation existieren: Die eine ist eher angstorientiert (und die sieht man häufiger bei Männern), während die andere Form eher dissoziativer Art ist (eine Form die man häufiger bei Frauen sieht)(siehe Langeland, 2003). Die angstbezogene Unterart steht möglicherweise stärker mit antisozialen Verhaltensweisen in Zusammenhang.

* Auch kann festgestellt werden, dass wenn eine PTBS vorliegt, diese oftmals in ein komplexes Muster von Psychopathologie eingebettet ist. Die komplexen, klinischen Profile, die bei in frühem Kindesalter traumatisierten alkoholabhängigen Patienten beobachtet wurden, deuten eher auf eine komplexe als auf eine einfache Formen der PTBS hin (Herman, 1992). Diese komplexe Psychopathologie wird oft nicht als 'echte Komorbidität' angesehen, da die verschiedenen Störungen typischerweise Teil einer zeitlichen und ätiologischen Kaskade sind und nicht unabhängig voneinander vorliegen (Alarcon et al., 1999). Die PTBS und ihre Komorbidität wird eher als ein komplexes Spektrum von Traumafolgen gesehen. So deutet die in unserer Probandengruppe konstatierte signifikante Zusammenhang zwischen der Diagnose einer PTBS und der einer sozialen Phobie möglicherweise eher auf Symptomüberlappungen beider Störungen – wie Panikattacken und Vermeidung – als auf das Vorliegen zweier separater Störungen hin (siehe Langeland, 2003 und Langeland et al., 2004a).

Übrigens schließen die Ergebnisse eine Selbstmedikation als möglichen Mechanismus nicht aus. Darüber hinaus untermauert die Literatur den Hinweis auf einen möglichen „Weg“ über die psychiatrische Komorbidität in die Sucht (siehe Langeland & van den Brink, 2004). So deuten z. B. die Ergebnisse einiger epidemiologischer Studien darauf hin, dass kein Zusammenhang zwischen Kindheitstrauma und Suchtkrankheiten, jedoch eine starke Beziehung zwischen Kindheitstrauma und psychiatrischer Komorbidität bei Suchtkrankheiten besteht (Kessler et al., 1997b; de Graaf et al., 2002).

* Schließlich deuten die verfügbaren Daten darauf hin, dass Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ein untrennbarer Bestandteil einer komplexen Problemkonstellation sein kann, die Viktimisierungserfahrungen in der Kindheit und weitere negative Lebensereignisse bzw. -bedingungen beinhaltet und eine Reihe weiterer psychischer Beeinträchtigungen umfasst. Ein Einblick in solche komplexe Strukturen führt zu der Erkenntnis, dass das simple Behandlungsziel, 'mit dem Trinken aufzuhören' nur dann Sinn macht, wenn die gesamte Therapie auf dieses komplexe System von Problemen abgestimmt ist.

Welche Therapiemöglichkeiten können auf Grundlage unseres Befunden formuliert werden?

Zuerst einmal ist zu bemerken, dass der Behandlung sowohl einer PTBS als auch anderer phobischer Störungen bei traumatisierten alkoholabhängigen Menschen mit Sicherheit auch zukünftig Aufmerksamkeit zu schenken ist. Und, zweitens sollten Interventionsmaßnahmen sowohl auf psychische als auch körperliche Stressreaktionen ausgerichtet sein. Die Literatur beinhaltet Hinweise auf eine Dysregulation des Stressbewältigungssystems - vorallem die Nebennierenrinde oder HPA-Achse - als mögliches biologisches Zeichen für ein frühes Trauma und als Faktor, der zur Erhöhung des Risikos der Entwicklung einer PTBS im Erwachsenenalter als Reaktion auf andere Traumata beiträgt (Langeland et al., 2004c). Die Kenntnis möglicher neurobiologischer Mechanismen kann dazu führen, dass wesentlich spezifischere Möglichkeiten der Pharmakotherapie alkoholabhängiger Patienten mit PTBS, entwickelt werden können (siehe z. B. Van Etten & Taylor, 1998, Marshall & Pierce, 2000; Putnam & Hulsmann, 2002; Rinne et al., 2002).

Als Richtlinie für die klinische Praxis wird der derzeitige Behandlungsstandard für früh traumatisierten Patienten im Allgemeinen empfohlen; er legt besonderes Gewicht auf Stabilisierung und Symptomreduktion (Chu, 1998). Es sollte dabei erwähnt werden, dass alkoholabhängige PTBS-patienten mit multiplen Traumatisierungen, die viele Jahre vor der Behandlung stattfanden, weniger ideale Kandidaten für eine Expositionsbehandlung darstellen (Coffey et al., 2003).

Die Untersuchung weist erneut auf die Notwendigkeit hin, das Screeningsfragen zu (multiplen) Traumatisierungen und zu PTBS in allen Einrichtungen zur Alkoholbehandlung zur Standarddiagnostik sollten gehören. Darüber hinaus ist die umfassende Erhebung der Psychopathologie einschließlich der Achse-I- und Achse-II-Störungen ein notwendiger erster Schritt, um Patienten mit komplexe PTBS adäquat zu versorgen.

Abschließend möchte ich einige Vorschläge zur weiteren Forschung vorbringen: Insgesamt gesehen unterstreicht unsere Arbeit, dass es von höchster Wichtigkeit ist, dass in der Zukunft weitere empirische Forschungsstudien durchgeführt werden, um die Art und Weise, wie traumatische Erlebnisse zur Psychopathologie im Erwachsenenalter und im besonderen zur Entwicklung einer PTBS beitragen können, zu analysieren. Zukünftige Komorbiditätsstudien mit Probanden, die sich in einer Alkoholtherapie befinden, sollten den Zusammenhang zwischen einer PTBS und ihre Komorbidität erforschen. Diese Fragestellung wurde im Rahmen unserer Studie nicht umfassend untersucht. Schließlich wird die weitergehende Erforschung des Zusammenhangs zwischen Funktionsstörung der Stress-Achse, posttraumatischer Belastungsstörung und Rückfallproblematik vorgeschlagen. Dasselbe gilt auch für die weitere Evaluation von Behandlungsangeboten ohne Expositionsanteile für in frühem Alter und oftmals chronisch traumatisierte alkoholabhängige Patienten.

Die Behandlung von Patienten mit traumatischen Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte stellt eine große Herausforderung des Hilfesystems dar. Unsere Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit die vorhandene Behandlungsangebote weiter an die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe anzupassen.

Literatur

- Alarcon RD, Glover SG, Deering CG (1999). The cascade model: An alternative to comorbidity in the pathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Psychiatry* 62, 114-124
- Bernstein EM, Putnam FW (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 727-735
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 54, 1044-1048
- Charney DS, Deutsch AY, Krystal JH, Soutwick SM, Davis M (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 50, 294-305
- Chu JA (1998). *Rebuilding shattered lives. The responsible treatment for complex posttraumatic and dissociative disorders.* New York: John Wiley & Sons.
- Coffey SF, Dansky BS, Brady KT (2003). Exposure-based, trauma-focused therapy for comorbid posttraumatic stress disorder-substance use disorder. In: Ouimette PC, Brown P (Hrsg.). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment.* Washington, D.C.: American Psychological Association, 127-146.
- De Bernardo GL, Newcomb M, Toth A, Richey G, Mendoza R (2002). Comorbid psychiatric and alcohol abuse/dependence disorders: Psychosocial stress, abuse, and personal history factors of those in treatment. *Journal on Addictive Diseases* 21, 43-59
- De Graaf R, Bijl RV, Smit F, et al (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance used disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 620-629
- Deering CG, Glover SG, Ready D, Eddleman HC, Alarcon RD (1996). Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorder from different sources of trauma. *Comprehensive Psychiatry* 37, 336-346
- Draijer N, Langeland W (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 156, 379-385
- Dunn GE, Ryan JJ, Paolo AM, van der Fleet JN: Comorbidity of dissociative disorders among patients with substance use disorders. *Psychiatric Services* 46, 153-156
- Goodwin RD, Hamilton SP (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research* 117, 159-166
- Grice DE, Brady KT, Dustan LR, Malcolm R, Kilpatrick DG (1995). Sexual and physical assault history and posttraumatic stress disorder in substance-dependent individuals. *The American Journal on the Addictions* 4, 297-305
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy L (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine* 317, 1630-1634
- Herman JL (1992). *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.
- Hien DA, Cohen LR, Miele GM, Litt LC, Capstick C (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry* 161, 1426-1432
- Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry* 158, 1184-1190
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). PTSD in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060
- Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119
- Khantzian EJ (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry* 142, 1259-1264
- Kokkevi A, Hartgers C (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction research* 1, 208-210
- Kosten TR, Krystal J (1988). Biological mechanisms in posttraumatic stress disorder: Relevance for substance abuse. In: Galanter M (ed.), *Recent developments in alcoholism.* New York: Plenum Press, 6, 49-68
- Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 147, 685-695
- Kutscher S, Hayatghebi S, Birkhahn H, Thiemeier R, Reinert T, Tagay S, Langkafel M, Banger M (2000): *Traumatische Lebensereignisse und posttraumatische Belastungsstörung bei alkoholabhängigen Patienten.* *Nervenarzt, Suppl. 1*, 200
- Landheim AS, Bakken K, Vaglum P (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. *European Addiction Research* 9, 8-17
- Langeland W (2003). *Childhood trauma in treated alcoholics. Prevalence and relevance for clinical impairment.* Dissertation, Faculty of Medicine, University of Amsterdam. Wageningen: Ponsen & Looijen bv.

- Langeland W, van den Brink W (2004). Child sexual abuse and substance use disorders: role of psychiatric comorbidity. *British Journal of Psychiatry* 185, 353
- Langeland W, van den Brink W, Draijer N, Hartgers C (2001). Sensitivity of the Addiction Severity Index physical and sexual assault items: Preliminary findings on gender differences. *European Addiction Research* 7, 193-197
- Langeland W, van den Brink W, Draijer N (2002a). Trauma, trauma-related distress, and perceived parental dysfunction: Associations with severity of drinking problems in treated alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190, 337-340
- Langeland W, van den Brink W, Draijer, N (2004a) Traumatische Erlebnisse in der Kindheit und psychiatrische Komorbidität bei erwachsenen männlichen Alkoholkranken: Empirische Untersuchungsergebnisse und ihre klinische Bedeutung. (Childhood trauma and psychiatric co-morbidity in adult male alcoholics: Empirical findings and clinical implications). *Suchttherapie* 5, 132-136
- Langeland W, van den Brink W, Draijer N (2004c). Fysieke en seksuele traumatisering in de kindertijd en het ontstaan van alcoholproblemen. {Physischer und sexueller Traumatisering in die Kindheit und der Entwicklung von Alkoholproblemen}(Handboek Verslaving. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2002b). Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: Towards a resolution of inconsistent findings. *Comprehensive Psychiatry* 43, 195-203
- Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2003). Assessment of lifetime physical and sexual abuse in treated alcoholics. Validity of the Addiction Severity Index. *Addictive Behaviors* 28, 871-881
- Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2004b). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28, 441-447
- Ouimette P, Brown PJ (Eds.) (2003). Trauma and substance abuse. Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss, DS (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129, 52-73
- Peters L, Andrews G, Cottler LB, Chatterji S, Janca A, Smeets RMW (1996). The Composite International Diagnostic Interview Post-traumatic stress module: Preliminary data. *International Journal of methods in Psychiatric Research* 6, 167-174
- Putnam FW (1997). Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective. New York: The Guilford Press
- Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, Bowman P, Coons P, Chu J, Dill D, Loewenstein RJ, Braun BG (1996). Patterns of dissociation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 673-679
- Roesler TA, Dafler CE (1993). Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: alcohol and drug use in adult survivors. *Journal of Substance Abuse Treatment* 10:537-543
- Sareen J, Stein MB, Cox BJ, Hassard ST (2004). Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192, 178-186
- Widom CS (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry* 156, 1223-1229