

Alkohol und Trauma

Verschiedene Studien an stationär behandelten Suchtpatienten ergaben hohe Komorbiditätsraten für Substanzabusus und Trauma. Trotzdem wird in der Klinik von psychiatrisch/psychotherapeutisch Tätigen häufig der Zusammenhang von traumatischen Erlebnissen und Substanzkonsum übersehen.



Thomas Lüddeckens

von Thomas Lüddeckens

Von psychiatrisch/psychotherapeutisch Tätigen wird häufig der Zusammenhang von traumatischen Erlebnissen und Substanzkonsum übersehen. Dies ist umso erstaunlicher, als der Zusammenhang zwischen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und Substanzstörungen in der Literatur sehr gut belegt ist (1, 2). So finden sich bei Menschen mit einer PTBS gehäuft Substanzstörungen, ebenso ist eine Häufung von Trauma-Folgestörungen bei Menschen mit Substanzstörungen zu beobachten. Verschiedene Studien an stationär behandelten Suchtpatienten ergaben Komorbiditätsraten (Substanzstörung – PTBS) von 12 bis 35 Prozent für Männer und etwa 40 bis 60 Prozent für Frauen. Eine deutsche Untersuchung an stationär behandelten alkoholabhängigen Männern und Frauen ergab eine Prävalenzrate von 15 Prozent für beide Störungen (3, 4).

Multiple physische oder psychische Missbrauchs- oder Vernachlässigungserfahrungen im frühen Kindesalter führen häufig zu einer Prädisposition für die Entwicklung einer späteren psychischen Störung, die den Weg in eine spätere Substanzstörung bahnen kann. Die frühkindliche Akkumulation («Block-Building-Effect») traumatischer Erfahrungen führt zu einer ausgeprägten Vulnerabilität des Stressverarbeitungssystems. Im psychischen Erleben zeigt sich eine allgemein vermehrte Belastung durch Angst, Depressivität und Misstrauen. Der Substanzkonsum kann als ein Versuch der «Selbstmedikation» angesehen werden.

Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung und Verbesserung der sonst schlechten Prognose beider

Störungen ist eine rechtzeitige Identifizierung der PTBS bei Alkoholabhängigen und eine integrierte Behandlung beider Störungen.

Trauma und posttraumatische Belastungsstörung

Ein Trauma wird gemäss ICD-10 definiert als «ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde». Etwas enger fasst das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV den Traumbegriff, der besonders die unmittelbare Reaktion auf das Trauma einschliesst (Kasten 1).

Im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzstörungen sind auch kindliche Missbrauchserfahrungen, wie sexueller Missbrauch, physischer Missbrauch und physische Vernachlässigung sowie emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung, zu erwähnen, die ähnliche Wirkungen wie die oben genannten Traumen entfalten können (5). Die unterschiedlichen traumatischen Erlebnisse werden in kurz andauernde (Typ-I-Traumen) oder lang andauernde (Typ-II-Traumen) sowie in menschlich verursachte oder unpersönliche Traumen und Bindungstraumen unterteilt (Kasten 2).

Für die Diagnosestellung einer PTBS müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein (Kasten 3).

Für die Praxis stehen einfache, schnell durchführbare und wenig belastende Screeninginstrumente zur Verfügung. Mit dem Childhood Trauma Questionnaire in seiner Kurzform (CTQ-SF) (6) können retrospektiv verschiedene Kategorien (sexueller, physischer, emotionaler Missbrauch sowie physische und emotionale Vernachlässigung) in der Kindheit relativ zuverlässig erfasst werden. Die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) (7) erfasst alle Kriterien der PTBS gemäss DSM-IV. Neben diesen und anderen Screeningverfahren haben sich in der Praxis klinische Interviews (Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS) und das strukturierte klinische Interview für DSM-IV, (SKID), bewährt.

Zusammenhang und Verlauf

In Suchtpopulationen finden sich gehäuft traumatische Lebenserfahrungen. Jugendliche, die Kriterien für Alko-

Kasten 1:

Traumadefinition nach DSM-IV

Konfrontation (Erleben oder Beobachten) mit einer Situation, die Tod, Lebensgefahr oder starke Körperverletzung umfasst oder die körperliche Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person bedroht (bei Kindern auch entwicklungsdiscrepante sexuelle Erfahrungen). Subjektive Reaktion auf das Traumageschehen als intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Kasten 2:

Traumatyphen nach L.C. Terr

Childhood traumas: An outline and overview. Am J Psychiatry. 1991 Jan; 148(1): 10–20. Review

	Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen	Menschlich verursachte Traumen
Kurz andauernde Traumen (Typ-I-Traumen)	Naturkatastrophen Unfälle Katastropheneinsätze als Helfer (Feuerwehr, Polizei, Saniität)	Einmalige Ereignisse, z.B. Überfall, Vergewaltigung
Länger dauernde, wiederholte Traumen : (Typ-II-Traumen)	Lang dauernde Naturkatastrophen (Tsunami-/Nuklearkatastrophe in Japan)	Sexueller Missbrauch Körperliche Gewalt Emotionaler Missbrauch Vernachlässigung Kriegseinsatz Folter Lager-/Geiselhaft

Kasten 3:

Diagnostische Kriterien für eine PTBS nach DSM-IV

A. Konfrontation (auch Zeugenschaft) mit einem traumatischen Ereignis gegeben, und zwar: Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit (objektiv) und Reaktion: intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (subjektiv).

B. Wiedererleben (≥ 1) des Ereignisses in Form von wiederkehrenden und eindringlichen belastenden Erinnerungen (Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen) und/oder wiederkehrende belastende Träume und/oder Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt.

C. Anhaltendes Vermeidungsverhalten (≥ 3 bzgl.) traumaassoziiertter Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität: Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen in Bezug auf das Trauma; bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen; Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern; deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten; Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen; eingeschränkte Bandbreite des Affektes; Gefühl einer eingeschränkten Perspektive.

D. Anhaltende Symptome erhöhter Erregung (≥ 2): Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen; Reizbarkeit oder Wutausbrüche; Konzentrationsschwierigkeiten; Hypervigilanz (extreme Wachsamkeit); übertriebene Schreckreaktionen.

E. Das Störungsbild dauert länger als einen Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

holmissbrauch oder -abhängigkeit erfüllen, erlebten in einer Untersuchung von Clark et al. 6- bis 12-mal häufiger körperlichen Missbrauch und 18- bis 20-mal häufiger sexuellen Missbrauch als Kontrollprobanden (8). Es scheint, dass frühe interpersonelle Traumatisierungen, besonders sexualisierte oder körperliche Gewalt, sowohl auf neurobiologischer als auch auf der Verhaltensebene zu einer verminderten Fähigkeit der Selbst-/Emotionsregulation (9) führen. Diese allgemein erhöhte psychische Vulnerabilität führt in der Adoleszenz zu einer erhöhten psychischen Belastung, besonders mit Symptomen von Depressionen und Angststörungen. Als dysfunktionaler Bewältigungsversuch werden Alkohol und andere psychotrope Substanzen konsumiert (Abbildung). Diese Art der Selbstmedikation (10) bahnt den Weg in die spätere Abhängigkeit. Bei Alkoholabhängigen mit einer PTBS finden sich ein signifikant früherer Konsumbeginn (11, 12), eine stärkere Belastung mit Symptomen beider Störungen (13), eine verstärkte psychische Belastung (14, 15), vermehrte interpersonelle Schwierigkeiten (16), eine erhöhte Delinquenz (17) und eine vermehrte Inanspruchnahme suchtspezifischer Behandlungsangebote (18). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich beide Störungen gegenseitig verstärken und den Verlauf in allen Punkten erheblich verschlechtern.

Therapie

Die Behandlung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und einer PTBS erfordert spezielles Wissen und Erfahrung in der Behandlung beider Störungsbilder. Die Therapie von Alkoholabhängigkeit und PTBS sollte integrativ erfolgen. Das Ziel der Behandlung ist eine möglichst rasche Reduktion traumaassoziiertter Symptome, da diese wesentliche Rückfallfaktoren darstellen. Interpersonale Konflikte, unangenehme Emotionen und körperliches Unwohlsein (Discomfort) werden in Studien als die häufigsten Auslöser für Rückfälle bei dieser Patientengruppe gefunden (4). Die frühere Forderung nach einer stabilen Abstinenz als Vorbedingung einer Traumatherapie konnte mittlerweile widerlegt werden (19). Nach Etablierung einer therapeutischen Beziehung, deren wichtigstes Kriterium ein Gefühl der Sicherheit für den Patienten ist, kommen Stabilisie-

Kasten 4:

Sicherheit als zentraler Begriff der Therapie

- Beendigung des Substanzkonsums
- Bewältigung von posttraumatischen Symptomen (z.B. Flashbacks und Dissoziation)
- Beendigung von selbstschädigendem Verhalten (z.B. Selbstverletzungen, Suizidalität, ungeschützter Geschlechtsverkehr)
- Befreiung aus häuslicher Gewalt oder Missbrauch
- Stärkung von Kontakten zu verlässlichen und unterstützenden Personen
- Bessere Selbstfürsorge (z.B. gesunde Ernährung, regelmässig zum Arzt gehen)

rungstechniken wie Erdungsübungen, Drei-Minuten-Meditation oder imaginative Verfahren zum Einsatz. Unumgänglich ist zu Beginn der Behandlung eine ausführliche Psychoedukation, die den Zusammenhang zwischen beiden Störungsbildern aufzeigt und analog zur Behandlung bei Angststörungen oder Phobien das Rational der Expositionsbehandlung dem Patienten näherbringt. Für die einzelnen Patienten ist der Zusammenhang von oftmals Jahrzehnten zurückliegenden traumatischen Ereignissen oder äusserst ungünstigen emotionalen Kindheitserfahrungen und die spätere Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit nicht offensichtlich. Hilfreich ist die Frage nach der Funktion des Alkoholkonsums zu Beginn der Suchtentwicklung. Hier werden oftmals psychische Belastungen wie Ängste, Niedergeschlagenheit, Gefühlstauheit, Entfremdungserleben, Schlafstörungen, Alpträume, Wut, innere Anspannung und Gereiztheit genannt.

Einer der zentralen Begriffe der Therapie ist Sicherheit. Er umfasst einen nicht schädigenden Umgang mit Substanzen, auch Medikamenten, sichere Beziehungsgestaltung, Reduktion von Symptomen der PTBS sowie sichere Selbstfürsorge (Kasten 4). In deutscher Übersetzung existiert das Therapiemanual «Sicherheit finden/ Seeking Safety» von L. Najavits (20), das den Begriff ins Zentrum der Behandlung stellt. Das Manual wurde speziell für Patienten mit Sucht und PTBS entwickelt und war in einer Vielzahl von Studien an unterschiedlichen Patientengruppen wirksam. Es kann im Gruppen- und im Einzelsetting durchgeführt werden. Dieses überwiegend ressourcenaktivierende, kompetenzvermittelnde Manual sollte mit einem spezifischen Traumatherapieverfahren mit Expositionsanteil (Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR], Shapiro [1998]; Narrative Exposure Therapy [NET], Schauer, Neuner, Elbert [2005]; Cognitive Processing Therapy [CPD], Resick [2007] o.ä.) kombiniert werden.

Die Pharmakotherapie hat in der Behandlung nur einen untergeordneten Stellenwert und erfolgt syndromorientiert. Bei begleitenden depressiven Syndromen oder Angststörungen haben sich die selektiven Serotoninwiederaufnahme-Hemmer (SSRI) wie beispielsweise Sertraline oder TAD bewährt (21). Neuroleptika sollten nur sehr zurückhaltend verwendet werden, da diese eine erfolgreiche Expositionsbehandlung erschweren können. Benzodiazepine sind auf akute Krisen und akute Suizidalität zu beschränken. Sollte eine Therapie im ambulanten Setting aufgrund eines ständigen Alkoholkonsums, psychischer Dekompensation oder Suizidalität nicht möglich sein, ist die Behandlung in spezialisierten Kliniken mit Expertise in der Behandlung von Sucht- und Traumastörungen durchzuführen.

Zusammenfassung

Posttraumatische Belastungsstörungen kommen bei Patienten mit alkoholbedingten Störungen, besonders bei Patienten in ambulanter oder stationärer Therapie, häufig vor. Die Behandlung früherer traumatischer Erlebnisse mittels traumaspezifischer Therapieverfahren im Kontext einer Suchttherapie eröffnet oftmals den Weg zur nachhaltigen Verbesserung des psychischen Befindens und zur erfolgreichen Behandlung der Substanzstörung. Die Patienten sollten umfassend über die möglichen Zusammenhänge oftmals weit zurücklie-



Abbildung: Dysfunktionaler Bewältigungsversuch eines Traumas

gender traumatischer Ereignisse und einer späteren Suchtentwicklung aufgeklärt werden. Bei bestehender Bereitschaft des Patienten sollte das Angebot einer integrierten Sucht-/Trauma-Behandlung gemacht werden oder der Patient an eine entsprechende Stelle überwiesen werden. Eine enge Vernetzung der therapeutisch Tätigen ist bei diesem komplexen Störungsbild unabdingbar. Mit der Gründung des Interdisziplinären Netzwerkes Psychotraumatologie Schweiz (INPS) mit Sitz in Winterthur wurde nun auch in der Schweiz ein entsprechender Verein gegründet, der sich dieses Ziel gesetzt hat. Ein Kontakt ist über den Autor möglich.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Lüdeckens
 FA Psychiatrie/Psychotherapie (FMH)
 CEO/Chefarzt
 Klinik Im Hasel
 5726 Gontenschwil
 Tel. 062-738 60 02
 E-Mail: tlueddeckens@klinikimhasel.ch
 Internet: www.klinikimhasel.ch

Literatur:

1. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick, HS, Best CL & Schnurr, PP (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol*, 68(1): 19–30.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 52(12): 1048–60.
3. Brown, PJ, Recupero, PR, & Stout, R (1995). PTSD-substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive Behaviors*, 20: 251–254.
4. Sharkansky, EJ, Brief, DJ, Peirce, JM, Meehan JC, Mannix LM (1999). Substance Abuse Patients With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Identifying Specific Triggers of Substance Use and Their Association With PTSD Symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*. 13(2): 89–97.
5. Danielson et al., (2009), Trauma-Related Risk Factors for Substance Abuse Among Male Versus Female Young Adults *Addict Behav*. 34(4): 395–399.
6. Bernstein, DP & Fink L (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report questionnaire and manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
7. Foa, EB, Riggs DS, Dancu V & Rothbaum BO (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6: 459–474.
8. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36(12): 1744–51.
9. Simpson TL, Miller WR (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clin Psychol Rev*. 22(1): 27–77.
10. Khantzian, EJ (1985). The self-medivation hypothesis of addictive disorders. Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychother*. 143: 1259–1264.

11. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freemon M (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 30(4): 799–821.
12. Rothman EF, Edwards EM, Heeren T, Hingson RW (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*. 122(2): 298–304.
13. Saladin ME, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG (1995). Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: two preliminary investigations. *Addict Behav*. 20(5): 643–55.
14. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freemon M (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 30(4): 799–821.
15. Schnieders M, Rassaerts I, Schäfer M, Soyka M (2006). Der Einfluss kindlicher Traumatisierung auf eine spätere Drogenabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 74(9): 511–21.
16. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR, Muenz LR (1998). «Seeking safety»: outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *J Trauma Stress*. 11(3): 437–56.
17. Widom CS, Maxfield MG (2001). An Update on the «Cycle of Violence». <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/184894.pdf>.
18. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict*. 10(2): 101–10.
19. Henslee AM, Coffey SF (2010). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder in a residential substance use treatment facility. *Prof Psychol Res Pr*. 1; 41(1): 34–40.
20. Najavits LM (2009). Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm «Sicherheit finden». Göttingen. Hogrefe).
21. Brady KT, Sonne S, Anton RF, Randall CL, Back SE, Simpson K (2005). Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(3): 395–401.

Merksätze:

- PTBS ist bei Alkoholabhängigen häufig und wird häufig übersehen.
- Alkohol wird meist als Selbstmedikation eingesetzt.
- Abstinenz kann zunächst zu einer deutlichen Symptomverschlechterung (Wiedererinnern, Vermeidung, Hyperarousal) führen.
- Ein Screening auf kindliche Belastungen und Traumafolgen ist wenig belastend und einfach durchzuführen.
- Integrative Behandlungsansätze sind erfolgreich.
- Safety first und Trauma first: Sicherheit ist zentral. Zunächst sollten die Symptome der PTBS vermindert werden.
- Abstinenz ist keine Voraussetzung für eine Traumatherapie bei Alkoholabhängigen.