



universität
wien

Diplomarbeit

Trauma, PTSD und Substanzabhängigkeit

Ildico Hellmer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Juni 2008

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: ao. Univ.-Prof. Dr. Ulrike Willinger

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	5
2	THEORIETEIL	9
2.1	Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung	9
2.2	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	22
2.3	Traumatisierung in der Kindheit	28
2.4	Exekutivfunktionen bei traumatisierten Substanzabhängigen.....	33
2.5	Komorbide Störungen bei traumatisierten Substanzabhängigen.....	38
3	ZIELSETZUNGEN, FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	43
3.1	Zielsetzung	43
3.2	Fragestellung	44
3.3	Hypothesen	45
3.3.1	Hypothesen zu Trauma, Posttraumatischer Belastungsstörung und der Schwere der Substanzabhängigkeit:	45
3.3.2	Hypothesen zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung und der Schwere der Substanzabhängigkeit:	45
3.3.3	Hypothesen zu Traumatisierung in der Kindheit und der Schwere der Substanzabhängigkeit: .	46
3.3.4	Hypothesen zu Exekutivfunktionen bei traumatisierten Substanzabhängigen:	46
3.3.5	Hypothesen zu komorbiden Störungen bei traumatisierten Substanzabhängigen:	47
4	EMPIRISCHER TEIL	48
4.1	Methode	48
4.1.1	Untersuchungsplan und intendierte Stichprobe.....	48
4.1.2	Erhebungsinstrumente.....	49

4.2 Untersuchung	63
4.2.1 Untersuchungsdurchführung	63
4.2.2 Stichprobenbeschreibung	67
4.2.3 Auswertungsverfahren	71
4.3 Ergebnisse.....	75
4.3.1 Deskriptive Ergebnisse	75
4.3.1.1 Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung bei Substanzabhängigen.....	75
4.3.1.2 Aktuelle PTSD bei Substanzabhängigkeit	79
4.3.1.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung bei Substanzabhängigen	82
4.3.1.4 Kindheitstraumatisierung bei Substanzabhängigen	84
4.3.1.5 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen.....	88
4.3.1.6 Substanzabhängige mit aktueller posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen.....	90
4.3.1.7 Substanzabhängige mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen.....	90
4.3.1.8 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Dissoziation.....	92
4.3.1.9 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Depression	92
4.3.1.10 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Persönlichkeitsstörungen.....	93
4.3.2 Inferenzstatistische Ergebnisse	97
4.3.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung und die Schwere der Substanzabhängigkeit ..	97
4.3.2.2 Aktuelle PTSD Symptome und die Schwere der Substanzabhängigkeit	100
4.3.2.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und die Schwere der Substanzabhängigkeit.....	102
4.3.2.4 Kindheitstraumatisierung und die Schwere der Substanzabhängigkeit	105
4.3.2.5 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen.....	107
4.3.2.6 Substanzabhängige mit aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen.....	108
4.3.2.7 Substanzabhängige mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen.....	109
4.3.2.8 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Dissoziation.....	111

4.3.2.9	Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Depression.....	112
4.3.2.10	Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Persönlichkeitsstörung.....	112
5	DISKUSSION	117
5.1	Trauma und die Posttraumatische Belastungsstörung.....	117
5.2	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	124
5.3	Traumatisierung in der Kindheit	128
5.4	Exekutivfunktionen bei traumatisierten Substanzabhängigen.....	138
5.5	Komorbide Störungen bei traumatisierten Substanzabhängigen.....	143
5.5.1	Dissoziation.....	143
5.5.2	Depression.....	145
5.5.3	Persönlichkeitsstörungen.....	146
6	ZUSAMMENFASSUNG	150
7	ABSTRACT	161
	LITERATURVERZEICHNIS	163
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	175
	TABELLENVERZEICHNIS.....	176
	ANHANG	178

1 Einleitung

Im Rahmen der am Anton Proksch Institut (API) stattfindenden Lehrveranstaltung zum Thema „Theorie und Therapie der Suchtkrankheit“ hielt ich ein Referat über die Abteilung V des API, der Drogenabteilung. Ich erfuhr, dass an dieser Abteilung der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und Sucht erforscht wurde. Das weckte mein Interesse im Hinblick auf meine eigene Diplomarbeit und ich wandte mich an Primarius Dr. Burian, der die Station leitet, um zu erfragen, ob ich in die laufenden Forschungsprojekte einsteigen könne, da mich das Thema besonders interessiere. Im zweiten Abschnitt meines Studiums hatte ich meinen Schwerpunkt bereits auf das Thema Persönlichkeitsstörungen gelegt. Nach meiner Anfrage stellte sich jedoch heraus, dass die Untersuchungen bereits abgeschlossen waren. Großes Interesse bestünde allerdings an Forschungsarbeit im Bereich Trauma und Sucht. Annähernd zur selben Zeit nahm ich an einem Seminar bei Prof. Dr. Willinger teil, in dem wir ein Design für ein Forschungsprojekt entwickeln mussten und lernten, wie man für derartige Forschungsprojekte Anträge an die Nationalbank stellt. Das Seminar verhalf mir zu einem tieferen Verständnis darüber, was qualitativ hochwertige Forschung ausmacht, im Besonderen im Hinblick auf die Auswahl der Forschungsarbeiten, auf die man sich im Rahmen seiner eigenen Arbeit bezieht. Gleichzeitig war der Spaß am wissenschaftlichen Arbeiten bei mir geweckt und ich meldete mich sofort zu einem Seminar über die Recherche zu Fachliteratur bei Prof. Dr. Willinger an. Ich fragte sie, ob ich nicht mit der Literatursuche zu dem vom Anton Proksch Institut angebotenen Thema anfangen könne und suchte außerdem darum an, bei ihr meine Diplomarbeit zu schreiben. So führte schließlich Eines zum

Anderen und ich entwickelte das Untersuchungsdesign und führte die Untersuchung durch, die ich im Weiteren darstellen werde.

Von besonderem Interesse und wissenschaftlicher Bedeutung ist die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Sucht vor allem deshalb, weil sie für die direkte praktische Arbeit von hoher Relevanz ist. Die Frage ist, inwieweit kann oder muss im Rahmen der Suchtbehandlung mehr Augenmerk auf Traumatisierungen der Patienten gelegt werden. Um welche Traumatisierungen handelt es sich bei dieser Patientengruppe überhaupt? Wie hängen Traumatisierung und Sucht zusammen? Unterscheiden sich traumatisierte Substanzabhängige von nicht traumatisierten? Und wenn ja, wie? All diese Fragen haben eine hohe Behandlungsrelevanz, und Forschung in diesem Bereich soll ermöglichen, substanzabhängigen Patienten noch gezielter helfen zu können bzw. Behandlungskonzepte noch maßgeschneiderter anzubieten, eventuell zu erweitern oder noch effizienter zu gestalten.

In der hier vorliegenden Arbeit soll einerseits die Prävalenz von Traumaerfahrungen bei Substanzabhängigen herausgearbeitet werden. Darüber hinaus möchte ich genauer auf Traumafolgestörungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Substanzabhängigen eingehen. Posttraumatische Belastungsstörungssymptomatik wie Intrusionen, erhöhtes Arousal und Vermeidungssymptomatik, sofern vorhanden, sind sicher von hoher Behandlungsrelevanz. Nicht zuletzt deshalb, da eine unbehandelte Symptomatik die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen erhöhen könnte. Selbst bei Substanzabhängigen mit weiter zurückliegender Traumatisierung und PTSD, die aktuell kein Vollbild einer

PTSD mehr aufweisen, bestehen möglicherweise Restsymptome weiter, wenn frühere Posttraumatische Belastungsstörungen nur zum Teil remittierten.

Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Substanzabhängigen sollen Substanzabhänge zusätzlich auf komplexere Posttraumatische Belastungsstörungen, wie tiefergreifende Persönlichkeitsänderungen, die vor allem nach länger andauernder, wiederholter Traumatisierung auftreten, untersucht werden. Weiters soll auch die Prävalenz von Kindheitstraumatisierung in der Population Substanzabhängiger festgestellt werden.

Als Hauptfragestellung wird in der vorliegenden Untersuchung überprüft, ob Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung, komplexeren posttraumatischen Belastungsstörungen oder Kindheitstraumatisierung eine schwerere Substanzabhängigkeit zeigen als andere Substanzabhängige. Die Schwere der Substanzabhängigkeit soll in diesem Zusammenhang durch den Substanzgebrauch selbst bestimmt werden, darüber hinaus auch durch die Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, entstandene Probleme im Bereich Arbeit und Finanzen, rechtliche Probleme, familiäre Probleme, sowie dem psychischen Zustand.

Weiters soll untersucht werden, ob Substanzabhängige mit PTSD oder komplexerer PTSD durch die Posttraumatische Belastungsstörung in ihren kognitiven Leistungen eingeschränkt sind. Im Speziellen wird hier auf den Bereich der Exekutivfunktionen eingegangen. Zeigen also Substanzabhängige mit PTSD oder komplexer PTSD schlechtere Leistungen in Aufgaben zur Erfassung der Exekutivfunktionen? Es soll hier auf Perseveration, also dem Beibehalten von gewohnten Strategien bei

Strategiewechsel, der kognitiven Flexibilität, kognitiven Umstallfähigkeit und auf die Fähigkeit übergeordnete Konzepte zu erfassen eingegangen werden.

Schließlich wird vermutet, dass Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung zusätzlich auch mehr andere komorbide Störungsbilder aufweisen. Diesbezüglich soll in der vorliegenden Untersuchung geprüft werden, ob Substanzabhängige mit PTSD depressiver sind, mehr komorbide Dissoziation aufweisen, sowie häufiger von zusätzlichen Persönlichkeitsstörungen betroffen sind.

In der vorliegenden Arbeit wurde die männliche Endung verwendet, da 73% der untersuchten Stichprobe aus Männern bestand.

2 Theorieteil

2.1 Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung

In einer Reihe von Untersuchungen im Rahmen der Suchtbehandlung hat sich gezeigt, dass SuchtpatientInnen neben ihrer Substanzabhängigkeit häufig an anderen komorbiden Störungsbildern leiden (Brooner et al., 1997).

Neben häufiger untersuchten komorbiden Störungsbildern wie Depression oder Persönlichkeitsstörungen (Brooner et al., 1997) rückt immer mehr auch das Interesse an Traumaerfahrungen und Traumafolgestörungen, wie der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Substanzabhängigen ins Zentrum der Aufmerksamkeit der Wissenschaft (Brown & Ouimette, 1999).

Untersuchungen diesbezüglich sind relativ neu und wurden bislang vor allem im englischsprachigem Raum durchgeführt. Das in diesem Sprachraum verwendete Klassifikationssystem DSM-IV (Saß et al., 2003) definiert Trauma bzw. das Erleben eines traumatischen Ereignisses als das Erleben, Beobachten oder die Konfrontation mit drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder der Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person. Für das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird im DSM-IV das **Erleben eines traumatischen Ereignisses** (Kriterium A) gefordert, auf das die Kriterien B, C und D folgen. Bei Kriterium B handelt es sich um das Wiedererleben des Traumas, um **wiederkehrende** sich aufdrängende Gedanken, Bilder und **Erinnerungen** an das Trauma, belastende Träume, Illusionen, Flashbacks, Halluzinationen, sowie der Belastung durch körperliche Reaktionen bei der

Konfrontation mit Hinweisreizen. Bei Kriterium C geht es um die **Vermeidung** von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind (Gedanken, Gefühle, Handlungen, Orte, Aktivitäten, Menschen), die Abflachung der Reagibilität, die Unfähigkeit Aspekte des Traumas zu erinnern, Entfremdungsgefühle, eingeschränkten Affekt, beziehungsweise das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft. Kriterium D beschreibt **erhöhtes Arousal**: Schlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßige Wachsamkeit bzw. Hypervigilanz, sowie übertriebene Schreckreaktion. Für eine Diagnose muss weiters das Bestehen der Symptomatik für länger als ein Monat gegeben sein, sowie eine Beeinträchtigung im sozialen oder beruflichen Bereich (Saß et al., 2003).

Kriterium A: Das Erleben eines **Traumas**, auf das die Person mit intensiver

Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert. z.B.: kriegsrische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle, Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit etc.

Kriterium B: Wiedererleben des traumatischen Ereignisses: wiederkehrende,

quälende Träume in denen das Erlebnis nachgespielt wird, Wiedererleben des Traumas, intensives psychisches Leiden oder körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit Reizen, die an das Trauma erinnern

Kriterium C: Vermeidung: Gedanken, Gefühle, Gespräche, sowie Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das traumatische Ereignis erinnern, werden vermieden, einzelne Aspekte des Traumas werden nicht mehr erinnert, verminderte Reaktionsbereitschaft auf die Umwelt sowie „psychische Abgestumpftheit“ oder „emotionale Anästhesie“, vermindertes Interesse an Aktivitäten, die zuvor Freude bereitet haben, Gefühl der Isolierung und Entfremdung von anderen, reduzierte Fähigkeit Gefühle zu empfinden, Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (nicht die Erwartung eine Familie zu haben, Kinder, Karriere oder ein normales Lebensalter zu erreichen)
Kriterium D: erhöhtes Arousal: Einschlaf- und Durchschlafprobleme aufgrund von Alpträumen bzw. aufgrund des Traumas, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, Reizbarkeit oder Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten
Kriterium E: Symptome herrschen länger als ein Monat vor
Kriterium F: Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen

Abbildung 1: Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM IV

Im ICD-10 (Dilling et al., 2005) wird die Posttraumatische Belastungsstörung als Reaktion auf ein **belastendes Ereignis**, eine außergewöhnliche Bedrohung oder Katastrophe beschrieben. Beispiel für ein traumatisches Ereignis wäre das Erleben einer Naturkatastrophe oder durch Menschenhand verursachte Katastrophe, einer Kampfhandlung, einem schweren Unfall, von Folter, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen, sowie Zeuge eines gewaltsamen Todes zu werden.

Typische Merkmale für eine Posttraumatische Belastungsstörung sind sich aufdrängende Erinnerungen, das Wiedererleben des Traumas (in Form von Bildern, Intrusionen bzw. der während des Traumas erlebten körperlichen Angstsymptomatik), betäubt sein, emotionale Stumpfheit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie, sowie Vermeidung von allem das an das Trauma erinnern könnte (Aktivitäten, Situationen etc.), vegetative Übererregtheit, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Der Beginn erfolgt spätestens sechs Monate nach dem Ereignis. Wird die Symptomatik chronisch und führt zu einer Veränderung der Persönlichkeit spricht man von einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Dilling et al., 2005).

- Reaktion auf ein **belastendes Ereignis**, außergewöhnliche Bedrohung, Katastrophe
- Naturkatastrophe oder durch Menschenhand verursachte Katastrophe, Kampfhandlung, schwerer Unfall, Zeuge eines gewaltsamen Todes, Folter, Terrorismus, Vergewaltigung oder andere Verbrechen
- **Typische Merkmale:** sich aufdrängende Erinnerungen, das Wiedererleben des Traumas (Bilder, Intrusionen, Wiedererleben der während des Traumas erlebten körperlichen Angstsymptomatik), Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie, Vermeidung von allem das an das Trauma erinnern könnte (Aktivitäten, Situationen), vegetative Übererregtheit, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit
- Beginn spätestens 6 Monate nach Ereignis, wenn chronisch: andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Abbildung 2: Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD 10

Im Rahmen der Suchtforschung wird PTSD immer wieder mit schlechterem Behandlungserfolg und höheren Rückfallsraten in Verbindung gebracht (Read et al., 2004).

Traumaforschung bei SuchtpatientInnen ist also insofern von besonderer Bedeutung, als die Integration der Traumaerfahrungen und der anschließenden Folgestörungen bzw. der damit einhergehenden Traumasymptomatik in die Suchtbehandlung eventuell zu einem verbesserten Behandlungserfolg führen könnte.

Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass Traumaerfahrungen bei Substanzabhängigen keine Seltenheit sind. Prävalenzraten reichen hier von 83 bis 95% (Reynolds et al., 2005 ; Read et al., 2004 ; Mills et al., 2005, Brown et al., 1999, Saladin et al., 1995). So berichten Reynolds et al. (2005) von 83% ihrer Stichprobe von Substanzabhängigen in Suchtbehandlung, die mehr als ein Trauma in ihrem Leben erlebt hatten. In einer weiteren Untersuchung von 133 PatientInnen in stationärer Suchtbehandlung hatten 95% mindestens ein Trauma in ihrem Leben erlebt (Read et al., 2004), 92% waren es bei Mills et al. (Mills et al., 2005). Ähnliche Ergebnisse brachte eine Studie von Brown et al. (1999), bei der rund 90 von 95 SuchtpatientInnen ein Kriterium A Trauma nach DSM-IV berichteten (Brown et al., 1999).

Die am häufigsten untersuchte Traumafolgestörung ist wahrscheinlich die Posttraumatische Belastungsstörung. Prävalenzraten einer aktuellen PTSD bei Substanzabhängigen in Behandlung schwanken von 29% (Clark et al., 2001),

38,5% (Reynolds et al., 2004), 41% (Read et al., 2004) bis zu ca. 50% (Brown et al., 1999).

Neben der Frage der Prävalenz von Traumaerfahrungen bei Substanzabhängigen beschäftigte sich die Wissenschaft auch mit der Rolle von PTSD für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzabhängigkeit (Breslau et al., 2003 ; Read et al., 2004). Im Zusammenhang mit der Entstehung von Substanzabhängigkeit nach dem Erleben eines Traumas untersuchten Breslau et al. (2003) anhand einer nicht-klinischen Stichprobe die Entwicklung von PTSD und Substanzabhängigkeit im Falle eines neu auftretenden Traumas. Sie führten zu diesem Zweck eine Langzeitstudie durch, die 1992 startete. Zehn Jahre später zeigte sich in einer Folgeuntersuchung, dass 40% der Personen in dieser Zeit ein Trauma erlebt hatten und 23,6% der Traumatisierten anschließend eine PTSD entwickelten. Bei 15% der 889 untersuchten Personen trat eine vorher nicht vorhandene Nikotinabhängigkeit auf, 13,9% entwickelten erstmals eine Alkoholabhängigkeit und 3,2% wurden in dieser Zeit drogenabhängig. Personen, die zum ersten Untersuchungszeitpunkt bereits nikotinabhängig, alkoholkrank oder drogenabhängig waren wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen, da ausschließlich das Neuauftreten einer Suchterkrankung von Interesse war. Deutlich wurde, dass das Vorhandensein eines Traumas mit PTSD zu einem erhöhten Risiko führt, von Drogen abhängig zu werden. Für jene, die zwar ein traumatisches Ereignis erlebt hatten, aber keine PTSD entwickelten oder jene, die gar kein Trauma erlitten hatten zeigte sich dieses Risiko nicht. Die Längsschnitter Untersuchung von Breslau et al. (2003) führte demnach zu der Erkenntnis, dass das Erleben von traumatischen Ereignissen ohne der Entwicklung einer PTSD kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit darstellt. Das Risiko für die Entstehung einer

Substanzabhängigkeit ist nur für Personen erhöht, die nach dem Trauma eine PTSD entwickelt hatten, nicht hingegen für Personen mit Trauma ohne PTSD (Breslau et al., 2003).

Weitere Studien beschäftigten sich mit der Frage, ob Personen mit Trauma oder Posttraumatischer Belastungsstörung schwerer abhängig sind als solche ohne Traumaerfahrung oder PTSD. Von Clark et al. (2000), sowie anderen Autoren konnte gezeigt werden, dass sich PTSD auf die Schwere der Substanzabhängigkeit auswirkt (Clark et al., 2000; Mills et al., 2005), andere Untersuchungen wiederum konnten diesen Zusammenhang nicht belegen (Brown et al., 1999; Read et al., 2004).

Clark et al. (2000) untersuchten anhand einer klinischen Stichprobe von 150 opiatabhängigen Personen in Methadonbehandlung oder Methadondetoxifikation den Einfluss von Gewalterfahrungen und PTSD auf die Schwere der Substanzabhängigkeit. Es zeigte sich, dass sich erst kurz zurückliegende Traumatisierungen auf die Schwere der Substanzabhängigkeit, ermittelt durch den Addiction Severity Index, auswirken, nicht jedoch weiter zurückliegende. Die Aktualität der PTSD Symptomatik wurde in sechs Zeitkategorien erfasst, von „den letzten zwei Wochen“ bis „vor länger als einem Jahr“. Die Art des Traumas, also ob es sich bei der Traumaerfahrung um sexuellen Missbrauch, körperliche Misshandlung oder Beisein von schwerer Verletzung oder Tötung handelte, wirkt sich nicht auf die Schwere der Substanzabhängigkeit aus (Clark et al., 2000). Mills et al. (2005) untersuchten ausschließlich Heroinabhängige. Personen mit Heroinabhängigkeit und PTSD waren signifikant jünger bei der ersten Überdosierung, hatten insgesamt mehr Arten von Drogen konsumiert und hatten

länger Drogen genommen, als Heroinabhängige ohne PTSD. Die beiden Gruppen unterschieden sich allerdings nicht bezüglich des Alters des Erstgebrauchs von Heroin und der Anzahl der Tage, die in den letzten sechs Monaten Heroin konsumiert wurde (Mills et al., 2005).

Nicht ganz so eindeutige Hinweise erhielten Reynolds et al. (2004), deren Untersuchung zwar eine stärkere medizinische und psychiatrische Problematik im Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) bei Süchtigen mit PTSD ergab, aber keine Belege für eine generell schwerere Substanzabhängigkeit im Drogenscores des ASI (Reynolds et al., 2004). Es zeigte sich allerdings, dass Substanzabhängige mit PTSD insofern eine schwerere Substanzabhängigkeit aufweisen, als sie in den 30 Tagen vor der Behandlung signifikant häufiger mehr als eine Substanz pro Tag konsumieren als andere Substanzabhängige (Reynolds et al., 2004).

Brown et al. (1999) erhoben die Anzahl der Jahre der Substanzabhängigkeit und konnten im Vergleich dazu nicht belegen, dass Substanzabhängige mit der Diagnose einer PTSD insgesamt länger abhängig waren als andere SuchtpatientInnen. Personen mit PTSD und Suchtdiagnose zeigten auch nicht weniger Tage an denen sie abstinent waren oder unterschieden sich in der Art der Substanzen, die eingenommen wurden. Die Untersuchung erfolgte an einer klinischen Stichprobe von 95 Personen in stationärer Suchtbehandlung. 90 SuchtpatientInnen, also ein Großteil hatten irgendwann in ihrem Leben ein Kriterium A Trauma nach DSM-IV erlebt und 48 Personen, also etwa die Hälfte von ihnen erfüllte im Moment die Kriterien einer PTSD (Brown et al., 1999).

Read et al. (2004) verwendeten zur Erfassung der Schwere der Sucht das Messinstrument Time-Line Follow-Back von Sobell & Sobell (1992). Als Marker für die Schwere der Sucht werden hier die Tage der Abstinenz des Substanzabhängigen erfasst. Die Autoren untersuchten 133 Personen in Suchtbehandlung im Querschnitt. Zum Zeitpunkt der ersten Erhebung ergab sich, dass Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung signifikant mehr Jahre an problematischem Substanzkonsum aufwiesen als solche ohne PTSD. Sie gaben jedoch nicht mehr Tage an Abstinenz an. Es zeigte sich außerdem keine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Substanzabhängigkeit im Falle einer PTSD. Es konnte also nicht gezeigt werden, dass im Falle einer PTSD eine bestimmte Substanzabhängigkeit wahrscheinlicher ist als eine andere. Im Speziellen ging es den Autoren darum, wie die einzelnen PTSD-Symptome Intrusion, Hyperarousal und Vermeidung mit dem Gebrauch verschiedener Substanzen in Beziehung stehen. Allein Intrusionssymptomatik zeigte sich bei Alkoholabhängigen signifikant stärker. Die Autoren schließen daraus, dass Personen mit starker Wiedererlebenssymptomatik verstärkt zu Alkohol greifen, in der Hoffnung, dass sich dieser hemmend auf die Wiedererlebenssymptomatik wirkt. Das heißt, Alkoholkonsum könnte einen Versuch der PTSD-Betroffenen darstellen, zu verhindern, dass belastende Erinnerungen wieder ins Gedächtnis gerufen werden. Der zweite Erhebungszeitpunkt wurde ein halbes Jahr später, nach Behandlungsende angesetzt. Hier interessierten sich Read et al. (2004) für die Rückfallsrate nach der Therapie in Abhängigkeit des Vorliegens einer PTSD. Was die Rückfallsrate im Falle einer PTSD betrifft so gaben Personen, die zum ersten Zeitpunkt (also während der Suchtbehandlung) eine PTSD aufwiesen und solche ohne PTSD Diagnose zu diesem Zeitpunkt ein halbes Jahr nach der Behandlung

ähnlich viele Tage an Abstinenz an. Es konnte allerdings gezeigt werden, dass Personen mit einer ein halbes Jahr nach der Suchtbehandlung noch immer persistierenden PTSD weniger Tage abstinent blieben, also häufiger rückfällig wurden. Daraus wäre zu schließen, dass Suchtpatienten mit behandelter oder remittierter PTSD die selbe Prognose haben wie Suchtpatienten ohne PTSD, dass jedoch Patienten mit unbehandelter oder nicht remittierter PTSD deutlich häufiger rückfällig werden. Es kann also angenommen werden, dass chronische PTSD einen Prädiktor für einen geringeren Behandlungserfolg darstellt (Read et al., 2004).

Saladin et al. (1995) verglichen Frauen mit PTSD und Substanzabhängigkeit mit Frauen, die zwar eine Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen, jedoch keine Substanzabhängigkeit entwickelt hatten. Sie interessierten sich für die Frage, wie sich Substanzmissbrauch auf die einzelnen Symptomcluster der PTSD auswirkt, wie also Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidung von verschiedenen Substanzen beeinflusst werden, bzw. ob sie überhaupt einen Einfluss haben. Um diese Frage zu klären untersuchten sie die auftretenden Symptome substanzabhängiger und nicht-substanzabhängiger PTSD-Betroffener. Personen mit PTSD und Substanzabhängigkeit wiesen deutlich mehr Traumaerfahrungen in den untersuchten Bereichen sexueller Missbrauch, Vergewaltigung und körperliche Gewalt auf als PTSD-Betroffene ohne Substanzabhängigkeit. Frauen mit Doppeldiagnose PTSD und Substanzabhängigkeit beschrieben zwar nicht generell mehr PTSD-Symptomatik, jedoch mehr Schlafstörungen als Frauen mit PTSD ohne Substanzabhängigkeit. Für alle anderen PTSD Symptome ergaben sich zwar bei von PTSD betroffenen Substanzabhängigen höhere Werte, jedoch keine

signifikanten Unterschiede zu Frauen mit PTSD ohne Substanzabhängigkeit (Saladin et al., 1995).

Betrachtet man die Dauer der Behandlung als Marker für die Schwere der Abhängigkeit so zeigt sich, dass sich erlebte Traumatisierung auf die Behandlungsdauer auswirkt (Sommer, 2003).

Lipschitz et al. (2000) untersuchten Jugendliche hinsichtlich ihrer kindlichen Traumatisierung und zeigten, dass Mädchen mit PTSD signifikant häufigeren Drogengebrauch aufweisen als Mädchen ohne PTSD. Für Buben konnte dieser Zusammenhang nicht gezeigt werden (Lipschitz et al., 2000).

Die Forschung beschäftigte sich weiters mit der Frage, ob sich die Traumatisierung auf die Art der konsumierten Substanz auswirkt. Ob also im Falle einer Traumatisierung bestimmte Substanzen bevorzugt werden, bzw. ob Traumatisierte insofern schwerer süchtig sind, als sie eher zu härteren oder illegalen Drogen greifen. Schäfer et al. (2000) gingen in diesem Zusammenhang der Frage nach, ob bestimmte Substanzen im Falle einer Traumatisierung verstärkt konsumiert werden. Sie untersuchten Gewalterfahrungen und sexuellen Missbrauch vor dem 16. Lebensjahr und fanden primäre Abhängigkeit von illegalen Drogen signifikant gehäuft bei schwerem sexuellen Missbrauch. Im Falle von körperlicher Misshandlung ließ sich kein bestimmtes „Drogenprofil“ erkennen (Schäfer et al. 2000).

Auch wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Art des erlebten Traumas auf die Schwere der Substanzabhängigkeit auswirkt. Nach Clark et al. (2000)

beispielsweise wirkte sich die Art des Traumas nicht auf die Schwere der Substanzabhängigkeit aus (Clark et al, 2000).

Für den Zusammenhang von PTSD und Substanzabhängigkeit wurden vor allem vier Erklärungsmodelle gefunden.

Einige Forscher gehen davon aus, dass beide Störungsbilder durch eine dritte z.B. **genetische oder Umweltvariable** verknüpft sind. Dieses Erklärungsmodells wird zum Beispiel von der Forschungsgruppe um Breslau vertreten, die sich mit ihrer Längsschnittstudie und zahlreichen Erhebungszeitpunkten über 10 Jahre mit der Neuentstehung von Substanzabhängigkeit nach Erleben eines Traumas mit PTSD befassten (Breslau et al., 2003).

Ein ebenfalls weit verbreiteter und immer wieder zitierter Erklärungsansatz ist die **Selbstmedikationshypothese** (Khantzian, 1997). Demnach versuchen Substanzabhängige mit Hilfe von Substanzen ihre schmerzvollen Gefühlszustände zu regulieren. Es stellt als einen Versuch dar, Probleme der Affektregulation, des Selbstbewusstseins und der Beziehungen zu anderen mit Substanzen in den Griff zu bekommen (Khantzian, 1997).

Clark et al. (2000) vermuten, dass Traumaerleben und Substanzabhängigkeit einander verstärken oder bedingen. So führt ihrer Meinung nach einerseits Substanzmissbrauch zu einem erhöhten Risiko ein Trauma zu erleben bzw. eine PTSD zu entwickeln. Andererseits erhöht die PTSD-Symptomatik das Risiko substanzabhängig zu werden. Die Autoren gehen von einer **Wechselwirkung**, bzw. von einem Verstärkungskreislauf von PTSD und Sucht aus. PTSD erhöht demnach die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit.

Substanzabhängigkeit ihrerseits erhöht das Risiko ein Trauma zu erleben (Clark et al., 2000).

Andere Autoren wiederum gehen davon aus, dass **Substanzabhängigkeit an sich** das Risiko ein Trauma zu erleben erhöht. Allein die Beeinträchtigung durch akute Intoxikation und die daraus resultierende verringerte Urteilsfähigkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit ein Trauma zu erleben. Außerdem birgt das tägliche Leben und der Lebensstil Substanzabhängiger, ihr soziales Umfeld, und die meistens mit der Sucht einhergehende Beschaffungskriminalität oder Obdachlosigkeit deutliche Risiken einer Traumatisierung (Reynolds et al., 2005).

Einige Autoren, darunter auch Clark et al. (2000) gehen weiters davon aus, dass die PTSD Symptomatik, die durch Substanzkonsum gedämpft wurde nach dem Entzug wieder verstärkt in den Vordergrund rückt (Clark et al., 2000).

Da das gemeinsame Auftreten von PTSD und Substanzabhängigkeit im angloamerikanischen Raum bereits erforscht wurde, im deutschsprachigen Raum jedoch nur wenige Untersuchungen in diesem Bereich vorliegen, scheint es sinnvoll die Ergebnisse auch für den deutschsprachigen Raum zu prüfen.

2.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Es hat sich gezeigt, dass die Posttraumatische Belastungsstörung nicht die einzige Traumafolgestörung ist (Flatten et al., 2001).

Eine Vielzahl von Traumaforschern kamen zu dem Ergebnis, dass das Erleben eines Traumas nicht nur eine akut anschließende Posttraumatischen Belastungsstörung zur Folge haben kann, sondern in vielen Fällen, vor allem bei chronischer oder sehr früher Traumatisierung sehr lang andauernde, chronische und komplexe Symptome mit sich bringen kann (Van der Kolk et al., 2005, Roth et al., 1997; Barnow et al., 2005).

Im deutschsprachigen Raum spricht man im Fall komplexerer, länger andauernder Traumafolgesymptomatik von Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastungen (Dilling et al., 2005).

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nach ICD-10:

- Kann **nach extremen Belastungen** oder **langanhaltender Lebensbedrohung** auftreten Zum Beispiel: nach Erlebnissen im Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen (Geiselnahme, Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr)
- Sie geht mit unangepasstem Verhalten und Beeinträchtigung in zwischenmenschlichen, sozialen und beruflichen Beziehungen einher
- Merkmale: Feindliche, misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, chronisches Gefühl

der Nervosität, wie bei ständigem Bedrohtsein, Entfremdung

- Eine PTSD kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorangehen. Sie kann sich jedoch auch ohne vorangegangene PTSD entwickeln.

Abbildung 3: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nach ICD 10

Im angloamerikanischen Raum wird hingegen von komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung oder von „Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (Van der Kolk, 2005; Pelcovitz et al., 1997), auch kurz DESNOS genannt, gesprochen.

Ähnlich der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen handelt es sich dabei um eine umfassendere persistierende Folgestörung, die tiefer in der Persönlichkeit verankert ist und somit auch einer umfassenderen Behandlung bedarf (Van der Kolk, 2005). Wird bei PTSD mitunter direkt an der Traumasymptomatik gearbeitet, so liegt bei der Behandlung komplexerer Traumafolgestörungen vorerst die Stabilisierung der Affektregulation und das Wiedererlangen des Vertrauens in andere Menschen, sowie eine Bearbeitung der Dissoziation im Vordergrund (Van der Kolk et al., 2005; Briere & Spinazzola, 2005; Luxenberg, 2001; Sack, 2004; Jongedijk et al., 1996).

Im Vordergrund komplexer Traumafolgesymptomatik steht die Veränderung in der Regulation von Affekten und Impulsen, die Veränderung in Aufmerksamkeit und des Bewusstseins, die Veränderung der Selbstwahrnehmung, die Veränderung in Beziehungen zu anderen Menschen, Somatisierung, sowie die Veränderung von Lebenseinstellungen (Van der Kolk et al., 2005; Sack, 2004).

Störung der Regulation von Affekten und Impulsen: (mindestens a und ein Kriterium von b bis f) a. Stimmungsschwankungen mit der Unfähigkeit sich zu beruhigen b. Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen c. Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzungen d. Suizidalität e. Störungen der Sexualität f. Exzessives Risikoverhalten
II. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins: (ein Kriterium von a bis b erfüllt) a. Amnesien b. Dissoziative Episoden und Depersonalisation
III. Störungen der Selbstwahrnehmung: (zwei Kriterien von a bis f erfüllt) a. Unzureichende Selbstfürsorge b. Gefühl dauerhaft zerstört zu sein c. Schuldgefühle d. Scham e. Gefühl isoliert und von der Umwelt abgeschnitten zu sein f. Bagatellisieren von gefährlichen Situationen
IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen: (ein Kriterium von a bis c erfüllt) a. Unfähigkeit zu vertrauen b. Reviktimisierung c. Viktimisierung anderer Menschen
V. Somatisierung: (ein Kriterium von a bis b) a. Somatoforme Symptome b. Hypochondrische Ängste

VI. Veränderung von Lebenseinstellungen:

(ein Kriterium von a bis b)

- a. Fehlende Zukunftsperspektive
- b. Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

Abbildung 4: DESNOS bzw. komplexe PTSD

Van der Kolk et al. (2005) untersuchten in einer DSM-IV Felduntersuchung inwieweit besonders Traumatisierung in der Kindheit oder lang andauernde Traumatisierung zu eben dieser komplexen Traumasymptomatik führen (Van der Kolk et al., 2005). Außerdem wollte die Forschungsgruppe wissen, inwieweit DESNOS Symptomatik auch ohne PTSD auftritt. Untersucht wurden 400 Personen, die aufgrund von traumatischen Erlebnissen psychiatrische Behandlung aufsuchten und 128 Personen aus Telefonumfragen, die „schweren“ traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren. DESNOS-Symptome wurden mittels eines eigens dafür konstruierten Verfahren, dem Strukturierten Interview für Disorders of Extreme Stress (SIDES) (Pelcovitz et al., 1997) erfasst. Es zeigte sich, dass Personen, die ein Trauma erlebt haben in den seltensten Fällen DESNOS entwickeln ohne irgendwann in ihrem Leben auch unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung gelitten zu haben (Van der Kolk, 2005). Zu demselben Ergebnis kam auch Jongedijk et al., die 1996 eine Studie an holländischen Kriegsveteranen durchführten, sowie auch Roth et al. (1997) (Jongedijk et al., 1996; Roth et al., 1997). Jongedijk et al. (1996) fanden in ihrer Stichprobe sogar überhaupt keine Personen die ausschließlich DESNOS-Symptomatik ohne lebenszeitlich aufgetretene PTSD entwickelt hatten (Jongedijk et al., 1996).

Im DSM-IV (Saß et al., 2003) findet sich längerfristige Persönlichkeitsänderung aufgrund von Traumaerfahrungen, da sie aufgrund einer DSM-IV Felduntersuchung (Van der Kolk et al., 2005) als eng mit der PTSD assoziiert verstanden wird unter „zu PTSD zugehörige Merkmale und Störungen“ (Saß et al., 2003).

Auch konnte die Forschergruppe um Van der Kolk belegen, dass besonders frühe und interpersonelle Gewalt mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu komplexer Posttraumatischer Belastungssymptomatik führt. Eine Tendenz ergab sich auch dahingehend, dass länger andauernde, wiederholte Traumatisierung eher zu sowohl Posttraumatischer Belastungsstörung als auch zu DESNOS Symptomatik führt (Van der Kolk et al., 2005).

Auch Barnow et al. (2005) kamen zu dem Ergebnis, dass Personen mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung - sie untersuchten ausschließlich Borderlinepatienten, die ein Trauma erlebt hatten – signifikant häufiger chronisch andauernde Traumatisierung, wie etwa Geiselhaft, Kriegsgefangenschaft oder wiederholte sexuelle Gewalt erlebt hatten, also Traumata vom Typ II (Typ II Traumata: chronische, langanhaltende Traumatisierung wie Geiselhaft, Kriegsgefangenschaft, kumulative sexuelle oder körperliche Gewalt in Form von Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung oder wiederholter Vergewaltigung, vgl. dazu akute Typ I Traumata: wie Naturkatastrophen, Unfälle, technische Katastrophen, kriminelle Gewalttaten, wie Überfälle etc. nach Terr) (Barnow et al., 2005).

McLean und Gallop (2003) untersuchten ausschließlich Frauen, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten und kamen auch hier zu dem Ergebnis, dass diese bei früherem, intrafamiliärem und chronischem, lang andauerndem sexuellen Missbrauch häufiger sowohl eine Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch eine komplexe PTSD entwickeln (McLean & Gallop, 2003).

Auch Roth et al. (1997) zeigten, dass Frauen die sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung erlebt haben, ein besonders hohes Risiko tragen, eine komplexe PTSD zu entwickeln (Roth et al. 1997).

Alle genannten Untersuchungen zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung wurden mittels SIDES, dem von der DSM-IV Forschungsgruppe um Van der Kolk eigens für die Erhebung des Störungsbildes entwickelten Interview durchgeführt bzw. mit der deutschsprachigen Übersetzung von Sack (Sack & Hofmann, 2005). Im deutschsprachigen Raum existieren im Augenblick noch sehr wenige Untersuchungen zu komplexen Traumafolgen. Forschungsarbeiten, die das Vorliegen der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung bei Substanzabhängigen erheben fehlen zur Gänze.

Eine Vielzahl von Untersuchungen haben ergeben, dass gerade in der Population Substanzabhängiger ein hoher Prozentsatz der Betroffenen Traumata in Form von interpersoneller Gewalt und sexuellem Missbrauch erlebt hat (Schäfer et al., 2000; Brown et al, 1999; Clark et al., 2001 ; Simpson & Miller, 2002). Betrachtet man nun die Tatsache, dass gerade Personen, die frühe, interpersonelle und langandauernde Traumata erlebt haben besonders anfällig sind über eine PTSD hinaus komplexere Traumafolgesymptomatik in Form einer komplexen

Posttraumatischen Belastungsstörung zu entwickeln (Van der Kolk, 2005; Roth et al., 1997; Barnow et al., 2005), so liegt der Schluss nahe, gerade in der Population Substanzabhängiger besonderes Augenmerk auf derartige komplexere Folgestörungen zu legen.

2.3 Traumatisierung in der Kindheit

Wie im letzten Kapitel bereits erwähnt handelt es sich bei Traumatisierungen in der Kindheit vor allem um zwischenmenschlich verursachte Traumata. Aus diesem Grund soll diesem Bereich ein eigenes Unterkapitel gewidmet werden. Gerade derartige Traumata spielen in der Population Substanzabhängiger eine bedeutende Rolle (Schäfer M et al., 2000). Es hat sich gezeigt, dass Kindheitstraumatisierung in dieser Population deutlich häufiger vorkommt als in der Normalbevölkerung (Schnieders et al., 2006). Die meisten Untersuchungen beschäftigten sich in diesem Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher Misshandlung in der Kindheit. Schnieders et al. (2006) fanden in ihrer Stichprobe von 100 Substanzabhängigen in Behandlung 32,5%, die in der Kindheit sexuellen Missbrauch erfahren hatten. Mehr als die Hälfte der Stichprobe gab an körperlich misshandelt worden zu sein (54,2%) (Schnieders et al., 2006). Nach Schäfer et al. (2000) weisen 60% der Substanzabhängigen sexuellen Missbrauch vor dem 16. Lebensjahr auf. 43% hatten körperliche Gewalt in der Kindheit erfahren (Schäfer et al., 2000). Die Schwankungen der Ergebnisse hängen mitunter von unterschiedlich gewählten Definitionen ab. Einige Autoren beschränken sich beispielsweise bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit auf schweren Missbrauch mit physischen

Übergriffen, andere wiederum fassen den Begriff weiter. Schäfer et al. (2000) beispielsweise umschreiben mit den genannten 60% jene Personen, die überhaupt sexuellen Missbrauch erfahren haben und unterscheiden bei diesen schließlich noch genauer zwischen schwerem und weniger schwerem Missbrauch. Nur wenige Studien befassten sich mit anderen Traumatisierungen als sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung in der Kindheit Drogensüchtiger. Schnieders et al. (2006) erfassten zusätzlich Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und familiäre Gewalt. Zwei Drittel gaben an emotional misshandelt worden zu sein (66,3%), ähnlich viele vernachlässigt worden zu sein (67,5%) und die Hälfte berichtete familiäre Gewalt (Schnieders et al., 2006).

Was das gemeinsame Auftreten von Traumatisierungen in der Kindheit und späterer Substanzabhängigkeit betrifft, so kamen verschiedene Autoren zu unterschiedlichen Ergebnissen. Schäfer et al. (2000) untersuchten 100 polytoxikomane Patienten in Suchtbehandlung. Sie fanden bei 79,3% der in der Kindheit sexuell Missbrauchten eine primäre Abhängigkeit von harten illegalen Drogen. In der Gruppe derer, die in der Kindheit nicht sexuell missbraucht wurden, zeigten hingegen 58% primäre Abhängigkeit von „harten“ illegalen Drogen. Die primäre Abhängigkeit von illegalen Substanzen trat signifikant häufiger bei schwerem sexuellen Missbrauch auf, nicht aber bei weniger schwerem. Körperlich Misshandelte unterschieden sich nicht von körperlich nicht Misshandelten hinsichtlich ihres Substanzkonsums. (Interessanterweise fanden Schäfer et al. (2000) keine Geschlechtsunterschiede hinsichtlich der Prävalenz von sexuellem Missbrauch in der Kindheit. In der Population der Substanzabhängigen wurde also im Vergleich zu Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung kein signifikant höherer Anteil missbrauchter Frauen

gefunden. In der Gruppe Substanzabhängiger wurde ebenfalls ein hoher Anteil missbrauchter Männer gefunden (Schäfer et al., 2000).) Andere Autoren (Schnieders et al. ,2006; Ravandal et al., 2001) fanden im Gegensatz dazu keine Unterschiede zwischen Suchtpatienten, die in der Kindheit traumatisiert wurden und solchen, die nicht traumatisiert wurden, hinsichtlich der Schwere der Substanzabhängigkeit. Schnieders et al. (2006) erhoben die Schwere der Substanzabhängigkeit mittels des Addiction Severity Indexes (Gsellhofer et al.,1994) und es ergaben sich keine Unterschiede im Alkohol- und Drogenscore. Sexuell Missbrauchte und körperlich Missbrauchte zeigten einzig signifikant mehr körperliche und psychische Probleme im ASI als Personen ohne sexuelle Missbrauchserfahrung oder körperliche Misshandlung. Suchtpatienten, die körperliche Misshandlung erfahren hatten zeigten zusätzlich mehr Probleme im Bereich ihrer sozialen Beziehungen im ASI. Personen mit emotionalem Missbrauch wiesen eine schwierigere ökonomische Situation auf, aber auch problematischere Sozialbeziehungen und mehr psychische Probleme (Schnieders et al., 2006). Zu ähnlichen Ergebnissen kam Ravandal et al. (2001) in einer Studie an 102 norwegischen Substanzabhängigen in psychiatrischer Behandlung. Zur Erfassung der Traumatisierung wählten sie das Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998), das die fünf Bereiche sexuellen Missbrauch, körperliche Misshandlung, emotionalen Missbrauch, körperliche Vernachlässigung und emotionale Vernachlässigung umfasst. Auch hier zeigte sich, dass sich Traumatisierung in der Kindheit vor allem auf den ASI-Score „psychischer Zustand“ auswirkt. Emotionaler Missbrauch wirkt sich außerdem auch auf den „medizinischen Zustand“ der betroffenen Substanzabhängigen aus, emotionale Vernachlässigung zusätzlich zum „psychischem Zustand“ auf die Qualität der „Familienbeziehung“, also den ASI-

Score Familienbeziehungen. Kein Zusammenhang wurde gefunden zwischen der Kindheitstraumatisierung und der Jahre des IV Gebrauchs, sowie der Jahre des Alkoholgebrauchs. Wie auch bei Schnieders et al. (2006) wurde bei Ravandal et al. (2001) deutlich, dass auch der Schweregrad der Traumatisierung eine Rolle spielt. Schwerer Traumatisierte zeigten auch hier mehr psychische Probleme im ASI (Ravandal et al., 2001). Heffernan et al. (2000) interessierten sich speziell für Opiatabhängigkeit im Zusammenhang mit Traumatisierung in der Kindheit. Dazu befragten sie 763 Personen in psychiatrischer Behandlung. Nur 18 % davon hatten jemals Opiate konsumiert. Alle, die jedoch Opiate konsumiert hatten wiesen schweren Heroingebrauch auf. Patienten mit Kindheitstrauma zeigten mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit Opiatgebrauch, als solche ohne Kindheitstrauma. (63% der Personen mit Kindheitstrauma zeigten starken Heroingebrauch, verglichen dazu 37,5% der Nichttraumatisierten.) Mittels Regressionsanalyse zeigte sich sogar ein dreimal so hohes Risiko einer Opiatabhängigkeit im Falle von Kindheitstraumatisierung. Opiatabhängige mit und ohne Kindheitstrauma unterschieden sich jedoch nicht hinsichtlich ihres Alters beim Erstgebrauch von Opiaten. Auch konsumierten Personen mit einem lebenszeitlich aufgetretenen schweren Opiatgebrauch und erlebtem Trauma in der Kindheit nicht auch insgesamt mehr Drogen als nichttraumatisierte Opiatabhängige. Heffernan et al. (2000) interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass sie biologisch begründete Hypothesen unterstützen, die davon ausgehen, dass Hyperarousal Symptome durch den Opiatgebrauch gedämpft werden sollen. Sie weisen darauf hin, dass Suchtpatienten auf ihre Traumatisierungen hin untersucht bzw. diagnostiziert werden sollten. Außerdem merken sie an, dass Kindheitstrauma zu chronischer Übererregtheit und Defiziten in der Affektregulation führen kann und der

vermehrte Konsum von Opiaten bei Traumatisierten einen Versuch darstellen könnte, diese Affekte durch Substanzen unter Kontrolle zu bekommen (Heffernan et al., 2000). Triffleemann et al. (1995) untersuchten ebenfalls den Zusammenhang zwischen Traumatisierung in der Kindheit und späterer Substanzabhängigkeit. Zu ihren Untersuchungen zogen sie einerseits den Drogencomposite Score des Addiction Severity Indexes (Gsellhofer et al., 1994) heran, als auch das Strukturierte Klinische Interview Achse I (SCID I) (Wittchen et al., 1997) Substanzabhängigkeitsmodul. Interessanterweise zeigte sich bei den Autoren, dass 12 % der Varianz der Substanzabhängigkeit gemessen durch das SCID I Modul durch Traumatisierung in der Kindheit erklärt werden kann. Kein Zusammenhang zeigte sich jedoch zwischen ASI Drogenscore und Traumatisierung in der Kindheit (Triffleemann et al., 1995). Davids et al. (2006) gaben wie auch Ravandal et al. (2001) das Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) vor. Ihre Stichprobe bestand aus 69 Substanzabhängigen in Substitutionsbehandlung. Ein Drittel der Stichprobe zeigte auffällige CTQ Werte. Personen mit auffälligem CTQ Wert zeigten signifikant mehr dissoziales Verhalten. Allerdings unterschieden sich Substanzabhängige mit auffälliger Traumatisierung in der Kindheit nicht von solchen mit unauffälligen Kindheitstraumawerten hinsichtlich des Drogeneinstiegsalters. Am häufigsten traten auffällige Werte in den Bereichen emotionale und physische Vernachlässigung auf. 27,5 % der Stichprobe waren auffällig körperlich vernachlässigt und 26,1% auffallend emotional vernachlässigt (Davids et al., 2006). Medrano et al. (1999) beschäftigte sich mit der Traumavergangenheit von aktiv Drogenabhängigen Frauen. 181 substanzabhängige Frauen wurden ebenfalls mittels Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998) hinsichtlich ihrer Traumavergangenheit befragt. 60% der süchtigen Frauen gaben an in der Kindheit

sexuell missbraucht worden zu sein, 55% waren körperlich misshandelt worden, 46% emotional missbraucht, 83% wurden emotional vernachlässigt und 60% körperlich vernachlässigt. 18,8% davon gaben an eine der fünf Missbrauchs- oder Vernachlässigungsformen erlebt zu haben, 20,4% gaben an, dass zwei auf sie zutreffen, 15,5% drei, 25,4% erlebten vier und 19,3 alle fünf erfassten Traumatisierungen (Medrano et al., 1999).

2.4 Exekutivfunktionen bei traumatisierten Substanzabhängigen

Die meisten Untersuchungen zu PTSD und neurobiologischen Fähigkeiten zeigten eine Verschlechterung bei Lernen und Gedächtnis (Bustamante et al., 2001, Gilbertson et al., 2001, Sachinvala et al., 2000), aber auch bei Aufmerksamkeit (Brandes et al., 2002; Stein et al., 2002; Vasterling et al., 1998) und Exekutivfunktionen (Kanagaratnam & Asbjornsen, 2006; Gilbertson et al., 2001; Sutker et al., 1995).

Es gibt jedoch unterschiedliche Ergebnisse, vor allem Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben zeigen keinen Einfluss von Trauma auf die kognitive Leistungsfähigkeit (Twamley et al. 2004).

Schon die Tatsache, dass die Posttraumatische Belastungsstörung mit Intrusionen, also sich aufdrängenden Bildern, Erinnerungen und Flashbacks, aber auch mit Nichterinnern oder Verdrängen des traumatischen Ereignisses einhergeht legt eine geringere Gedächtnisleistung bzw. eine verringerte Konzentration nahe. In einer

Untersuchung von Brandes et al. (2002) zeigte sich für Personen mit stärkerer PTSD-Symptomatik neben geringerer **Aufmerksamkeit** auch eine niedrigere **Intelligenz**. Traumabetroffene mit stärkerer PTSD-Symptomatik erzielten allerdings keine schlechteren Leistungen beim Lernen oder im Bereich des verbalen Gedächtnisses. Erfasst wurde die kognitive Leistung zehn Tage nach dem traumatischen Ereignis und demnach nur frühe Traumasymptomatik. Es wäre also auch denkbar, dass die Symptomatik wieder nachlässt, die kognitive Leistung sich wieder verbessert oder sich erst später das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt und damit weitere kognitive Defizite (Brandes et al. 2002).

Bustamante et al. (2001) fanden im Gegenzug dazu Defizite in einzelnen Teilen des **verbalen Gedächtnisses** bei Personen mit PTSD. Sie untersuchten ebenfalls Traumapatienten, einerseits kurz nach dem belastenden Ereignis und andererseits sechs Wochen später. Kurz nach dem Ereignis konnte kein Zusammenhang zwischen der Schwere des traumatischen Ereignisses und der kognitiven Leistung nachgewiesen werden. Erst beim zweiten Erhebungszeitpunkt, sechs Wochen später erzielten Personen mit schwerer PTSD schlechtere Leistungen im Bereich des verbalen Lernens. Die Autoren gehen davon aus, dass verbale Gedächtnisleistung mit dem Prozess der Verarbeitung oder Aufrechterhaltung posttraumatischer Reaktion zusammenhängt (Bustamante et al., 2001). Einige Autoren, wie beispielsweise Vasterling et al. (1998) gehen davon aus, dass Traumapatienten Probleme mit der Regulation von Informationen im Gedächtnis haben und sich schwer tun irrelevante Informationen zu hemmen (Vasterling et al., 1998).

Stein et al. (2002) führten eine Untersuchung an Frauen mit Gewalterfahrungen durch den Partner durch und erhielten schlechtere Leistungen hinsichtlich ihrer **Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und Exekutivfunktionen** im Vergleich zu Frauen ohne diese Erfahrungen. Es machte jedoch keinen Unterschied, ob die Frauen noch zusätzlich zur Traumaerfahrung eine PTSD entwickelt hatten (Stein et al. 2002).

Gilbertson et al. wiederum gaben in ihrer Studie von 2001 an, dass Kriegsveteranen mit PTSD im WCST signifikant mehr Perseverationsfehler aber auch andere Fehler machen, also schlechtere Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen erzielen, als Kriegsveteranen ohne PTSD (Gilbertson et al., 2001).

Twamley et al. (2004) führten eine Untersuchung an einer nicht-klinischen Stichprobe von College-Studenten durch und fanden bei Traumatisierten mit und ohne PTSD keine Unterschiede hinsichtlich Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis, psychomotorische Geschwindigkeit, Wortgenerierung und Exekutivfunktionen im Vergleich zu Personen ohne traumatische Erlebnisse. Das sich Traumabetroffene mit und ohne PTSD nicht von nicht Traumatisierten unterscheiden, lässt annehmen, dass College-Studenten mit Trauma, unabhängig von PTSD Symptomen, kognitiv stabil sind. Bei College-Studenten handelt es sich also wahrscheinlich um eine im Fall eines Traumas oder einer PTSD kognitiv resistenter Gruppe (Twamley et al. 2004). Unklar bleibt, ob dieses Ergebnis auch für klinische Populationen Substanzabhängiger gilt.

Bisher mangelt es an Untersuchungen, die sich mit der kognitiven Leistung traumatisierter Substanzabhängiger beschäftigen. Bisherige Studien lassen jedoch darauf schließen, dass Personen mit Traumaerfahrung Defizite in ihrer kognitiven Leistung aufweisen. Welche Defizite hier zu finden sind mag mitunter auch mit der Stichprobe variieren. In manchen Untersuchungen wurden mehr Leistungseinbußen im Bereich der Exekutivfunktionen und Aufmerksamkeit gefunden, in anderen wiederum eher hinsichtlich Gedächtnis oder Lernen. Studenten beispielsweise erwiesen sich als resistenter gegenüber kognitiven Einbußen im Falle eines Traumas (Twamley et al., 2004), Frauen mit Gewalterfahrungen zeigten geringere Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit und dem Arbeitsgedächtnis (Stein et al., 2002), Kriegsveteranen, wie sie beispielsweise von Vasterling et al. (1998, 2002) untersucht wurden, ließen Schlüsse auf eine geringere Aufmerksamkeit und eine schlechtere Gedächtnisleistung bei Traumaopfern schließen (Vasterling et al., 1998, 2002). Bustamete et al. (2002), die in ihrer Stichprobe einen hohen Anteil an Unfallopfern hatten, fanden hier Probleme bei Gedächtnis und Lernen (Bustamate et al., 2002): Breitgefächertere Stichproben wie sie beispielsweise von Brandes et al. (2002) mit Traumaopfern von Unfällen, interpersoneller Gewalt, wie Vergewaltigung oder Misshandlung und Terroropfern zeigten vor allem Einbußen im Bereich Aufmerksamkeit (Brandes et al., 2002).

Da bisherige Untersuchungen vermuten lassen, dass gerade in der Population Substanzabhängiger, besonders viele Traumaopfer zu finden sind, speziell im Bereich der interpersonellen Traumata und zu erwarten ist, dass auch hier kognitive Leistungseinbußen aufgrund der Traumatisierung zu finden sind, ganz unabhängig von möglichen Verschlechterungen der Leistung aufgrund des Substanzkonsums,

erscheint es besonders sinnvoll gerade diese Population auf mögliche Einbußen im kognitiven Bereich zu untersuchen.

Kognitive Leistungseinschränkungen aufgrund von Traumatisierung könnten also zusätzlich zu möglichen Einbußen aufgrund des langjährigen Alkohol- und Drogenkonsums hinzukommen. In den meisten Untersuchungen, wie z.B. auch bei Stein et al. (2002), wurde gerade die Population Substanzabhängiger ausgeklammert, um mögliche Leistungseinbußen aufgrund des Substanzkonsums oder der Substanzabhängigkeit auszuschließen. Besonders interessant scheint auch gerade deshalb eine Untersuchung, die überprüft, ob sich Substanzabhängige mit PTSD von solchen ohne PTSD hinsichtlich ihrer kognitiven Leistung unterscheiden.

Auch betonen Stein et al. (2002), dass einerseits Einschränkungen der Exekutivfunktionen bei Opfern von interpersoneller Gewalt wahrscheinlich sind, andererseits möglicherweise zusätzliche Maßnahmen erforderlich machen (Stein et al., 2002). So wäre es beispielsweise denkbar, dass Personen mit verringerter Perseverationsleistung im Bereich der Exekutivfunktionen, jene Personen also, die dazu neigen einmal gewählte Strategien beizubehalten, auch Situationen der interpersonellen Gewalt aufrechterhalten (Stein et al., 2002).

Sollte es auch bei traumatisierten Substanzabhängigen mit PTSD zu Defiziten im Bereich der Exekutivfunktionen kommen, könnten zur regulären traumabezogenen Therapie zusätzlich Maßnahmen angeboten werden, die den Betroffenen helfen, derartige Defizite zu kompensieren.

2.5 Komorbide Störungen bei traumatisierten

Substanzabhängigen

Trauma und Traumafolgestörungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung treten häufig mit anderen psychischen Störungsbildern gemeinsam auf (Maes et al., 2000; Kilpatrick et al., 2003; Brady et al., 2000).

Bei einer Untersuchung von Breslau et al. (2000) zeigte sich, dass für Personen mit PTSD ein erhöhtes Risiko für Depression besteht verglichen mit Personen, die zwar ein Trauma erlebt hatten, aber keine PTSD entwickelten. In ihrer Längsschnittuntersuchung zeigten Breslau et al. (2000), dass Personen, die noch nie eine Depression hatten nach dem Erleben eines Traumas mit darauffolgender PTSD im Vergleich zu Personen mit Trauma ohne PTSD ein signifikant höheres Risiko tragen eine zusätzliche Major Depression erstmalig zu entwickeln (Breslau et al., 2000).

Auch in der Population Substanzabhängiger zeigen sich bei von PTSD betroffenen Personen mit der Doppeldiagnose Sucht und Posttraumatische Belastungsstörung signifikant häufiger zusätzliche komorbide Störungsbilder als bei Substanzabhängigen ohne PTSD (Wasserman et al., 1997 ; Clark et al., 2001; Reynolds et al., 2004 ; Read et al., 2004 ; Brown et al., 1999).

Forschungsarbeiten zur komorbiden Störungen bei traumatisierten Substanzabhängigen haben gezeigt, dass Drogenabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung zusätzlich auch **depressiver** sind als Süchtige ohne eine

derartige Traumafolgestörung (Villagomez et al., 1995; Clark et al., 2001). Nach Clark et al. (2001) weisen methadonsubstituierte Opiatabhängige mit PTSD häufiger auch komorbide depressive Störungen auf. 46% der Substitutionspatienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung waren ebenfalls depressiv. In der Gruppe der Opiatabhängigen ohne PTSD waren es dagegen nur 14% (Clark et al., 2001). Auch andere Untersuchungen von Substanzabhängigen mit PTSD zeigen eine hohe Prävalenz depressiver Symptomatik. Bei einer Untersuchung an 752 methadonsubstituierten Opiatabhängigen von Villagomez et al. (1995) zeigte sich bei 107 Personen eine zusätzlich lebenszeitlich aufgetretene PTSD, also bei 14%. Von diesen litten 38,3% auch an einer zusätzlichen Depression. Von Methadonsubstituierten ohne PTSD hingegen waren nur 9,2% von einer zusätzlichen Depression betroffen. Opiatabhängigen mit PTSD litten also signifikant häufiger auch an zusätzlichen Depressionen als solche ohne PTSD (Villagomez et al., 1995).

Neben der hohen Prävalenz komorbider Depression bei Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und der Diagnose einer Substanzabhängigkeit treten ebenfalls häufig zusätzliche Angststörungen auf. In einer Vielzahl von Forschungsarbeiten wurden neben PTSD und Substanzabhängigkeit sowohl zusätzliche Affektive- als auch Angststörungen gefunden (Wassermann et al., 1997, Read et al., 2004, Brown et al., 1999).

Wasserman et al. (1997) untersuchten 450 Kokainabhängige und fanden bei Behandlungssuchenden mit lebenszeitlich aufgetretener PTSD vermehrt zusätzliche psychiatrische Belastung in Form von lebenszeitlich aufgetretenen komorbiden Störungsbildern wie Depression, Manie oder Phobien. Dasselbe ergab sich bei

spezieller Betrachtung der aktuellen Störungsbilder. Auch hier zeigte sich, dass Personen mit aktueller PTSD ein erhöhtes Risiko tragen an zusätzlicher Depression, Manie oder Phobie zu leiden (Wassermann et al., 1997). Auch eine Untersuchung von Read et al. (2004) ergab, dass Patienten mit Substanzabhängigkeits- und PTSD Diagnose signifikant häufiger sowohl zusätzliche komorbide affektive Störungen als auch Angststörungen aufweisen. Brown et al. (1999) konnten ebenfalls belegen, dass PTSD-SUD (Substance Use Disorder) Patienten signifikant mehr komorbide Achse-I-Störungen aufweisen. Untersucht wurden von ihnen ausschließlich Affektive- und Angststörungen. Es zeigte sich, dass Suchtpatienten mit PTSD signifikant häufiger auch Major Depression, Bipolare Störungen und Panikstörungen aufweisen (Brown et al., 1999). In einer australischen Studie an Heroinabhängigen ergab sich im Falle einer PTSD ein doppelt so hohes Risiko einer zusätzlichen aktuellen Depression. Dasselbe galt auch für lebenszeitlich verübte Suizidversuche und Suizidversuche im letzten Jahr. Neben dem erhöhten Risiko einer komorbiden Depression zeigte die Untersuchung auch, dass von PTSD betroffene Heroinabhängige auch wahrscheinlicher eine zusätzliche Borderline-Persönlichkeitsstörung, sowie eine antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen. 62% der Heroinabhängigen mit PTSD hatten eine zusätzliche Borderline-Persönlichkeitsstörung, hingegen nur 34% der Süchtigen ohne PTSD (Mills et al., 2005). Najavits et al. (1998) untersuchten eine Stichprobe substanzabhängiger Frauen mit PTSD Diagnose und fanden ebenfalls eine hohe Prävalenz zusätzlicher komorbider Persönlichkeitsstörungen. So hatten 65% der Frauen mindestens eine komorbide Persönlichkeitsstörung. Mit 47% war die bei den Frauen am häufigsten auftretende Achse-II-Störung die Paranoide Persönlichkeitsstörung. 29% wiesen zusätzlich zur PTSD und Sucht eine

Borderline-Persönlichkeitsstörung auf und 24% eine Dependente Persönlichkeitsstörung, um hier nur die häufigsten zu nennen (Najavits et al., 1998). Unklar bleibt in dieser Untersuchung allerdings, ob bei traumatisierten Frauen mit PTSD und Suchtdiagnose mehr zusätzliche Persönlichkeitsstörungen auftreten, als sie in einer Gruppe von substanzabhängigen Frauen ohne PTSD vorkommen würde. Um diese Frage zu klären hätte es einer Vergleichsgruppe bedurft. In einer Untersuchung von Teegen und Zumbeck (2000) unterschieden sich traumatisierte und nicht traumatisierte Substanzabhängige hinsichtlich der Gesamtanzahl komorbider Störungen, aber auch bezüglich ihrer Depression, ihrer zusätzlichen Angststörungen, sowie bezüglich ihrer komorbiden Dissoziativen Störungen und Borderline Persönlichkeitsstörungen (Teegen und Zumbeck, 2000).

Dissoziative Störungen und dissoziative Symptome werden ebenfalls immer wieder mit Trauma und Traumafolgestörungen wie der PTSD in Verbindung gebracht (Brady et al, 2000). Schon während dem Trauma beschreiben Patienten dissoziative Phänomene, wie das Gefühl zu haben den Körper zu verlassen und sich von außen zu beobachten (Somer, 2003). Es scheint also naheliegend, dass dissoziative Symptome auch nach dem akuten Trauma bestehen. In einer israelischen Studie wurde von Somer et al. (2003) untersucht, inwieweit mit Trauma auch Dissoziative Störungen einhergehen. Befragt wurden 102 Heroinabhängige in Behandlung. Es ergab sich, dass mit der Höhe des Traumawertes auch die Dissoziationswerte stiegen. Die Traumawerte bei Substanzabhängigen in Behandlung wirken sich nach Somer et al. (2003) direkt auf die aktuelle Dissoziation aus (Somer et al., 2003).

Nach Reynolds et al. (2004) zeigten sich bei substanzabhängigen PTSD Patienten signifikant **höhere Psychotizismuswerte** im Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993) (Reynolds et al., 2004).

Das erhöhte Risiko zusätzlicher psychiatrischer Erkrankungen könnte auch einen Effekt auf den Verlauf und Ausgang der PTSD haben, aber auch auf den Erfolg der Suchtbehandlung (Read et al., 2004). In diesem Zusammenhang erscheint es also besonders wichtig auch komorbide Störungsbilder bei traumatisierten Substanzabhängigen mit PTSD zu erheben.

3 Zielsetzungen, Fragestellungen und Hypothesen

3.1 Zielsetzung

Ziel der Untersuchung ist es zu überprüfen, ob sich Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung von Substanzabhängigen ohne Posttraumatische Belastungsstörung hinsichtlich der Schwere ihrer Substanzabhängigkeit unterscheiden.

Darüber hinaus soll ebenfalls untersucht werden, ob sich Substanzabhängige mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung von solchen ohne komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung hinsichtlich der Schwere ihrer Substanzabhängigkeit unterscheiden. Speziell soll für die Population Substanzabhängiger auch erhoben werden, ob in der Kindheit Traumatisierte schwerer abhängig sind, als andere Substanzabhängige ohne diese Erfahrung. Außerdem gilt es herauszufinden, ob sich Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung von Substanzabhängigen ohne PTSD hinsichtlich ihrer Exekutivfunktionen unterscheiden. Und schließlich soll zusätzlich untersucht werden, ob Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung mehr andere komorbide Störungsbilder aufweisen.

3.2 Fragestellung

Als zentrale Fragestellung der Untersuchung soll überprüft werden, wie sich Posttraumatische Belastungsstörungen bei Substanzabhängigen auf die Schwere der Substanzabhängigkeit auswirken? Zeigen Substanzabhängige mit PTSD eine schwerere Abhängigkeit?

Um Auswirkungen von Trauma und PTSD auf Substanzabhängigkeit noch genauer zu beleuchten, soll zusätzlich geprüft werden, ob Substanzabhängige mit komplexer PTSD, also tiefergreifender, komplexerer Traumafolgesymptomatik, eine schwerere Substanzabhängigkeit zeigen, als solche ohne komplexe PTSD. Zusätzlich soll überprüft werden, ob es einen Zusammenhang speziell zwischen Traumatisierung in der Kindheit und der Schwere der Substanzabhängigkeit gibt. Weiters stellt sich die Frage, ob Substanzabhängige mit PTSD schlechtere Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen erzielen als andere Substanzabhängige. Außerdem soll die Frage geklärt werden, ob Substanzabhängige mit PTSD auch mehr komorbide Störungsbilder aufweisen als andere Substanzabhängige, also ob sie einerseits depressiver sind, oder zusätzlich häufiger dissoziative Symptome oder komorbide Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

3.3 Hypothesen

3.3.1 Hypothesen zu Trauma, Posttraumatischer Belastungsstörung und der Schwere der Substanzabhängigkeit:

H1 1: Suchtpatienten mit unterschiedlichem **Traumastatus** (kein Trauma, Trauma alleine [Kriterium A], lifetime PTSD, aktuelle PTSD) unterscheiden sich hinsichtlich der **Schwere der Substanzabhängigkeit**.

(UV: Traumastatus; AV: Schwere der Substanzabhängigkeit) ¹

H1 2: Suchtpatienten mit **aktueller PTSD** unterscheiden sich von Suchtpatienten **ohne aktueller PTSD** hinsichtlich der **Schwere der Substanzabhängigkeit**.

(UV: aktuelle PTSD; AV: Schwere der Substanzabhängigkeit)

3.3.2 Hypothesen zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung und der Schwere der Substanzabhängigkeit:

H1 3: Suchtpatienten **mit aktueller komplexer PTSD** unterscheiden sich von Suchtpatienten **ohne aktueller komplexer PTSD** hinsichtlich der **Schwere ihrer Substanzabhängigkeit**.

(UV: komplexe PTSD; AV: Schwere der Substanzabhängigkeit)

¹UV : unabhängige Variable ; AV : abhängige Variable

3.3.3 Hypothesen zu Traumatisierung in der Kindheit und der Schwere der Substanzabhängigkeit:

H1 4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen **Traumatisierung in der Kindheit** und der **Schwere der Substanzabhängigkeit**.

(UV: Traumatisierung in der Kindheit; AV: Schwere der Substanzabhängigkeit)

3.3.4 Hypothesen zu Exekutivfunktionen bei traumatisierten Substanzabhängigen:

H1 5 Suchtpatienten mit unterschiedlichem **Traumastatus** unterscheiden sich hinsichtlich ihrer **Exekutivfunktionen**.

(UV: Traumastatus; AV: Exekutivfunktionen)

H1 6: Suchtpatienten mit **aktueller PTSD** unterscheiden sich von Suchtpatienten **ohne aktueller PTSD** hinsichtlich ihrer **Exekutivfunktionen**.

(UV: aktuelle PTSD; AV: Exekutivfunktionen)

H1 7: Suchtpatienten **mit aktueller komplexer PTSD** unterscheiden sich von Suchtpatienten **ohne aktueller komplexer PTSD** hinsichtlich ihrer **Exekutivfunktionen**.

(UV: komplexe PTSD; AV: Exekutivfunktionen)

3.3.5 Hypothesen zu komorbiden Störungen bei traumatisierten

Substanzabhängigen:

H1 8: Suchtpatienten mit unterschiedlichem **Traumastatus** (PTSD lifetime/aktuell; keine PTSD) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer **komorbiden Dissoziation**.

(UV: Traumastatus; AV: Dissoziation)

H1 9: Suchtpatienten mit unterschiedlichem **Traumastatus** (PTSD lifetime/aktuell; keine PTSD) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer **komorbiden Depression**.

(UV: Traumastatus; AV: Depression)

H1 10: Suchtpatienten mit unterschiedlichem **Traumastatus** (PTSD lifetime/derzeit; keine PTSD) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer **komorbiden Persönlichkeitsstörungen**.

(UV: Traumastatus; AV: Persönlichkeitsstörung)

4 Empirischer Teil

4.1 Methode

4.1.1 Untersuchungsplan und intendierte Stichprobe

Geplant war die Untersuchung einer klinischen Stichprobe von 50-100 Personen in stationärer Suchtbehandlung an der Abteilung V des Anton Proksch Instituts, der Drogenabteilung. Die Erhebungen sollten an nichtsubstituierten, völlig abstinenter Suchtpatienten im Rahmen eines einjährigen stationären Langzeittherapieaufenthalts stattfinden. Der Entzug der Suchtpatienten erfolgt örtlich getrennt, im Rahmen der Vorbereitung auf die Langzeittherapie. Durch die zum Zeitpunkt der Erhebung schon abgeschlossene Entzugsphase ist demnach kein Einfluss der Entzugssymptomatik auf die Testung zu erwarten. Die Personen würden voraussichtlich im Alter von 16-60 Jahren sein. Geplant waren drei Untersuchungseinheiten. Die erste Untersuchungseinheit sollte eine psychopathologische Diagnoseeinheit durch das Strukturierte Klinische Interview nach DSM-IV (Wittchen et al., 1997) mit einer Dauer von voraussichtlich eineinhalb Stunden darstellen. Eine zweite Untersuchungseinheit würde die Testung der Exekutivfunktionen der Patienten durch den Wisconsin Card Sort Test (Drühe-Wienholt und Wienholt, 1998) mit einer Dauer von etwa 30 Minuten darstellen und eine dritte Einheit die restlichen Interviews und Fragebögen enthalten. Dazu gehören drei weitere Interviews, einerseits das Strukturierte Klinische Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (Fydrich et al., 1997) mit einer Länge von etwa 30 Minuten und andererseits der Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) zur Erfassung der Schwere der Substanzabhängigkeit, das auch ca. 30

Minuten benötig, sowie das Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (Sack & Hofmann, 2005) mit der Durchführungsdauer von ebenfalls einer halben Stunde. Darüber hinaus sollten Fragebögen vorgegeben werden. Darunter die Impact of Event Scale (Maerker & Schützwohl, 1998) zur Ermittlung aktueller Posttraumatischer Belastungsstörungen, mit einem zeitlichen Umfang von etwa 15 Minuten, die deutschsprachige Version des Childhood Trauma Questionnaire (Gast et al., 2001) mit einer Dauer von ca. 10 Minuten, das Becks Depressionsinventar (Hautzinger et al., 1994) mit einer Durchführungszeit von etwa 10-15 Minuten und der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (Spitzer et al., 1999) mit einer Durchführungszeit von 15 Minuten. Die Fragebögen sollten eventuell, wenn möglich im Rahmen der an der Station durchgeführten Eingangstestung der Patienten mit vorgegeben werden. Geplant war weiters eine gemeinsame Datenerhebung mit Frau Mag. Doris Schmid und Mag. Conny Schütz, die im Rahmen ihrer Dissertation ebenfalls plante mit einem Teil der genannten Fragebögen zu arbeiten und für ihre Untersuchung ebenfalls das Klinische Interview I und II benötigte. Geplant war weiters eine Durchführungsdauer bis zu fünf Monaten, bei einem Beginn mit Januar 2007.

4.1.2 Erhebungsinstrumente

Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung wurden erhoben durch das PTSD Modul des Strukturierten Klinischen Interviews nach DSM-IV (SCID I) (Wittchen et al., 1997), die Impact of Event Scale (IES-R) (Maerker & Schützwohl, 1998), das Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS) (Sack & Hofmann, 2005), sowie der deutschsprachigen Version des Childhood Trauma Questionnaire (Gast et al., 2001).

Das **PTSD Modul** des Strukturierten Klinischen Interviews (Wittchen et al., 1997) erfragt lebenszeitlich aufgetretene traumatische Erlebnisse der untersuchten Person. Für alle angegebenen Traumata wird überprüft, ob sie den DSM-IV-Kriterien (Vorhandensein eines Kriterium A Traumas) entsprechen. Werden mehrere Traumata angegeben so wird zusätzlich festgehalten, welches der Ereignisse für die Person am belastendsten war. Für das belastendste Ereignis, oder im Falle mehrerer stark belastender Ereignisse wird das Darauffolgen einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV anhand der Kriterien B (Intrusionen), C (Vermeidung) und D (Hyperarousal) überprüft, sowie das Persistieren der Symptomatik über mindestens einen Monat und die Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen Lebensbereichen. Festgehalten wird ebenfalls der Beginn der PTSD, sowie auch, ob die Kriterien einer Posttraumatische Belastungsstörung im vergangenen Monat nach wie vor erfüllt sind. So kann am Diagnoseblatt schließlich das Vorhandensein einer lebenszeitlich aufgetretenen PTSD (lifetime PTSD) und das Vorhandensein einer aktuell vorherrschenden PTSD (PTSD aktuell) festgehalten werden. Es erstellt somit eine Diagnose sowohl im Längs- als auch im Querschnitt. Das PTSD-Modul des Strukturierten Klinischen Interviews wurde ausgewählt, da es einerseits das Vorhandensein eines Traumas nach DSM-IV Kriterien erfasst, als auch vermerkt, ob anschließend eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt wurde und sich somit optimal zur Bildung der intendierten Traumastatusgruppen (kein Trauma, Trauma ohne PTSD, Trauma mit PTSD lifetime, Trauma mit PTSD derzeit) eignet. Es kann also gut untersucht werden, wie sich Personen ohne Trauma im Vergleich zu Personen mit Trauma, oder sogar zu Personen mit Trauma und PTSD verhalten

bzw. sich von ihnen unterscheiden. Weiters verfügt es über langjährige Anwendung in klinischer Praxis und Forschung und wurde bereits ausführlich validiert (Wittchen H.U., Zaudig M., Fydrich T. ,1997).

Bei der deutschen Version der **Impact of Event Skala** von Maercker und Schützwohl (1998) handelt es sich um einen klinischen Selbstbeurteilungsfragebogen mit dem einerseits die Diagnose einer aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden kann, und andererseits die PTSD Symptomatik anhand der drei Skalen Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal in den letzten 7 Tagen noch genauer betrachtbar wird. Es handelt sich bei dem Instrument um die deutschsprachige Übersetzung der überarbeiteten „Impact of Event Scale“ von Horowitz et al. (1979), der Impact of Event Scale-Revised von Weiss und Marmar (Weiss & Marmar, 1996). Zu Beginn wird vom Probanden ein traumatisches Ereignis angegeben, auf das er sich im Weiteren bei der Beantwortung der folgenden 22 Items bezieht. Ein Beispiel dafür wäre das Item: „Ich konnte nicht einschlafen, weil ich immer dieses Ereignis vor mir hatte.“ Der Fragebogen enthält ein vierstufiges Antwortformat von „überhaupt nicht“ über „selten“ und „manchmal“ bis „oft“. Maercker und Schützwohl geben eine insgesamt zufriedenstellende Reliabilität, Validität und diagnostische Sensitivität an. Interne Konsistenzen lagen bei $\alpha = 0,90$ für die Skala Intrusion, $\alpha = 0,90$ für die Skala Übererregung und $\alpha = 0,90$ für die Skala Übererregung. Die Retestreliabilität ergab Korrelationen von $r = 0,80$ für Intrusionen, $r = 0,66$ für Vermeidung und $r = 0,79$ für Übererregung. Die Übereinstimmung mit der Fremdbeurteilung der Posttraumatischen Belastungssymptomatik durch das Diagnostischen Interview für psychische Störungen (DIPS) ergab $\text{Kappa} = 0,63$. Auch die divergente Validität

konnte zufriedenstellend bestätigt werden. Bei einer faktorenanalytischen Überprüfung der Subskalen wurden statt den erwarteten drei Faktoren vier Faktoren gefunden. Vermeidungsitems teilten sich auf zwei Faktoren auf, wobei einer, bestehend aus nur zwei Items eher dem theoretischen Konzept der emotionalen Taubheit entsprach (Maerker & Schützwohl, 1998). Aufgrund der mit zwei Items zu geringen Besetzung des vierten Faktors wurden die zwei Faktoren zusammengefasst (Maerker, 2003). Für die Vergabe der Posttraumatischen Belastungsstörungsdiagnose wird von Maerker & Schützwohl (1998) eine gewichtete Regressionsformel vorgeschlagen. Der IES-R zählt zu einem der international verbreitetsten und in der Forschung am häufigsten angewandten Verfahren zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsreaktion (Maerker & Schützwohl, 1998).

Bei dem **Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)** von Sack M., Hofmann A. (2005) handelt es sich um die Übersetzung des Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) von Pelcovits D., Van der Kolk B., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P., 1997. Das Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) wurde im Rahmen einer DSM-IV Feldstudie entwickelt (Pelcovits et al, 1997). Es dient der Erfassung der sechs Bereiche der komplexen PTSD (auch DESNOS - Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified genannt), der Störung der Regulation von Affekten und Impulsen, der Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins, der Störungen der Selbstwahrnehmung, der Störungen der Beziehungen zu anderen Menschen, der Somatisierung und der Veränderung von Lebenseinstellungen. Das Interview enthält 40 Fragen, die sich auf den letzten Monat beziehen. Die Kodierung erfolgt

mit 1 = nicht vorhanden, 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsmäßig ausgeprägt, 3 = sicher vorhanden und kriteriumsmäßig ausgeprägt und ? = nicht einschätzbar. Mithilfe des Instruments kann die Diagnose einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden, oder geprüft werden, ob die Diagnosekriterien für die einzelnen Bereiche erfüllt sind. (siehe Abbildung 5) Die Auswertung erfolgt mittels Auswertungsblatt, wie die Auswertung des englischen Originals (Pelcovits et al, 1997), nach den Kriterien der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. (Sack M., Hofmann A., 2005)

I. Störung der Regulation von Affekten und Impulsen mindestens a und ein Kriterium von b bis f a. Stimmungsschwankungen mit der Unfähigkeit sich zu beruhigen b. Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen c. Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzungen d. Suizidalität e. Störungen der Sexualität f. Exzessives Risikoverhalten
II. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins ein Kriterium von a bis b erfüllt a. Amnesien b. Dissoziative Episoden und Depersonalisation
III. Störungen der Selbstwahrnehmung zwei Kriterien von a bis f erfüllt a. Unzureichende Selbstfürsorge b. Gefühl dauerhaft zerstört zu sein c. Schuldgefühle d. Scham e. Gefühl isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein f. Bagatellisieren von gefährlichen Situationen
IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

ein Kriterium von a bis c erfüllt a. Unfähigkeit zu vertrauen b. Reviktimisierung c. Viktimisierung anderer Menschen
V. Somatisierung ein Kriterium von a bis b a. Somatoforme Symptome b. Hypochondrische Ängste
VI. Veränderung von Lebenseinstellungen ein Kriterium von a bis b a. Fehlende Zukunftsperspektive b. Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

Abbildung 5: Kriterien der komplexen PTSD

Das englischsprachige Original (SIDES) verfügt über gute teststatistische Kennwerte (Pelcovitz et al., 1997). Die deutschsprachige Version, das Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (Sack & Hofmann, 2005) verfügt über eine interne Konsistenz von Chronbach Alpha=0,875 für das gesamte Interview. (Die einzelnen Subskalen wiesen nur mittlere bis befriedigende interne Konsistenzen auf. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen: $\alpha=0,714$; Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins: $\alpha=0,675$; Störungen der Selbstwahrnehmung: $\alpha=0,640$; Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen: $\alpha=0,567$; Somatisierung: $\alpha=0,653$ und Veränderung von Lebenseinstellungen: $\alpha=0,645$. Die gute Gesamtreliabilität führt er darauf zurück, dass das Interview ein relativ konsistentes Konstrukt erfasst.) Weiters wurde eine hohe Interraterreliabilität gefunden (Konkordanzkoeffizient=0,902). Retestreliabilitäten fehlen noch. Zur

Untersuchung der Validität wurde ein Vergleich zwischen PTSD und komplexer PTSD angestellt. Es zeigte sich, dass bei komplexer PTSD signifikant häufiger multiple Traumatisierung vorlag. 90% der Patienten mit PTSD wiesen multiple Traumata auf. Ebenso zeigte sich signifikant mehr Suizidalität, signifikant mehr Schuldgefühle, signifikant mehr Scham, sowie ein signifikant stärkerer Verlust an Zukunftsperspektive. Im CTQ zeigte sich bei komplex Traumatisierten mehr emotionaler und sexueller Missbrauch, als bei Personen mit einer PTSD. Auch das Alter bei Ersttraumatisierung unterschied sich dahingehend, dass komplex Traumatisierte bei der ersten Traumaerfahrung signifikant jünger waren. Die spezifische PTSD Symptomatik, erfasst durch die Impact of Event Skala, in einer deutschsprachigen Übersetzung von Hütter und Fischer et al., 1997, zeigte keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Das heißt, komplex Traumatisierte verfügten gleichermaßen über Intrusion und Vermeidung, wie Patienten mit PTSD. (Übererregung wurde erst in der revidierten Version miterhoben.) Ein Ergebnis, dass insofern nicht verwunderlich ist, als komplex Traumatisierte in fast allen Untersuchungen (Van der Kolk et al., 2005; Roth et al., 1997; Jongedijk et al., 1996), sowie auch in der Validierungsuntersuchung von Sack eine aktuelle oder frühere PTSD aufweisen, über die hinaus sie komplexere Traumafolgesymptomatik in Form einer komplexen PTSD bzw. DESNOS entwickelt haben (Sack M., 2005).

Das **Childhood Trauma Questionnaire** (CTQ) von Gast U. et al. (2001) ist die deutsche Bearbeitung des englischsprachigen Originals von Bernstein D.P. & Fink L. (1998). Es handelt sich dabei um eine Kurzversion des Selbstbeurteilungsfragebogens mit 31 Items und einer Durchführungszeit von 5-10 Minuten. Es erfasst retrospektiv Missbrauch und Vernachlässigung im Kindes- und

Jugendalter. Fünf Skalen zu je fünf Items erfassen emotionalen Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexuellen Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung. Zusätzlich verfügt das Instrument über sechs weitere Items zur Erfassung der Tendenz zur Bagatellisierung und von Inkonsistenzerfahrungen, wie etwa „Als ich aufwuchs waren meine Eltern (Stiefeltern) oder andere Personen aus meiner Familie unberechenbar“. Der Fragebogen verfügt über eine fünfstufige Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht“, „sehr selten“, „einige Male“, „häufig“ und „sehr häufig“. Eine Frage zu körperlicher Misshandlung wäre beispielsweise „Als ich aufwuchs wurde ich so stark geschlagen, dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar, Arzt) auffiel.“ Zur Erhebung von sexuellem Missbrauch wäre ein Beispielitem: „Als ich aufwuchs versuchte jemand mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.“ Emotionaler Missbrauch wurde mit Items wie „Als ich aufwuchs bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als dumm, faul oder hässlich.“ erfasst, körperliche Vernachlässigung mit Items, wie „Als ich aufwuchs hatte ich nicht genug zu essen.“, emotionale Vernachlässigung mit Fragen, wie „Als ich aufwuchs hatte ich das Gefühl geliebt zu werden.“ Alle Items der Skala „emotionale Vernachlässigung“, sowie zwei der Items der Skala „körperliche Vernachlässigung“ sind umgekehrt formuliert und für die Auswertung umzudrehen, bzw. zu rekodieren.

Für die Langfassung des englischsprachigen Originals konnten gute interne Konsistenzen gewährleistet werden (Bernstein und Fink, 1998). Für die deutschsprachige Version von Gast et al. liegen noch keine Validierungsstudien vor. Eine Voruntersuchung von Rodewald lässt jedoch auf eine gute psychometrische Qualität schließen (Rodewald, 2005 in Maercker, Bromberger, 2005).

Zur Erfassung der Schwere der Substanzabhängigkeit wurde die deutsche Version des europäischen **Addiction Severity Index** (EuropASI) von Gsellhofer et al. (1994) eingesetzt. Der EuropASI ist die Überarbeitung der amerikanischen Version von McLellan et al. (1992). Es handelt es sich dabei um ein semi-strukturiertes Interview, das sieben Problembereiche von Substanzabhängigkeit erfasst (siehe Abbildung 6).

Problembereiche des EuropASI:
Körperlicher Zustand
Arbeits- und Unterhaltssituation
Alkohol- und Drogengebrauch
Rechtliche Probleme
Familiärer Hintergrund
Familie und Sozialbeziehungen
Psychischer Status

Abbildung 6: Problembereiche des European Addiction Severity Index (ASI)

Die Fragen beziehen sich auf tatsächlich vorhandene Probleme in den letzten 30 Tagen. Im Fall von klinischen Stichproben wird im Manual empfohlen, ein Zeitfenster von 30 Tagen vor dem Klinikaufenthalt zu verwenden. Da es sich in dieser Untersuchung um eine klinische Stichprobe stationärer Substanzabhängiger handelt wurde ein Zeitraum von 30 Tagen vor dem stationären Entzug gewählt. Alle an der Langzeittherapiestation aufgenommenen Suchtpatienten mussten einen

stationären Entzug durchlaufen haben. Das Interview enthält „objektive“ Fragen nach bestimmten Sachverhalten und „subjektive“ Fragen, wie z.B. nach der persönlich empfundenen Beeinträchtigung in den genannten Bereichen. Bei den subjektiven Fragen hat der Proband die Möglichkeit die Beeinträchtigung und den Behandlungsbedarf als „gar nicht“ (0) beeinträchtigend oder wichtig einzustufen oder als „wenig“ (1), als „mittel“ (2), „erheblich“ (3) oder „extrem“ (4) beeinträchtigend oder wichtig. Ein Beispiel für eine Frage nach einem objektiven Sachverhalt wäre zum Beispiel: „Wie lange waren sie freiwillig clean bzw. abstinent, ohne dass dies das Resultat von Behandlungen war?“ oder „Wieviel Geld haben sie schätzungsweise in den letzten 30 Tagen (vor dem Entzug) ausgegeben?“

Zusätzlich bietet das Instrument dem Interviewer die Möglichkeit nach jeder Sektion den Bedarf des Patienten an Behandlung selbst einzuschätzen und ein Zuverlässigkeitsrating anzugeben. Für Forschungszwecke wird jedoch auf die im Manual angegebenen Composite Scores verwiesen. Die Composite Scores sind analog zur amerikanischen Version so gestaltet, dass ein Wert zwischen 0 und 1 erreicht werden kann. Für jeden Problembereich mit Ausnahme des „Familiären Hintergrundes“ können Composite Scores berechnet werden. Im Bereich „Arbeits- und Unterhaltssituation“ und „Familie und Sozialbeziehungen“ werden je zwei Composite Scores berechnet, im Bereich „Drogengebrauch“ sogar drei. Für die Sektion „Drogengebrauch“ kann ein Alkohol Composite Score berechnet werden, ein Drogenscore und ein modifizierter Drogenscore. Der Bereich „Familie und Sozialbeziehungen“ wird in einen Familienscore und einen Score zu sozialen Beziehungen geteilt. Der „Arbeits- und Unterhaltsbereich“ lässt einen Score der ökonomischen Situation zu und einen Score, der die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation wiedergibt zu (Gsellhofer et al., 1999). Aus inhaltlichen Gründen

ging der Zufriedenheitsscore nicht in diese Untersuchung mit ein, da hier Probleme an der Arbeitsstelle erfasst werden, jedoch fast alle Suchtpatienten 30 Tage vor dem Entzug über keine Arbeitsstelle mehr verfügten. Das Berechnen einer Zufriedenheit der Arbeitssituation scheint in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll. Die Berechnung der EuropASI Composite Scores basiert auf den Daten einer EU-Studie in vier europäischen Städten (Gsellhofer et al., 1999). Es handelt sich bei dem Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) um eines der am häufigsten verwendeten Verfahren in der klinischen Forschung und Praxis. Der EuropASI verfügt über eine befriedigende bis gute Reliabilität und Validität (Scheurich et al., 2000; Gsellhofer et al., 1999). Die interne Konsistenz der Composite Scores liegt zwischen Cronbach Alpha=0.69 (rechtlicher Score) und Cronbach Alpha=0.92 (ökonomischen Situation) (Scheurich et al., 2000). Das Verfahren enthält ohne Interviewerratings 117 Items. Die Durchführungszeit des EuropASI beträgt in etwa 20-30 Minuten.

Zur Beurteilung der kognitiven Funktionen, im speziellen der Exekutivfunktionen wurde die Computerform des **Wisconsin Card Sort Test** von Drühe-Wienholt und Wienholt (1998) verwendet. Es handelt sich dabei um eine deutschsprachige Version des WCST in Computerform. Das Verfahren misst Exekutivfunktionen wie kognitive Umstell- und Planungsfähigkeit bzw. Perseveration, Bildung kognitiver Konzepte und Kategorien, sowie kognitive Flexibilität. Es enthält vier Stimulus- und 96 Antwortkarten mit aufgedruckten geometrischen Mustern. Was den Ablauf betrifft, so werden vier Stimuluskarten vorgelegt, die sich in Farbe (rot, gelb, grün, blau), Form (Dreieck, Kreis, Kreuz, Stern) und Anzahl (ein bis vier) der abgebildeten Elemente unterscheiden. Eine fünfte Karte (Antwortkarte) soll zugeordnet werden.

Das Zuordnungsprinzip (Farbe, Form, Anzahl) wird nicht verraten. Es wird nur eine Rückmeldung „richtig“ oder „falsch“ gegeben. Danach soll die nächste Karte zugeordnet werden usw. Nach zehn richtig zugeordneten Karten wird das Zuordnungsprinzip geändert. Die Durchführungszeit des WCST beträgt in etwa 20-30 Minuten. Es gibt jedoch keine Zeitvorgabe. Zur Reliabilität liegen im Manual keine Angaben vor. Mit anderen neuropsychologischen Verfahren und Intelligenzmaßen wurden nur geringe Zusammenhänge gefunden. Konstruiert wurde der CKV nach den Prinzipien der klassischen Testtheorie. Durch Computervorgabe soll Objektivität, Zuverlässigkeit und Ökonomie erhöht werden (Drühe-Wienholt und Wienholt, 1998).

Komorbide Psychopathologie wurde mit dem Strukturierten Klinischen Interview (SCID I) für Achse I Störungen überprüft (Wittchen et al, 1997), dem Strukturierten Klinischen Interview II (SCID II) für Achse II Persönlichkeitsstörungen (Fydrich et al, 1997), dem Beck Depressionsinventar (BDI), sowie dem Fragebogen zu Dissoziativen Störungen (FDS) erfasst.

Beim **Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV Achse II (SKID-II)** von Fydrich et al. (1997) handelt es sich um ein halbstrukturiertes Interview zur Diagnostik der Achse II Störungen nach DSM-IV. Erfasst werden dabei Selbstunsichere-, Dependente-, Zwanghafte-, Negativistische-, Depressive-, Paranoide-, Schizotypische-, Schizoide-, Histrionische-, Narzistische-, Borderline- und Antisoziale- Persönlichkeitsstörung. Die Durchführungszeit beträgt 30 Minuten. Es enthält 117 Items, die sich auf die letzten fünf bis zehn Jahre beziehen. Wie auch für das Strukturierte Klinische Interview für Achse-I-Störungen (SCID I) stehen

vier Kodierungsmöglichkeiten zur Verfügung: „1 = Kriterium nicht erfüllt“, „2 = Kriterium teilweise erfüllt“, „3 = Kriterium erfüllt“ und „? = Information nicht ausreichend“. Eine Frage wäre zum Beispiel: „Sind ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet?“. Für die Diagnose liegen Cut-off Werte vor. Außerdem kann ein dimensionales Ausprägungsprofil erstellt werden (Fydrich et al., 1997).

Das **Beck Depressionsinventar (BDI)** (Hautzinger et al., 1994) ist eines der am häufigsten verwendeten Verfahren zur Erfassung von Depression. Es handelt sich dabei um die deutschsprachige Bearbeitung des BDI von Beck und Steer (1987), ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 21 Items von Hautzinger et al. (1994). Das vierstufige Antwortformat reicht von 0 bis 3. Die innere Konsistenz liegt bei 0,88.. Es zeigten sich hohe Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten. Ein Itembeispiel wäre: „0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft; 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft; 2 Ich habe nichts worauf ich mich freuen kann; 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und das die Situation nicht besser werden kann“ Die Auswertung erfolgt über den Summenwert. Außerdem stehen Cut-off Werte zur Verfügung (Hautzinger et al., 1994).

Der **Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)** von Spitzer et al. (1999) erfasst dissoziative Symptomatik nach ICD-10. Er stellt die Übersetzung des englischen Originals von Bernstein & Putnam (1986), der Dissociation Experience Scale, dar. 44 Items sind auf einer elfstufigen Skala von „trifft zu 0%“, also nie, zu bis zu „trifft zu 100%“, also immer, zu beantworten. Gefragt könnte beispielsweise sein: „Einige Menschen stellen manchmal fest, dass sie sich an einem Ort befinden und nicht wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen sie bitte mit ihrer

Antwort wie häufig ihnen das passiert“. Der Fragebogen enthält vier Skalen: Amnesie, Absorption und imaginative Erlebnisweise, Depersonalisation und Derealisation, sowie Konversion. Bei dem Teilbereich Absorption handelt es sich um die Verschiebung der Aufmerksamkeit von der Außenwelt nach innen, wie es beispielsweise bei dem Item:“ Einige Menschen stellen zeitweise fest, dass sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, dass sie den Eindruck haben, diese geschehen wirklich.“ Die Skala Konversion wurde in dieser deutschsprachigen Version im Zuge der Anpassung an das ICD-10 hinzugefügt. Die Durchführungszeit beträgt in etwa 15 Minuten. Es kann ein allgemeines Dissoziationsmaß, sowie die Ausprägung in den vier Bereichen festgestellt werden. Das Verfahren bietet außerdem einen Cut-off-Wert an. So können Werte größer als 25 als auffällig angesehen werden.

Die innere Konsistenz für die Gesamtskala schwankt je nach untersuchter Stichprobe von Cronbachs $\alpha=0,92$ bis $\alpha=0,94$ und einer Split-Half-Reliabilität von 0,90. Aber auch für die Subskalen ergeben sich Werte zwischen $\alpha=0,78$ und $\alpha=0,82$. Untersuchungen zur Retestreliabilität ergaben Werte um $r=0,80$. Darüber hinaus kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen eine gute Konstruktvalidität aufweist (Spitzer et al., 1999).

4.2 Untersuchung

4.2.1 Untersuchungsdurchführung

Nach einigen Vorbesprechungen mit Primarius Dr. Burian und Mag. Wirth des Anton Proksch Institut (der Abteilung V, der Drogenabteilung), sowie Mag. Schmid und Mag. Schütz und einer Literaturlaufarbeitung im Rahmen der Fachliteraturreminars bei Prof. Dr. Willinger erstellte ich ein Konzept für die Durchführung der Untersuchung, das im Rahmen des Forschungsseminars präsentiert wurde. Untersucht wurde eine klinischen Stichprobe von 70 Personen in stationärer Suchtbehandlung an der Abteilung V des Anton Proksch Instituts, der Drogenabteilung. Es handelte sich dabei, wie schon im Rahmen der Planung erwähnt, um nichtsubstituierte, völlig abstinente Suchtpatienten in einjähriger stationärer Langzeittherapie. Durch die zum Zeitpunkt der Erhebung schon abgeschlossene Entzugsphase ist kein Einfluss der Entzugssymptomatik auf die Testung zu erwarten. Wie vereinbart kam es zu einer gemeinsamen Datenerhebung mit Mag. Doris Schmid und Mag. Cornelia Schütz. Dissoziative Störungen, aktuelle PTSD, Kindheitstraumatisierung und depressive Symptomatik, erfasst durch die Selbstbeurteilungsfragebögen FDS, IES-R, CTQ und BDI konnten, wie geplant, im Rahmen der psychologischen Eingangsdiagnostik an der Station miterhoben werden.

Von insgesamt 42 Personen konnten alle Daten erhoben werden. Durch die Zusammenarbeit bei der Erhebung war es mir möglich in den meisten Fällen die geplanten drei Untersuchungseinheiten auf zwei Untersuchungseinheiten zu reduzieren. Eine Einheit von etwa 90 bis 100 Minuten zur Erhebung der Achse-I-

Störungen mittels Strukturiertem Klinischen Interview (SCID I) (Wittchen et al., 1997), sowie eine zweite zur Erfassung der Exekutivfunktionen bzw. der kognitiven Umstellfähigkeit mittels WCST (Drühe-Wienholt und Wienholt, 1998), dem Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS) (Sack M., Hofmann A., 2005) und dem Addiction Severity Index (ASI) (Gsellhofer et al., 1994), mit einer Dauer von ebenfalls etwa 90 bis 100 Minuten. In einzelnen Fällen wurde die zweite Einheit aus Zeit- bzw. Termingründen auf zwei Einheiten aufgeteilt. In allen Fällen wurde der WCST zu Beginn der Untersuchungseinheit vorgegeben, um eventuelle Einflussfaktoren der Traumawiedererrinnerung auf die kognitive Leistung zu vermeiden. Die Erhebung der Persönlichkeitsstörungen durch das Strukturierte klinische Interview für Achse-II-Störungen (SCID II) (Fydrich et al., 1997) erfolgte durch Fr. Mag. Schmid und Fr. Mag. Schütz, die ebenfalls die ersten Strukturierten klinischen Interviews für Achse I Störungen (SCID I) (Wittchen et al., 1997) übernahmen.

Meine Erhebungen begannen mit Jänner 2007 und endeten Dezember 2007. Sie dauerten also etwas länger als ursprünglich geplant war. Durchgeführt wurde die Erhebung direkt an der Station in zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten für Einzelgespräche. Die Vorgabe des WCST erfolgte ausschließlich in Einzeltestung. Die untersuchten Personen waren im Alter von 17 bis 40 Jahren. Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgte auf freiwilliger Basis. Alle Teilnehmer nahmen also freiwillig teil und unterzeichneten eine Einverständniserklärung.

Ein wesentliches Problem der gesamten Suchtbehandlung, das sich auch in dieser Untersuchung niederschlägt, ist die hohe Rückfallsrate bzw. die Anzahl der

Therapieabbrecher. Wie sich gezeigt hat korrelieren die Abbruchsraten auch mit komorbider Psychopathologie, wie schweren Persönlichkeitsstörungen (Burian, Smole; 1997). Auch die Auseinandersetzung mit der realen Alltagssituation, wie hohen Schulden, rechtlichen Probleme, oder dem Fehlen eines unterstützenden, funktionierenden sozialen Netzwerks mag dazu beitragen. Aus diesem Grund konnte von einigen Patienten nur ein Teil der Daten erfasst werden. Abgesehen von den Patienten, die von sich aus die Behandlung abbrachen, gab es ebenfalls einen gewissen Anteil an Patienten, die aufgrund disziplinärer Gründe oder aufgrund von Rückfällen unfreiwillig entlassen werden mussten und von denen deshalb ebenfalls nicht alle Daten erhoben werden konnten.

Es gehen nur Personen in die Untersuchung ein von denen das Strukturierte klinische Interview Achse I vorliegt. Von den im Rahmen der psychopathologischen Diagnostik an der Station mit vorgegebenen Fragebögen (IES-R, CTQ, FDS, BDI) liegen ebenfalls alle Daten vor, mit Einschränkung eines Patienten, der keine Angaben zu aktuellen Traumasymptomen machen wollte, und die Impact of Event Skala (IES-R) (Maercker & Schützwohl, 1998) nicht ausfüllte, einem zweiten Patienten der ein einzelnes Item des IES-R nicht beantwortete, sowie zwei Personen, die den Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) (Spitzer et al., 1999) nicht vollständig ausfüllten. Darüber hinaus wurde neun Personen das Beck Depressions Inventar (Hautzinger et al., 1994) nicht vorgelegt, da sie Therapiewiederholer waren, die schon beim ersten Aufenthalt auf ihre Depressivität getestet wurden.

Vom Strukturierten klinischen Interview II (Fydrich et al., 1997), das von Fr. Mag. Schmid und Mag. Schütz zum Zeitpunkt der Anamnese durchgeführt wurde liegen

Daten von 68 Personen auf. Von zwei Personen wurden keine Daten erhoben, da eine Person die Behandlung abgebrochen hatte, und mit der anderen aus Zeitgründen keine Persönlichkeitsstörungsdiagnostik durchgeführt wurde.

Das Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS) (Sack & Hofmann, 2005) konnte mit 67 Personen durchgeführt werden. Drei Patienten hatten die Behandlung bereits abgebrochen, bevor es zu einem Interviewtermin kam.

Die als abhängige Variable erhobene Schwere der Substanzabhängigkeit, ermittelt durch den Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994), konnte von 51 Personen erfasst werden. 12 Patienten hatten die Behandlung schon vor dem Interview abgebrochen, sechs weitere Patienten hatten die Therapie fertig absolviert, bevor ein Interviewtermin zustande kam, und eine Person wurde aus disziplinären Gründen entlassen, bevor sie befragt werden konnte.

Die Computerversion des Wisconsin Card Sort Test (WCST) (Drühe-Wienholt & Wienholt, 1998) wurde von 45 Personen durchgeführt. 17 Personen hatten die Behandlung noch vor der Vorgabe des WCST abgebrochen, sechs Personen hatten die Therapie beendet ehe ein Termin zur Testung zustande kam und zwei Patienten waren vor der Testung aus disziplinären Gründen entlassen worden.

4.2.2 Stichprobenbeschreibung

Es handelt sich um eine klinische Stichprobe von 70 Suchtpatienten. Die untersuchten Substanzabhängigen waren Patienten der Langzeittherapiestation Mödling der Drogenabteilung V des Anton Proksch Instituts. Sie absolvierten zum Zeitpunkt der Untersuchung eine in der Regel ein Jahr dauernde Langzeittherapie in völliger Abstinenz. Alle untersuchten Suchtpatienten hatten vor dem Aufenthalt ein Monat an einer Entzugsstation verbracht. Der körperliche Entzug war also zum Zeitpunkt der Untersuchung in jedem Fall abgeschlossen. Einflüsse der Detoxifikation, also der Entgiftung, sollten damit so gering wie möglich gehalten sein.

Von den Suchtpatienten waren 19 (27,1%) Frauen und 51 (72,9%) Männer (siehe Tab.1). Bei einem Signifikanzniveau von 5% zeigen sich in der Population stationärer Suchtpatienten signifikant mehr Männer als Frauen ($p \leq 0,0001$; $df=1$; $\chi^2=14,63$).

Tabelle 1: Geschlecht

	N	%
Frauen	19	27,1
Männer	51	72,9%

Alle Teilnehmer erfüllten die Kriterien einer Substanzabhängigkeit nach DSM-IV. In etwa die Hälfte der Stichprobe (55,7%) wies eine lebenszeitlich aufgetretene Alkoholabhängigkeit auf, in etwa drei Viertel (75,7%) der Suchtpatienten zeigte eine lebenszeitlich aufgetretene Abhängigkeit von Sedativa, 84,3% Cannabisabhängigkeit, 42,9% Abhängigkeit von Stimulantien, 97,1%

Opiatabhängigkeit, 71,4% eine Kokainabhängigkeit, 37,1% Abhängigkeit von Halluzinogenen (LSD, Meskalin, Psilocybin, PCP, Ecstasy) (siehe Tab.2).

Tabelle 2: Art der Substanzabhängigkeit

	N	%
Alkoholabhängigkeit	39	55,7%
Abhängigkeit v. Sedativa	53	75,7%
Cannabisabhängigkeit	59	84,3%
Abhängigkeit Stimulantien	30	42,9%
Opiatabhängigkeit	68	97,1%
Kokainabhängigkeit	50	71,4%
Halluzinogene	26	37,1%

78% der Suchtpatienten waren Österreicher, 3% türkischer Abstammung, 3% aus Ex-Jugoslawien, 3% aus Deutschland und 13% waren anderer Nationalität als die genannten (siehe Tab.3).

Tabelle 3: Abstammung

Abstammung	N	%
Österreich	53	78
Türkei	2	3
Ex-Jugoslawien	2	3
Deutschland	2	3
andere	9	13

Die Abstammung zeigt sich nicht gleichverteilt ($\chi^2=14,629$; $df=1$; $p\leq 0,0001$).

Das Durchschnittsalter betrug 26 Jahre, mit einer Standardabweichung von 5,5. Die jüngste Teilnehmerin war 17 Jahre und die älteste 40 Jahre. Das am häufigsten aufgetretene Alter (Modi) war 22, 23 und 24 Jahre (siehe Tab.4).

Tabelle 4: Alter

	Mw.	Standabw.	Modi	Min.	Max.
Alter	26	5,5	22,23,24	17	40

46% hatten eine abgeschlossene Lehre, 28% schlossen ihre Bildungslaufbahn mit dem polytechnischen Lehrgang ab, 10% verfügten über den Pflichtschulabschluss, 9% hatten eine berufsbildende Schule besucht, 3% verfügten über AHS- Matura, 1,5% über eine andere Matura, 1,5% hatten gar keinen Abschluss und 1,5% hatten das Studium abgebrochen (siehe Tab.5).

Tabelle 5: Bildung

	N	%
kein Abschluss	1	1,5
Pflichtschule	7	10
Polytechnischer Lehrgang	19	28
abgeschlossene Lehre	31	46
berufsbildende Schule	6	9
AHS-Matura	2	3
andere Matura	1	1,5
abgebrochenes Studium	1	1,5%

Der Bildungsstand ist nicht gleichverteilt ($\chi^2=98,353$; $df=7$; $p\leq 0,0001$).

71% der untersuchten Suchtpatienten war alleine lebend, 23,5% in fester Partnerschaft, 1,5% verheiratet und 4% geschieden (siehe Tab.6).

Tabelle 6: Familienstand

	N	%
alleine lebend	48	71
in fester Partnerschaft	16	23,5
verheiratet	1	1,5
geschieden	3	4

Der Familienstand zeigt sich nicht gleichverteilt ($\chi^2=23,176$; $df=3$; $p\leq 0,0001$). 35,3% der Suchtpatienten waren schon einmal in Haft. Die Gruppen Hafterfahrung und keine Hafterfahrung unterscheiden sich signifikant ($\chi^2=5,882$, $df=1$, $p=0,015$). Die Hälfte (50%) der Stichprobe war Hepatitis-C positiv, 3% war Hepatitis-C und HIV-positiv. 9,5% absolvierten die Langzeittherapie aufgrund einer gerichtlichen Weisung zu stationärer Therapie, 8% hatten sich aufgrund einer gerichtlichen Weisung zu ambulanter Therapie zu stationärer Therapie entschieden. Bei Signifikanzprüfung zeigt sich keine Gleichverteilung hinsichtlich des Kriteriums Weisung ($\chi^2=68,667$, $df=2$, $p\leq 0,0001$). 57% der Suchtpatienten hatten mindestens eine Überdosierung gehabt. Bei Signifikanzprüfung zeigen sich Suchtpatienten mit Überdosierung und ohne Überdosierung gleichverteilt ($\chi^2=1,471$, $df=1$, $p=0,225$).

Im Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) gaben 82% der Substanzabhängigen an intravenös konsumiert zu haben. Es zeigen sich signifikant mehr Suchtpatienten mit IV Gebrauch als ohne ($\chi^2=21,253$, $df=1$, $p\leq 0,0001$). Der durchschnittliche IV-Konsum betrug 4,33 Jahre, mit einer Standardabweichung von

4,37. Die Suchtpatienten hatten durchschnittlich 9,82 Jahre mehr als eine Substanz konsumiert, mit einer Standardabweichung von 4,65. Der Median betrug 10 Jahre. Die längste Zeit in der mehr als eine Substanz konsumiert wurde waren 23 Jahre. 21 Personen (41%) gaben im Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) an, schon irgendwann in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen zu haben. Prüft man das Kriterium auf Signifikanz zeigen sich gleich viele Suchtpatienten mit Suizidversuch wie ohne ($\chi^2=1,588$; $df=1$; $p=0,208$).

4.2.3 Auswertungsverfahren

Im Rahmen der Hauptfragestellung wurde untersucht, ob sich traumatisierte Substanzabhängige und nicht traumatisierte Substanzabhängige, mit und ohne Posttraumatischer Belastungsstörung als Folge des Traumas bezüglich der Schwere ihrer Sucht unterscheiden. Geplant war eine Gruppenbildung von vier Traumastatusgruppen: Substanzabhängige ohne Trauma, Substanzabhängige mit Trauma, Substanzabhängige mit Trauma und anschließender Posttraumatischer Belastungsstörung irgendwann im Leben (lifetime), Substanzabhängige mit Trauma und anschließender Posttraumatischer Belastungsstörung im Moment (aktuell) (siehe Abbildung 7). Die Gruppe der Suchtkranken, die ein Trauma erlebt hatten, sowie anschließend eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelten, wurde also ihrerseits in zwei Gruppen aufgeteilt: solche, die irgendwann in ihrem Leben aufgrund eines Traumas eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatten, und solchen, die aktuell, also im letzten Monat noch immer unter den Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten, d.h. jene, die im Moment immer noch das Vollbild einer PTSD erfüllten. Gebildet wurden die

Traumastatusgruppen anhand der Sektion zur Erfassung der PTSD des strukturierten Klinischen Interviews I, indem einerseits erfragt wurde, ob die Person ein Trauma nach den Kriterien des DSM IV erlebt hat, und andererseits überprüft wurde, ob sich im Falle eines erlebten Traumas eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelte, und ob diese im vergangenen Monat immer noch bestand.

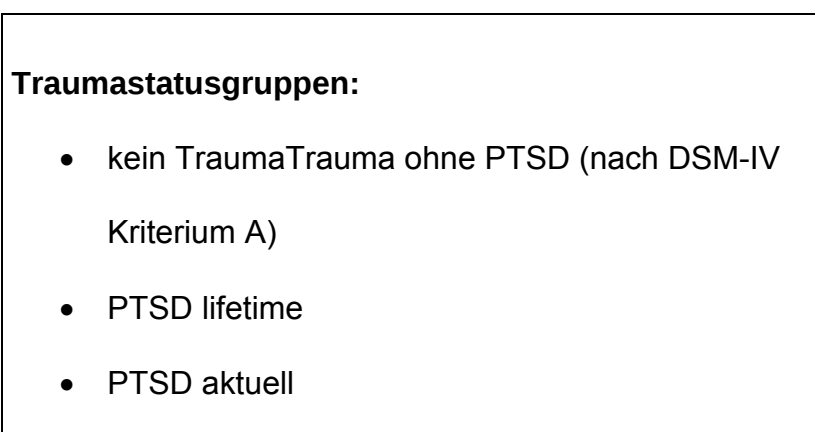


Abbildung 7: ursprünglich geplante vier Traumastatusgruppen

Da sich in der Stichprobe nur fünf Suchtpatienten befanden, die kein Trauma erlebt hatten, konnte kein Vergleich zwischen Suchtpatienten mit und ohne Traumaerfahrung angestellt werden. Die intendierten vier Traumastatusgruppen mussten zu zwei Gruppen zusammengefasst werden, und zwar jener Gruppe der Suchtpatienten, die niemals eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatten, und jener, die entweder irgendwann in ihrem Leben das Vollbild einer PTSD zeigten und solchen, die aktuell immer noch an einer PTSD leiden (siehe Abbildung 8).

Traumastatusgruppen:

- **keine PTSD** (kein Trauma, Kriterium A Trauma ohne PTSD)
- **PTSD** (PTSD lifetime, PTSD aktuell):

Abbildung 8: Traumastatusgruppen neu

Zum Vergleich der Suchtpatienten mit und ohne PTSD hinsichtlich der Schwere ihrer Substanzabhängigkeit wurden, je nachdem ob die Daten normalverteilt waren, T-Test oder U-Test berechnet. Alle Berechnungen erfolgten unter Verwendung der Datenanalyse- Software SPSS in der Version 14.00.

Zur genaueren Untersuchung von Trauma und dessen Auswirkung auf die Schwere der Substanzabhängigkeit wurde auch geprüft, ob sich allein Suchtpatienten mit aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung, erfasst durch die Impact of Event Scale- revised, von solchen ohne aktueller PTSD hinsichtlich der Schwere der Sucht unterscheiden. Auch hier wurde, je nach Voraussetzungen (Normalverteilung oder nicht) T-Test oder U-Test verwendet.

Zur Überprüfung komplexerer Traumafolgen, mittels des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, und deren Auswirkungen auf die Schwere der Substanzabhängigkeit wurden ebenfalls T-Tests und U-Tests berechnet.

Zur Erfassung des Zusammenhangs zwischen retrospektiv erhobener Traumatisierung in der Kindheit mittels Childhood Trauma Questionnaire (Gast et

al., 2001) und der aktuellen Schwere der Substanzabhängigkeit wurden Regressionen für alle Problembereiche zur Schwere der Substanzabhängigkeit des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) berechnet.

Ob sich traumatisierte Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung von solchen ohne Posttraumatischer Belastungsstörung hinsichtlich ihrer Exekutivfunktionen unterscheiden wurde ebenfalls durch U-Test oder T-Test ermittelt.

Zur Untersuchung von komorbiden Störungen bei traumatisierten Substanzabhängigen wurden Depression, Dissoziation und Persönlichkeitsstörungen erhoben. Zur Berechnung der Unterschiede hinsichtlich komorbider Depression und Dissoziation zwischen Suchtpatienten mit und ohne PTSD wurden ebenfalls T- bzw. U-Test herangezogen. Zum Vergleich der beiden Gruppen in Bezug auf ihre komorbiden Persönlichkeitsstörungen wurden Chi-Quadrat-Tests verwendet.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Deskriptive Ergebnisse

4.3.1.1 Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung bei Substanzabhängigen

Von 70 untersuchten Suchtpatienten gaben 65 im Strukturierten Klinischen Interview Achse I an irgendwann in ihrem Leben ein Trauma nach den Kriterien des DSM-IV erlebt zu haben. D.h. 92,9 % der erfassten Stichprobe hatten in ihrem Leben mindestens ein Trauma erlebt (siehe Abbildung 9).

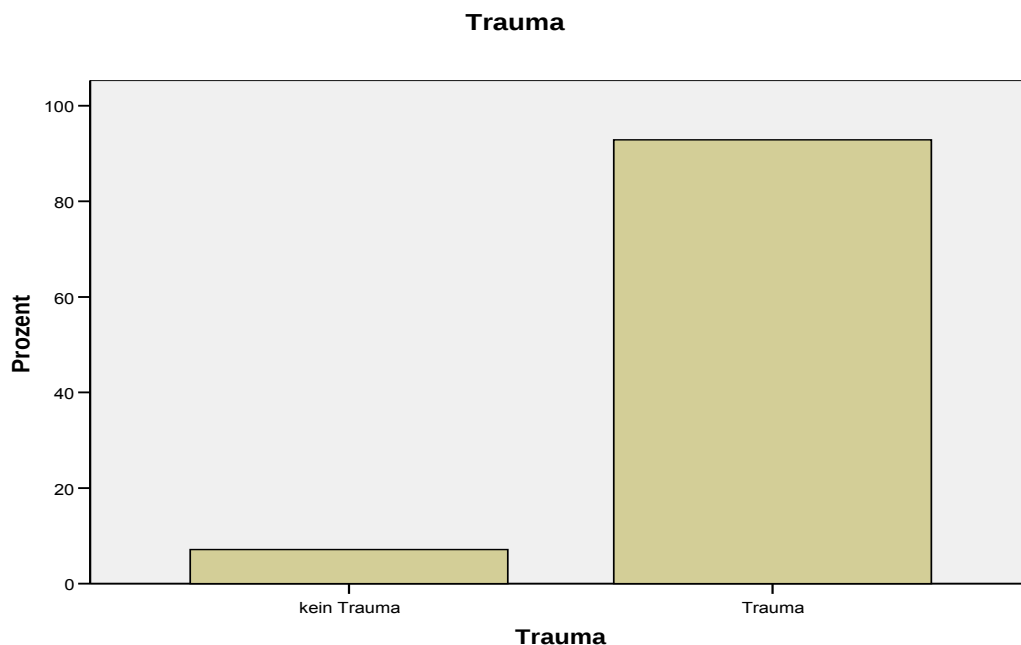


Abbildung 9: Trauma – kein Trauma

In der Population Substanzabhängiger zeigen sich signifikant mehr Traumabetroffene als solche, die kein Trauma erlebt hatten ($p \leq 0,0001$; $df=1$; $\chi^2=51,43$).

Betrachtet man die untersuchte Gruppe genauer, so zeigt sich, dass 57,1% der Substanzabhängigen ein Trauma mit anschließender Posttraumatische Belastungsstörung aufwiesen. 37,1% davon hatten nach der traumatischen Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, wiesen jedoch zum Zeitpunkt der Untersuchung kein Vollbild der PTSD mehr auf. 20% der Stichprobe erfüllen zum Untersuchungszeitpunkt immer noch die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung. 35,7% der Substanzabhängigen hatten zwar ein Trauma erlebt, jedoch im Anschluss keine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt (siehe Abbildung 10).

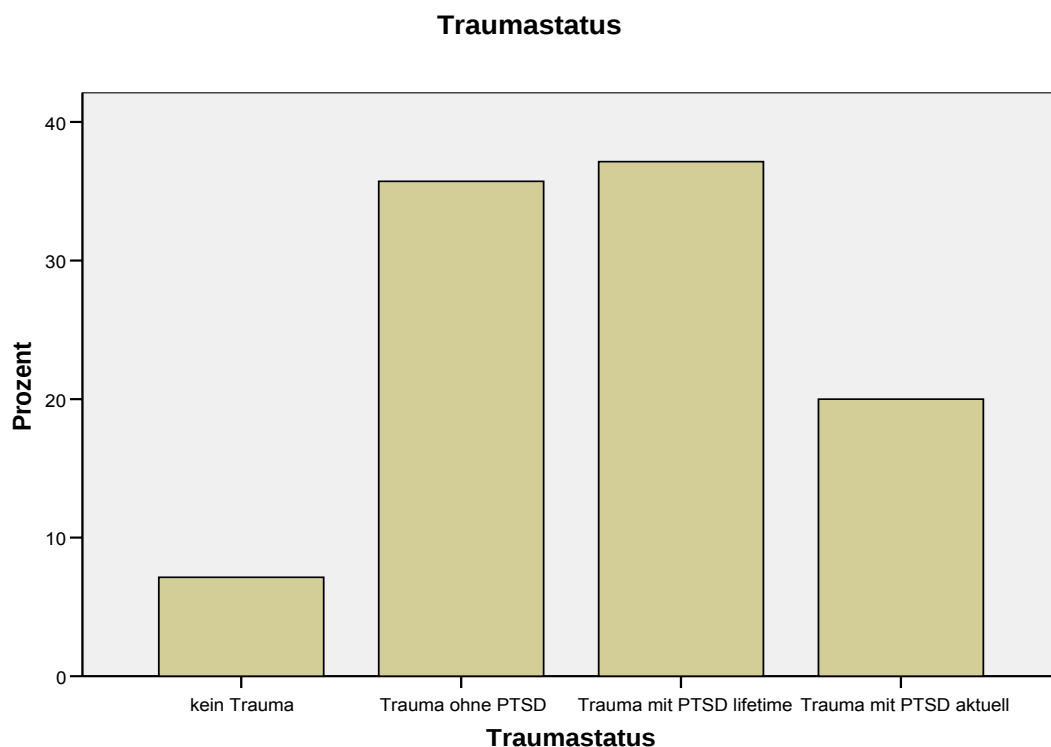


Abbildung 10: kein Trauma – Trauma ohne PTSD – Trauma mit PTSD lifetime – Trauma mit PTSD derzeit

Die Traumastatusgruppen sind nicht gleichverteilt ($\chi^2=16,976$; $df=3$; $p=0,001$).

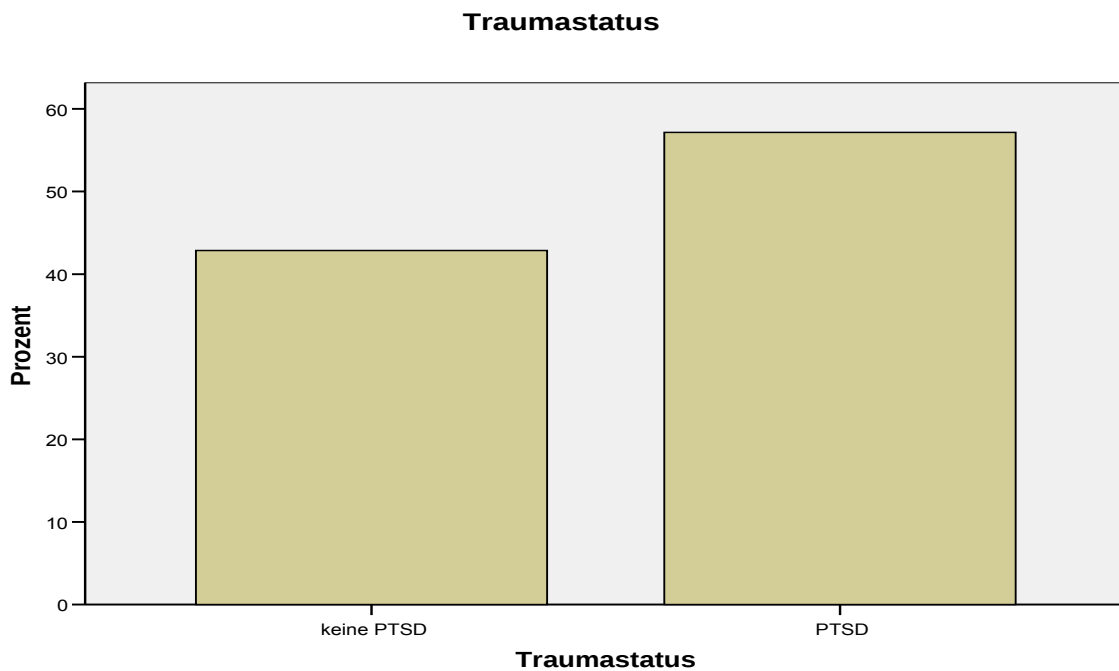


Abbildung 11: Traumastatus PTSD (lifetime und derzeit) – keine PTSD

Bei Signifikanzprüfung zeigt sich eine Gleichverteilung der beiden Gruppen (PTSD, keine PTSD). Die Gruppen unterscheiden sich also nicht signifikant voneinander ($p=0,23$; $df=1$; Chi-Quadrat=1,43).

Der gesundheitliche Zustand liegt bei Suchtpatienten mit einer lebenszeitlich oder aktuell aufgetretenen PTSD bei durchschnittlich 0,31 und bei solchen ohne PTSD bei 0,35. Die Werte der Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) Scores reichen von 0 bis 1. Kaum Unterschiede ergeben sich bei der ökonomischen Situation Substanzabhängiger mit und ohne PTSD. Hier weisen die beiden Gruppen einen Mittelwert von 0,85 im Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) auf. Der erfasste Alkoholgebrauch liegt bei Personen, die eine Posttraumatische Belastungsstörung erlebt hatten oder noch immer darunter litten, bei einem Mittelwert von 0,3 und bei Suchtpatienten ohne PTSD bei 0,22. Der

durchschnittliche Drogengebrauch von Suchtpatienten lag vor der Behandlung bei den von PTSD Betroffenen bei 0,40 und bei solchen ohne PTSD bei 0,42. Der Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) Score des modifizierten Drogengebrauchs, der ein spezielles Augenmerk auch auf Substanzabhängigkeit von anderen Drogen, wie Medikamenten, anderen Opiaten als Heroin, Amphetaminen, Schnüffelfstoffen und anderen legt, liegt bei Patienten mit PTSD bei 0,48 und bei Patienten ohne PTSD bei 0,51. Bei rechtlichen Problemen scoren Patienten mit PTSD im Durchschnitt mit 0,30 und Patienten ohne PTSD mit 0,40. Substanzabhängige mit PTSD lifetime oder derzeit weisen einen durchschnittlichen Score an Familienproblemen von 0,54 auf, Substanzabhängige ohne PTSD Erfahrung einen Score von nur 0.44. Vergleicht man die Mittelwerte der beiden Gruppen im Bereich der Beziehungen zu anderen Personen, also im Hinblick auf andere soziale Beziehungen, als der zur Familie, so ergibt sich für Personen mit PTSD Erfahrung im Schnitt ein ASI Score von 0,33 und für jene, die niemals in ihrem Leben eine Posttraumatische Belastungsstörung erlebt hatten ein ASI Score von 0,22. Was den psychischen Zustand der Suchtpatienten mit und ohne PTSD betrifft so ergaben sich für Personen mit PTSD ein durchschnittlicher Wert von 0,52 und für Personen ohne PTSD ein Wert von 0,35 (siehe Tab.7). Dazugehörige Standardabweichungen sind ebenfalls aus Tabelle 7 abzulesen.

Tabelle 7: Traumastatus PTSD und ASI - Mittelwerte und Standardabweichungen

	Traumastatus	N	Mittelwert	Standard- abweichung
körperlicher Zustand	keine PTSD	21	,3538	,38102
	PTSD	30	,3110	,32673

ökonomische Situation	keine PTSD	21	,8576	,31230
	PTSD	30	,8510	,29586
Alkoholgebrauch	keine PTSD	21	,2176	,31709
	PTSD	30	,3057	,30604
Drogengebrauch	keine PTSD	21	,4195	,09362
	PTSD	30	,4033	,11995
Drogengebrauch modifiziert	keine PTSD	21	,5071	,11624
	PTSD	30	,4793	,14484
rechtliche Probleme	keine PTSD	21	,4038	,30027
	PTSD	30	,3037	,22401
Familie	keine PTSD	21	,4419	,23941
	PTSD	30	,5443	,31295
andere soziale Beziehungen	keine PTSD	21	,2231	,21680
	PTSD	30	,3260	,21644
psychischer Zustand	keine PTSD	21	,3548	,20201
	PTSD	30	,5177	,20390

4.3.1.2 Aktuelle PTSD bei Substanzabhängigkeit

Die bisher beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf Erhebungen durch das Strukturierte Klinische Interview Achse I. Die aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung wurde zusätzlich noch durch die Impact of Event Scale –Revised (IES-R) erhoben. Auch hier zeigte sich, dass 23,5% der Substanzabhängigen in Behandlung eine aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung in den letzten sieben Tagen aufwiesen.

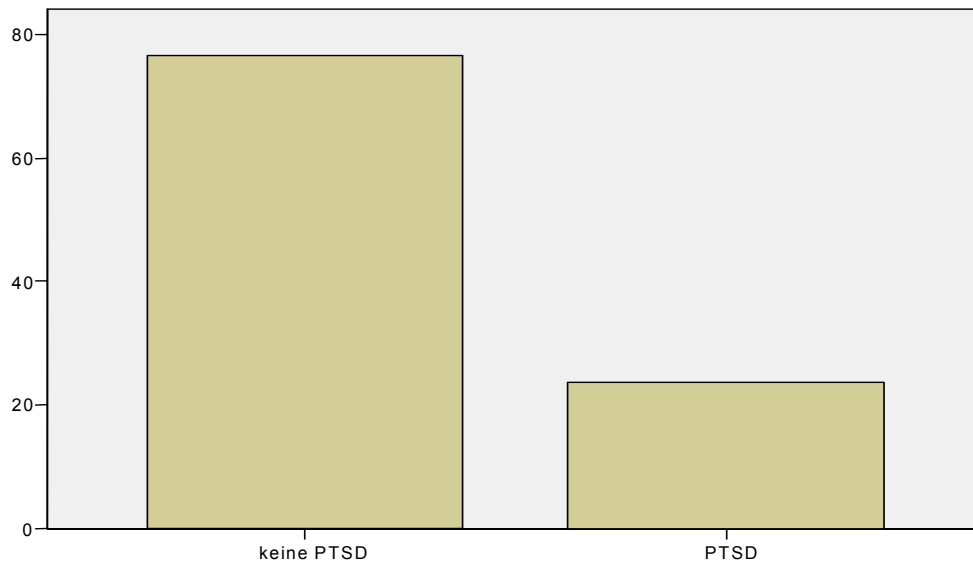


Abbildung 12: Aktuelle PTSD (IES-R)

Es zeigen sich signifikant mehr Suchtpatienten von keiner aktuellen PTSD betroffen als von einer aktuellen PTSD betroffen ($p \leq 0,0001$; $df=1$; $\chi^2=19,06$). Geht man nur ausschließlich von aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung bei Suchtpatienten aus, so zeigt sich, dass aktuell PTSD-Betroffene im Bereich der körperlichen Probleme, also was ihren Gesundheitszustand betrifft einen Mittelwert von 0,46, und Patienten ohne aktueller PTSD einen Mittelwert von 0,27. Die finanzielle Situation Substanzabhängiger mit aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung kommt auf einen Mittelwert von 0,83 und die von Suchtpatienten ohne aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung auf einen Mittelwert von 0,86. Der Alkoholgebrauch von Suchtpatienten mit aktueller PTSD lag vor dem Therapieaufenthalt bei durchschnittlich 0,18 und der von Suchtpatienten ohne aktueller PTSD bei 0,29. Der Drogengebrauch von Personen mit momentaner PTSD liegt bei durchschnittlich 0,39 und bei Personen ohne akuter PTSD bei 0,41.

Der zusätzlich erfasste veränderte Drogenscore liegt bei Substanzabhängigen mit aktueller PTSD bei 0,45 und bei Suchtpatienten ohne aktueller PTSD bei 0,51. Rechtliche Probleme zeigen sich bei Suchtpatienten mit derzeitiger Posttraumatischer Belastungsstörung mit einem Wert von durchschnittlich 0,25 und bei Suchtpatienten ohne PTSD mit einem Wert von 0,37. Familienprobleme scoren mit durchschnittlich 0,56 bei Süchtigen in Behandlung mit derzeitiger Posttraumatischer Belastungsstörung mit 0,48 und bei Substanzabhängigen ohne PTSD mit 0,48. Probleme im Bereich anderer sozialer Beziehungen erreichen bei Suchtpatienten mit akuter PTSD einen Mittelwert von 0,31 und bei Suchtpatienten ohne PTSD einen Mittelwert von 0,28. Der psychische Zustand erreicht bei Personen mit aktueller PTSD einen durchschnittlichen Wert von 0,57, bei Personen ohne PTSD hingegen einen Wert von 0,41 (siehe Tab.8).

Tabelle 8: IES-R – ASI

	aktuelle PTSD nach IES-R	N	Mittelwert	Standard-abweichung
körperlicher Zustand	keine PTSD	35	,2717	,34261
	PTSD	14	,4579	,35777
ökonomische Situation	keine PTSD	35	,8563	,29937
	PTSD	14	,8264	,32686
Alkoholgebrauch	keine PTSD	35	,2937	,32138
	PTSD	14	,1886	,25167
Drogengebrauch	keine PTSD	35	,4197	,09291
	PTSD	14	,3950	,13738
Drogengebrauch modifiziert	keine PTSD	35	,5063	,11515
	PTSD	14	,4557	,16547
rechtliche Probleme	keine PTSD	35	,3666	,22391
	PTSD	14	,2543	,30017

Familie	keine PTSD	35	,4851	,29342
	PTSD	14	,5600	,28646
andere soziale Beziehungen	keine PTSD	35	,2799	,21847
	PTSD	14	,3129	,23757
psychischer Zustand	keine PTSD	35	,4163	,22016
	PTSD	14	,5750	,14495

4.3.1.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung bei Substanzabhängigen

In etwa ein Drittel (34,3%) der untersuchten Stichprobe entwickelte eine komplexere, tiefer in der Persönlichkeit verankerte Traumafolgesymptomatik in Form einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung.

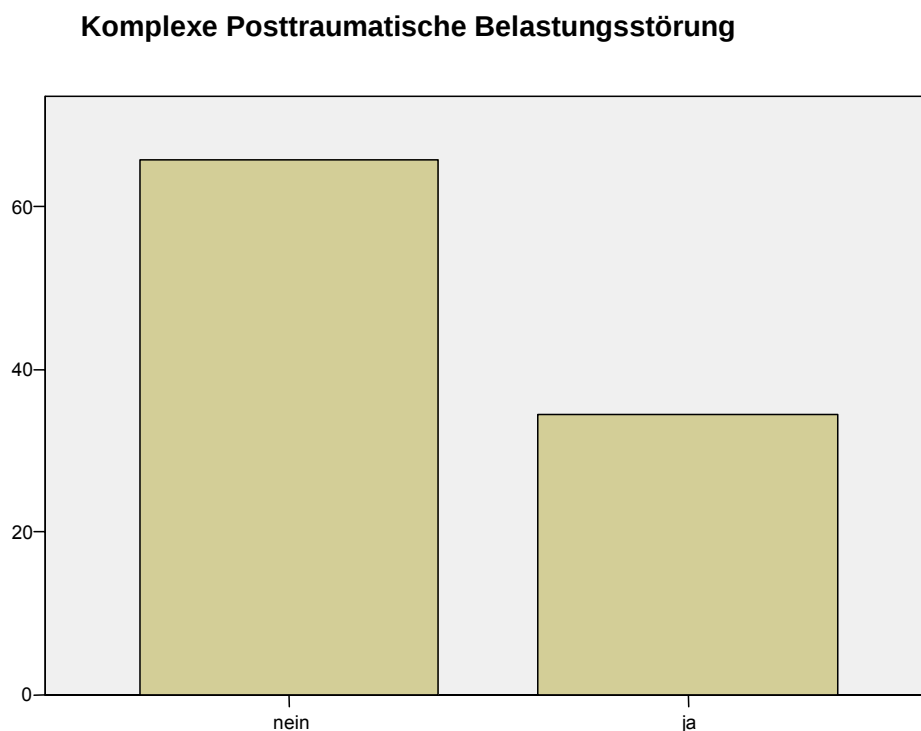


Abbildung 13: Komplexe PTSD

Die Gruppen komplexe PTSD und keine komplexe PTSD unterscheiden sich signifikant ($p=0,01$, $df=1$ Chi-Quadrat=6,58). Suchtpatienten mit komplexer PTSD erreichen im Bereich körperlicher Zustand einen Mittelwert von 0,48, Suchtpatienten ohne komplexe PTSD einen Mittelwert von 0,24. Was die ökonomische Situation anbelangt, so erzielten hier Personen mit komplexer PTSD einen Mittelwert von 0,87 und Personen ohne komplexe PTSD einen Mittelwert von 0,84. Der Alkoholgebrauch weist für komplex Traumatisierte einen Mittelwert von 0,25 und bei nicht komplex Traumatisierten einen Mittelwert von 0,28. Betrachtet man den Drogengebrauch vor dem körperlichen Entzug selbst, so erreichen hier Therapiepatienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung im Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) einen durchschnittlichen Wert von 0,43 und Patienten ohne komplexer PTSD einen Wert von 0,39. Der modifizierte Drogengebrauch liegt für diese Gruppen etwas höher bei 0,52 und 0,47. Rechtliche Probleme scoren für die Gruppe der Personen mit komplexer PTSD bei durchschnittlich 0,30 und bei solchen ohne komplexer PTSD bei 0,36. Das Ausmaß an Familienproblemen liegt bei Substanzabhängigen mit komplexer PTSD im Mittel bei einem ASI Wert von 0,46 und bei Substanzabhängigen ohne komplexer PTSD bei 0,53. Was den psychischen Zustand von Substanzabhängigen mit komplexer Traumafolgestörung anbelangt so erreichen sie hier einen Wert von 0,48 Substanzabhängige ohne solche Traumafolgestörungen hingegen 0,42 (siehe Tab.9).

Tabelle 9: IK-PTBS – ASI Mittelwerte und Standardabweichung

	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	N	Mittelwert	Standard- abweichung
körperlicher Zustand	nein	32	,2388	,31373
	ja	19	,4800	,35567
ökonomische Situation	nein	32	,8441	,31233
	ja	19	,8700	,28457
Alkoholgebrauch	nein	32	,2794	,32363
	ja	19	,2526	,29511
Drogengebrauch	nein	32	,3959	,09863
	ja	19	,4337	,12411
Drogengebrauch modifiziert	nein	32	,4738	,11929
	ja	19	,5195	,15313
rechtliche Probleme	nein	32	,3688	,27209
	ja	19	,3047	,24022
Familie	nein	32	,5263	,26065
	ja	19	,4616	,32999
andere soziale Beziehungen	nein	32	,2617	,22390
	ja	19	,3205	,21526
psychischer Zustand	nein	32	,4288	,22027
	ja	19	,4874	,21142

4.3.1.4 Kindheitstraumatisierung bei Substanzabhängigen

Betrachtet man die Stichprobe stationärer Suchtpatienten genauer, so zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte (55,9%) körperliche Gewalt in der Kindheit erlebt haben. Bei Signifikantprüfung zeigt sich eine Gleichverteilung der Gruppen körperliche Gewalt und keine körperliche Gewalt ($p=0,33$; $df=1$; $\chi^2=0,94$).

körperlicher Missbrauch Gruppen: ja/nein

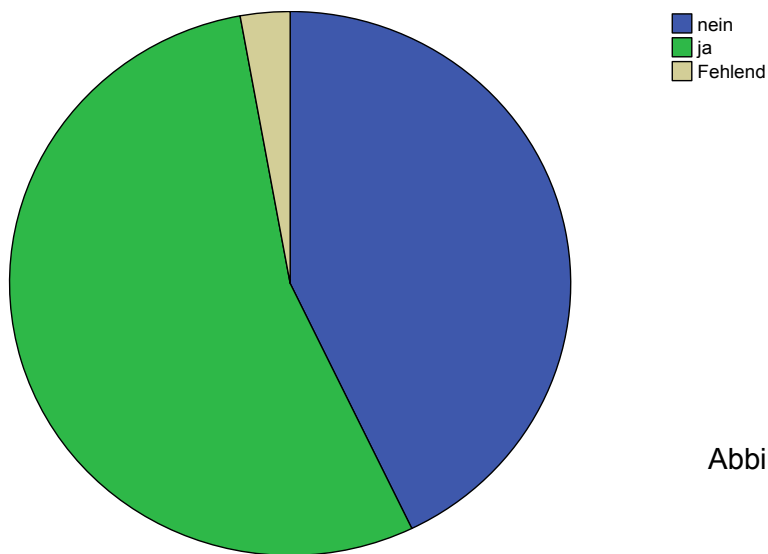


Abbildung 14: Körperliche Gewalt

sexuelle Gewalt / Missbrauch Gruppen: ja/nein

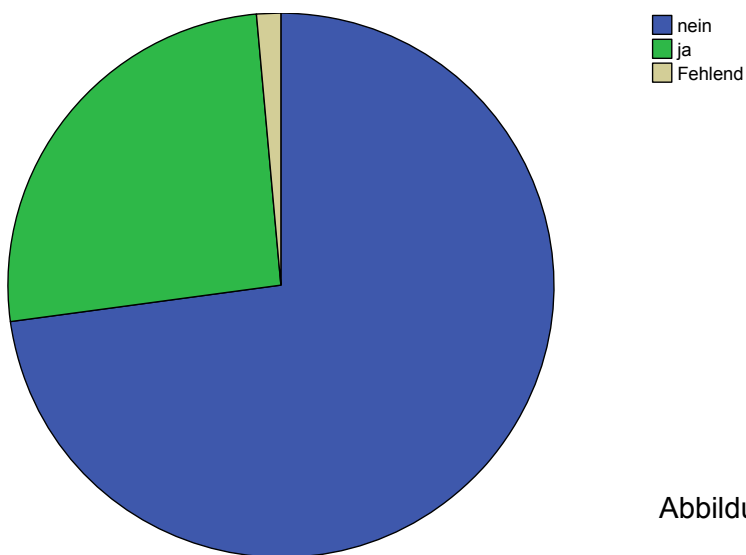


Abbildung 15: Sexueller Missbrauch /
sexuelle Gewalt

Sexueller Missbrauch tritt bei einem Viertel (26,1%) der Suchtpatienten auf. Die Gruppen sexueller Missbrauch und kein sexueller Missbrauch unterscheiden sich signifikant ($p \leq 0,0001$; $df=1$; $\chi^2=15,78$).

Darüber hinaus gibt ein Großteil (87%) der untersuchten Suchtpatienten an, emotionalen Missbrauch erlebt zu haben. Dabei geht es in erster Linie darum seelisch gequält, missachtet, abgewertet, beschimpft, verletzt oder beleidigt zu werden, das Gefühl zu bekommen, gehasst zu werden oder sich emotional missbraucht zu fühlen.

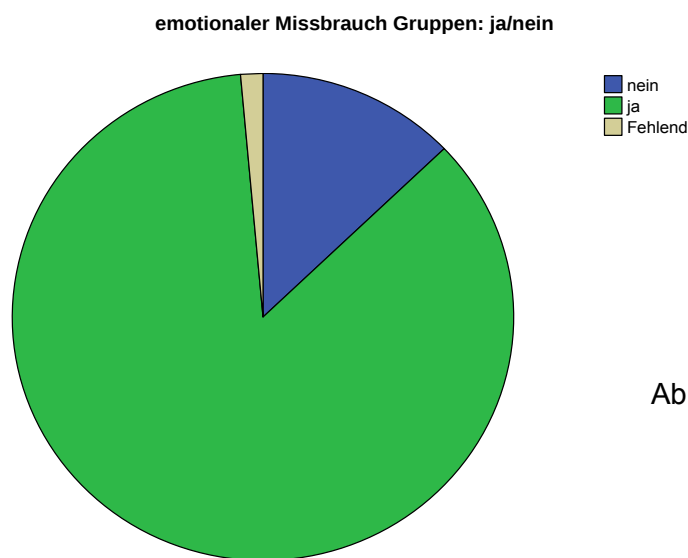


Abbildung 16: Emotionaler Missbrauch

Signifikant mehr Suchtpatienten zeigen emotionale Missbrauchserfahrungen, als sie es nicht tun ($p \leq 0,0001$; $df=1$; $\chi^2=37,67$). Der Fragebogen zu Traumatisierung in der Kindheit (CTQ) erfasst darüber hinaus zusätzlich körperliche und emotionale Vernachlässigung. Von körperlicher Vernachlässigung sind Kinder betroffen, die nichts zu essen haben, nicht über genügend Kleidung verfügen oder schmutzige Kleidung tragen müssen, nicht zum Arzt gehen können oder dürfen und ähnliches. 84,1% der Suchtpatienten gaben an, zumindest eine dieser Einschränkungen erlebt zu haben, also körperlich vernachlässigt worden zu sein.

körperliche Vernachlässigung Gruppen: ja/nein

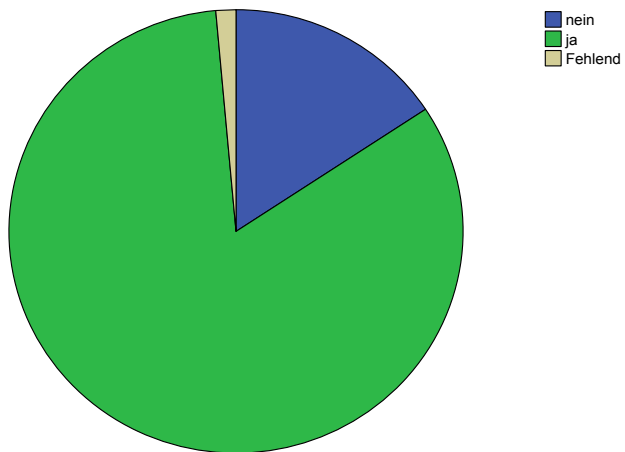


Abbildung 17: Körperliche Vernachlässigung

emotionale Vernachlässigung ja/nein

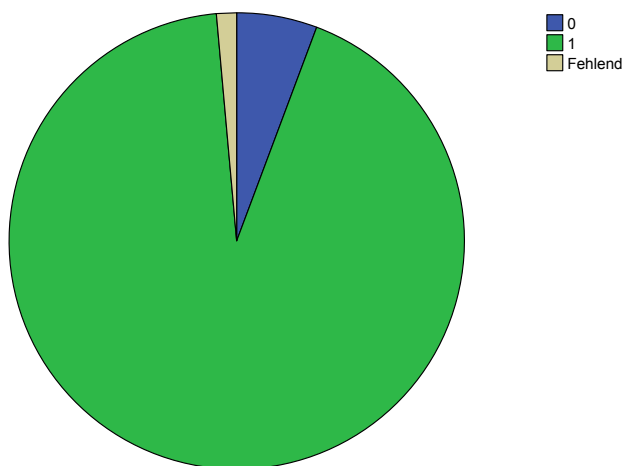


Abbildung 18: Emotionale
Vernachlässigung

Ebenfalls 94,2% gaben an, emotional vernachlässigt worden zu sein. Die Personen fühlten sich nicht geliebt, empfanden ihre Familie nicht als Quelle der Unterstützung, empfanden keine Nähe unter den Familienmitgliedern oder hatten nicht das Gefühl, dass die Familienmitglieder aufeinander acht gaben.

Es zeigen also deutlich mehr Substanzabhängige körperliche Vernachlässigung in der Kindheit als, dass sie keine körperliche Vernachlässigung aufweisen ($p \leq 0,0001$; $df=1$; $\chi^2=32,01$). Auch berichten deutlich mehr Substanzabhängige von Erfahrungen emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit als von keinen derartigen Kindheitserfahrungen ($p \leq 0,0001$; $df=1$; $\chi^2=53,93$).

Von 120 möglichen Punkten im CTQ erreichten die untersuchten Suchtpatienten durchschnittlich 49,06 Punkte, mit einer Standardabweichung von 16,64.

Für die einzelnen Subskalen erlangten Substanzabhängige in Behandlung einen durchschnittlichen Punktwert siehe Tabelle 10.

Tabelle 10: CTQ Mittelwerte und Standardabweichung

	emotionaler Missbrauch	körperlicher Missbrauch	sexuelle Gewalt / Missbrauch	emotionale Vernach- lässigung	körperlich Vernach- lässigung
Mittelwert	11,51	8,19	6,71	13,46	9,03
Standardabweichung	4,999	4,608	3,730	5,115	3,884

4.3.1.5 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen

Unterscheidet man Suchtpatienten, die im Moment oder irgendwann in ihrem Leben nach einem Trauma eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatten, von Suchtpatienten, die niemals eine Posttraumatische Belastungsstörung

entwickelt hatten, sei es jetzt, dass sie zwar ein Trauma erlebt hatten, aber in Folge keine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelten, oder gar kein Trauma erlebt hatten, so zeigt sich, dass Suchtpatienten mit PTSD Erfahrung im Wisconsin Card Sort Test (Drühe-Wienholt und Wienholt, 1998) im Bereich der insgesamt falsch beantworteten Items einen Mittelwert von 25,81 erreichen und Substanzabhängige, die nie unter einer PTSD gelitten haben einen Mittelwert von 35,26. Betrachtet man die Fehler genauer, so zeigt sich, dass Substanzabhängige mit PTSD im speziellen Perseverationsfehler, also Fehler, die durch das Verhaften an einer Strategie entstehen, also durch geringere kognitive Flexibilität einen Mittelwert von 8,58 erreichen, Substanzabhängige ohne PTSD jedoch einen Mittelwert von 12,11. Was andere Fehler als Perseverationsfehler betrifft, so machen PTSD-Betroffene hier durchschnittlich 17,23 andere Fehler und Substanzabhängige ohne PTSD 23,16 von insgesamt 96 möglichen Fehlern (siehe Tab.11).

Tabelle 11: Traumastatus PTSD und WCST

	Traumastatus	N	Mittelwert	Standardabweichung
WCST Falsche	keine PTSD	19	35,26	18,354
	PTSD	26	25,81	15,761
WCST Perseverationsfehler	keine PTSD	19	12,11	10,609
	PTSD	26	8,58	8,932
WCST andere Fehler	keine PTSD	19	23,16	10,238
	PTSD	26	17,23	7,366

4.3.1.6 Substanzabhängige mit aktueller posttraumatischer

Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen

Untersucht man ausschließlich die Fälle von aktueller posttraumatischer Belastungsstörung machen Suchtpatienten mit aktueller PTSD durchschnittlich 22,54 Fehler, Suchtpatienten ohne aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung hingegen 32,87 Fehler. Davon sind durchschnittlich 6,23 Perseverationsfehler auf Seiten der aktuell PTSD-Betroffenen und 11,68 bei nicht aktuell PTSD-Betroffenen. Andere Fehler wurden von PTSD-Patienten durchschnittlich 16,31 gemacht, von nicht aktuell PTSD-Betroffenen hingegen im Schnitt 21,19 (siehe Tab.12).

Tabelle 12: IES-R - WCST Mittelwerte und Standardabweichungen

	aktuelle PTSD nach IES-R	N	Mittelwert	Standardabweichung
WCST Falsche	keine PTSD	31	32,87	19,204
	PTSD	13	22,54	10,055
WCST Perseverationsfehler	keine PTSD	31	11,68	10,734
	PTSD	13	6,23	5,974
WCST andere Fehler	keine PTSD	31	21,19	10,150
	PTSD	13	16,31	5,154

4.3.1.7 Substanzabhängige mit komplexer Posttraumatischer

Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen

Wie schneiden nun Substanzabhängige, die nach einem oder mehreren Traumata eine komplexe Traumasymptomatik entwickelten, im Bereich der Exekutivfunktionen ab? Was diese Fragestellung anbelangt, so zeigte sich, dass komplex

Traumatisierte Suchtpatienten im WCST durchschnittlich 30,07 Fehler machten, Suchtpatienten ohne komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung dagegen 29,67. Im Bereich der Perseverationsfehler, also falsche Zuordnungen, die durch fälschliches Beibehalten einer gewohnten Strategie entstanden sind, erreichten PTSD Patienten einen Mittelwert von 11,53 Fehlern. Suchtpatienten ohne komplexe PTSD erreichten hier einen Mittelwert von 9,33. Andere Fehler im WCST wurden von Personen mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung 18,53 mal gemacht, von nicht komplex Traumatisierten 20,33 mal (siehe Tab.13).

Tabelle 13: IK-PTBS – WCST Mittelwerte und Standardabweichungen

	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung vorhanden?	N	Mittelwert	Standardabweichung
WCST Falsche	nein	30	29,67	16,302
	ja	15	30,07	19,905
WCST Perseverationsfehler	nein	30	9,33	8,159
	ja	15	11,53	12,472
WCST andere Fehler	nein	30	20,33	9,679
	ja	15	18,53	7,927

4.3.1.8 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Dissoziation

Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung derzeit an einer PTSD leiden oder irgendwann in ihrem Leben davon betroffen waren, erzielten im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (Spitzer et al., 1999) einen Mittelwert von 12,76, Substanzabhängige, die niemals in ihrem Leben eine PTSD entwickelt hatten, erreichten in diesem Zusammenhang durchschnittlichen Wert von 10,96 (siehe Tab.14).

Tabelle 14: Traumastatus PTSD - FDS

	Traumastatus	N	Mittelwert	Standard-abweichung
Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen	keine PTSD	29	10,9561	5,93506
	PTSD	39	12,7564	6,74486

4.3.1.9 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Depression

Suchtpatienten, die eine PTSD entwickelt hatten, erreichten im Beck Depressions-Inventar (BDI) durchschnittlich 18,11 Punkte, Suchpatienten ohne PTSD hingegen nur 12,56 (siehe Tab.15).

Tabelle 15: Traumastatus PTSD - BDI

	Traumastatus	N	Mittelwert	Standard-abweichung
Beck Depressionsinventar	keine PTSD	25	12,56	7,217
	PTSD	36	18,11	9,786

4.3.1.10 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Persönlichkeitsstörungen

98,5% der Stichprobe wiesen eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter auf. Bei nur einer Person ließ sich keine Antisoziale Persönlichkeitsstörung feststellen. Diese Person hatte auch nie eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt (siehe Tab.16).

Tabelle 16: Traumastatus PTSD – Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erw.	nein	Anzahl	1	0	1
		% von Traumastatus	3,3%	,0%	1,5%
	ja	Anzahl	29	38	67
		% von Traumastatus	96,7%	100,0%	98,5%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Bei 77,9% der Substanzabhängigen war schon im Kindes- und Jugendalter eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung aufgetreten. Der Anteil an Personen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter unterschied sich jedoch bei Substanzabhängigen mit PTSD lifetime oder aktuell und ohne PTSD nicht erheblich. 78,9% der PTSD-Betroffenen hatten in ihrer Jugend auch eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung und 76,7% der Nicht-PTSD-Betroffenen. (Tabelle im Anhang 1)

Eine, wie sich aufgrund der Literatur vermuten ließ, und sich in dieser Untersuchung ebenfalls bestätigte, besonders verbreitete Persönlichkeitsstörung bei Substanzabhängigen stellt die Borderline Persönlichkeitsstörung dar. 69,1% der Stichprobe weisen eine derartige Persönlichkeitsstörung auf. Genauer betrachtet 71,1% der Suchtpatienten die eine lebeszeitlich aufgetretene oder derzeitige PTSD aufweisen und 66,7% Suchtpatienten ohne PTSD (siehe Tab.17).

Tabelle 17: Traumastatus PTSD – Borderline Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Borderline	nein	Anzahl	10	11	21
		% von Traumastatus	33,3%	28,9%	30,9%
	ja	Anzahl	20	27	47
		% von Traumastatus	66,7%	71,1%	69,1%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

33,8% der Stichprobe Substanzabhängiger in Behandlung weist eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung auf. Betrachtet man Substanzabhängige mit PTSD so erfüllen 36,8% davon auch die Kriterien einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Bei der Gruppe der Suchtpatienten ohne PTSD zeigen 30% auch alle Merkmale einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung (siehe Tab.18).

Tabelle 18: Traumastatus PTSD – Narzisstische Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Narzisst. Persönlichk eitsstörung	nein	Anzahl	21	24	45
		% von Traumastatus	70,0%	63,2%	66,2%
	ja	Anzahl	9	14	23
		% von Traumastatus	30,0%	36,8%	33,8%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

34,2% der Substanzabhängigen mit PTSD weisen zusätzlich auch eine Paranoide Persönlichkeitsstörung auf. Auf Seite der Substanzabhängigen ohne PTSD-Diagnose sind es jedoch nur 20%. Insgesamt weisen 27,9% der Substanzabhängigen eine Paranoide Persönlichkeitsstörung auf (siehe Tab.19).

Tabelle 19: Traumastatus PTSD – Paranoide Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Paranoide Persönlich- keitsstörung	nein	Anzahl	24	25	49
		% von Traumastatus	80,0%	65,8%	72,1%
	ja	Anzahl	6	13	19
		% von Traumastatus	20,0%	34,2%	27,9%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Was die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung betrifft, so sind es 36,8% der Substanzabhängigen mit PTSD, die davon betroffen sind. Auf Seite der Substanzabhängigen ohne PTSD sind es dagegen 26,7% (siehe Tab.20).

Tabelle 20: Traumastatus PTSD – Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Selbst- unsichere Persönlich- keitsstörung	nein	Anzahl	22	24	46
		% von Traumastatus	73,3%	63,2%	67,6%
	ja	Anzahl	8	14	22
		% von Traumastatus	26,7%	36,8%	32,4%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Sieben Personen, oder 10,3% der Stichprobe, zeigten eine Histrionische Persönlichkeitsstörung. Davon hatten drei Suchtpatienten auch Kriterien einer lebenszeitlichen oder aktuellen PTSD und bei vier Personen wurde nie eine PTSD diagnostiziert (siehe Tabelle im Anhang 2).

Sechs der untersuchten Suchtpatienten weisen neben einer lebenszeitlich aufgetretenen oder akuten PTSD auch eine Schizoide Persönlichkeitsstörung auf. Vier Personen ohne PTSD zeigten ebenfalls die Kriterien einer Schizoiden Persönlichkeitsstörung.

Insgesamt zeigen zehn Suchtpatienten, also 14 % der Stichprobe eine Schizoide Persönlichkeitsstörung (siehe Tabelle im Anhang 3).

Nur eine einzige Person erfüllte die Kriterien einer Schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Bei dieser Person war ebenfalls eine PTSD diagnostiziert worden (siehe Tabelle im Anhang 4).

Fünf Suchtpatienten mit einer zusätzlichen PTSD-Diagnose litten darüber hinaus auch an einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung, zwei Substanzabhängige in Behandlung hatten nie eine PTSD erlebt, verfügten aber über das Vollbild einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung (siehe Tabelle im Anhang 5).

Acht Suchtpatienten mit PTSD lifetime oder derzeit verfügen zusätzlich über eine Dependente Persönlichkeitsstörung. Auf Seite der Suchtpatienten ohne PTSD Diagnose sind es hingegen nur zwei. Insgesamt sind also 14,7% der Stichprobe von einer Dependenten Persönlichkeitsstörung betroffen (siehe Tabelle im Anhang 6).

4.3.2 Inferenzstatistische Ergebnisse

4.3.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung und die Schwere der Substanzabhängigkeit

Der zentrale Untersuchungsgegenstand der Studie ist der Einfluss von möglicherweise vorhandenen Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Substanzabhängigen auf die Schwere ihrer Sucht.

Zur Berechnung der Unterschiede von Substanzabhängigen mit und ohne PTSD in Bezug auf die Schwere der Sucht wurden für alle Problembereiche die das Interview zur Schwere der Substanzabhängigkeit erfasst, T-Tests verwendet, sofern das die Voraussetzungen zulassen. Eine Normalverteilung, geprüft durch den Kolmogorov-Smirnov-Test kann von allen Problembereichen, außer den Problembereichen ökonomische Situation und Alkoholgebrauch angenommen werden. Für diese beiden Subtests wurde zur Prüfung der Gruppenunterschiede ein U-Test berechnet.

(Die Prüfung der Homogenität der Varianzen ergab einzig für den Problembereich Familie keine Homogenität der Varianzen.)

Es zeigte sich, dass Substanzabhängige mit einer lebenszeitlich aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer immer noch vorhandenen PTSD nur im Problembereich psychischer Zustand des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) signifikant schlechtere Werte erzielen. Die vorhandenen Gruppenunterschiede zeigen sich bei einer Alpha-Fehlerwahrscheinlichkeit von $p=0,007$ (T-Wert= -2,8; df= 49) (siehe Tab.21a). Für alle Berechnungen wurde ein Signifikanzniveau von 5% verwendet.

In den Problembereichen Alkohol, Drogen, körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, rechtliche Probleme, Familienprobleme und Sozialbeziehungen unterscheiden sich Suchtpatienten mit PTSD nicht von Suchtpatienten ohne PTSD. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang natürlich der Problembereich Alkohol und Drogen. Gerade in diesem Bereich zeigten sich allerdings keine Unterschiede.

Tabelle 21a: Traumastatus – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (T-Test)

	Traumastatus	N	Mw.	Stabw.	T	df	p
Drogengebrauch	keine PTSD	21	0,42	0,09			
	PTSD	30	0,40	0,12	0,52	49	0,607
Drogengebrauch modifiziert	keine PTSD	21	0,51	0,12			
	PTSD	30	0,48	0,14	0,73	49	0,469

rechtliche Probleme	keine PTSD	21	0,40	0,30			
	PTSD	30	0,30	0,22	1,36	49	0,179
Familie	keine PTSD	21	0,44	0,24			
	PTSD	30	0,54	0,31	-1,32	48,55	0,192
andere soziale Beziehungen	keine PTSD	21	0,22	0,22			
	PTSD	30	0,33	0,22	-1,67	49	0,101
psychischer Zustand	keine PTSD	21	0,35	0,20			
	PTSD	30	0,52	0,20	-2,82	49	0,007

Tabelle 21b: Traumastatus – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (U-Test)

	Traumastatus	N	Mw.	Stabw.	U	Z	p
körperlicher Zustand	keine PTSD	21	0,35	0,38			
	PTSD	30	0,31	0,33	295,00	-0,399	0,690
ökonomische Situation	keine PTSD	21	0,86	0,32			
	PTSD	30	0,85	0,29	306,00	-0,239	0,811
Alkoholgebrauch	keine PTSD	21	0,23	0,32			
	PTSD	30	0,30	0,31	242,00	-1,424	0,155

4.3.2.2 Aktuelle PTSD Symptome und die Schwere der Substanzabhängigkeit

Mittels IES-R wurden allein jene Suchtpatienten erfasst, die eine aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen. Es stellt sich also die Frage: Weisen Suchtpatienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine posttraumatische Belastungsstörung aufweisen eine schwerere Substanzabhängigkeit auf als solche, die im Moment nicht die Kriterien einer aktuellen PTSD erfüllen? Bis auf die Problembereiche „körperlicher Zustand“, „ökonomischen Situation“ und „Beziehungen zu anderen Menschen, als der Familie“ kann für alle Addiction Severity Problembereiche Normalverteilung angenommen werden. Auch hier wurde alternativ ein T- oder U-Test berechnet. Auch für Suchtpatienten mit aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung gilt, dass sie sich im Interview zur Schwere der Substanzabhängigkeit ausschließlich im Hinblick auf ihren psychischen Zustand von Suchtpatienten ohne aktueller PTSD unterscheiden. Die Unterschiede fielen derart aus, dass sich zeigt, dass Personen mit aktueller PTSD im Teilbereich psychischer Zustand des ASI signifikant höhere Werte aufwiesen, und zwar bei einer Alpha-Fehlerwahrscheinlichkeit von $p = 0,017$ (T-Wert= -2,48; df= 47) (siehe Tab. 22a). In allen anderen Problembereichen zur Schwere der Substanzabhängigkeit unterscheiden sich Suchtpatienten mit aktueller PTSD nicht von solchen ohne aktueller PTSD.

Auch hier ist im Speziellen anzumerken, dass keine Unterschiede in den Teilbereichen Alkohol- und Drogenkonsum aufschienen.

Tabelle 22a: aktuelle PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (T-Test)

	aktuelle PTSD	N	Mw.	Stabw.	T	df	p
Alkoholgebrauch	keine PTSD	35	0,29	0,32			
	PTSD	14	0,19	0,25	1,22	30,52	0,233
Drogengebrauch	keine PTSD	35	0,41	0,09			
	PTSD	14	0,39	0,14	0,73	47	0,544
Drogengebrauch modifiziert	keine PTSD	35	0,51	0,11			
	PTSD	14	0,45	0,16	1,22	47	0,309
rechtliche Probleme	keine PTSD	35	0,36	0,22			
	PTSD	14	0,25	0,30	1,43	47	0,221
Familie	keine PTSD	35	0,48	0,29			
	PTSD	14	0,56	0,29	-1,82	47	0,420
psychischer Zustand	keine PTSD	35	0,42	0,22			
	PTSD	14	0,57	0,14	-2,48	47	0,017

Tabelle 22b: aktuelle PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (U-Test)

	aktuelle PTSD	N	Mw.	Stabw.	U	Z	p
körperlicher Zustand	keine PTSD	35	0,27	0,34			
	PTSD	14	0,46	0,36	177,5	-1,567	0,117
ökonomische Situation	keine PTSD	35	0,86	0,23			
	PTSD	14	0,83	0,33	226,5	-0,561	0,575
andere soziale Beziehungen	keine PTSD		0,28	0,22			
	PTSD		0,31	0,24	220,0	-0,559	0,576

4.3.2.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und die Schwere der Substanzabhängigkeit

Einige Menschen entwickeln nach vor allem lang andauernden, wiederholten Traumata über eine direkt an das Trauma anschließende mögliche Posttraumatische Belastungsstörungsreaktion hinaus anhaltende komplexere Traumafolgestörungen. Diese anhaltenden Persönlichkeitsänderungen treten, wie im deskriptiven Teil schon erwähnt, etwas seltener auf als akute Posttraumatische Belastungsstörungsreaktionen (vergleiche 57,1% der Suchtpatienten, die irgendwann einmal eine PTSD aufwiesen (siehe Abbildung 11) zu 32,9% mit komplexer PTSD (siehe Abbildung 13)).

Auch hier stellt sich die Frage, inwieweit komplexer traumatisierte Personen ein anderes Suchtverhalten zeigen, als solche ohne komplexe Posttraumatische Belastungsstörung.

Zur Berechnung möglicher Unterschiede wurden wieder alternativ, je nachdem, ob die Voraussetzung einer Normalverteilung gegeben war, T- oder U-Test berechnet.

Die Addiction-Severity-Index-Problembereiche „körperlicher Zustand“, „ökonomische Situation“, „Alkoholgebrauch“ und „andere soziale Beziehungen“ müssen nach Prüfung durch den Kolmagorov-Smirnov Test als nicht normalverteilt angenommen werden.

Mit einer Alphafehlerwahrscheinlichkeit von $p = 0,021$ zeigte sich, dass Suchtpatienten mit aktueller komplexer PTSD sich von Suchtpatienten ohne aktueller komplexer PTSD hinsichtlich ihres körperlichen Zustands unterscheiden. Suchtpatienten mit komplexer PTSD zeigen einen signifikant schlechteren körperlichen Zustand im medizinischen Score des ASI (siehe Tab. 23b). In allen anderen Problembereichen zur Schwere der Substanzabhängigkeit unterscheiden sich Suchtpatienten mit komplexer PTSD nicht von solchen ohne komplexer PTSD.

Tabelle 23a: komplexe PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (T-Test)

	Komplexe PTSD	N	Mw.	Stabw.	T	df	p
Drogengebrauch	nein	32	0,39	0,10			
	ja	19	0,43	0,12	-1,199	49	0,236
Drogengebrauch modifiziert	nein	32	0,47	0,12			
	ja	19	0,52	0,15	-1,189	49	0,240

rechtliche Probleme	nein	32	0,37	0,27			
	ja	19	0,30	0,24	0,847	49	0,401
Familie	nein	32	0,53	0,26			
	ja	19	0,46	0,33	0,775	49	0,442
psychischer Zustand	nein	32	0,43	0,22			
	ja	19	0,49	0,21	-0,932	49	0,356

Tabelle 23b: komplexe PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (U-Test)

	Komplexe PTSD	N	Mw.	Stabw.	U	Z	p
körperlicher Zustand	nein	32	0,24	0,31			
	ja	19	0,48	0,35	190,0	-2,317	0,021
ökonomische Situation	nein	32	0,84	0,31			
	ja	19	0,87	0,28	297,5	-0,176	0,860
Alkoholgebrauch	nein	32	0,28	0,32			
	ja	19	0,25	0,29	284,0	-0,397	0,159
andere soziale Beziehungen	nein	32	0,26	0,22			
	ja	19	0,32	0,21	232,5	-1,407	0,691

4.3.2.4 Kindheitstraumatisierung und die Schwere der Substanzabhängigkeit

Die Traumatisierung in der Kindheit wirkt sich auf den Teilbereich „psychischer Zustand“ des Interviews zur Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) aus, und zwar mit einer Alpha-Fehlerwahrscheinlichkeit von $p = 0,054$. Mit dem Ausmaß der Traumatisierung in der Kindheit verschlechtert sich also der psychische Zustand im Erwachsenenalter, bzw. kann der psychische Zustand anhand möglicher Traumatisierung in der Kindheit vorhergesagt werden.

Berechnet wurde in diesem Fall eine Regression. 5,6% des psychischen Zustandes werden durch Traumatisierungen erklärt (siehe Tab. 24).

Für Traumatisierungen in der Kindheit konnte für alle anderen Bereiche zur Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI-Scores) kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden.

Tabelle 24: Traumatisierung in der Kindheit – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI)

	Kindheits- traumat.	Korr. R- Quadr.	F	B	Beta	T	p
körperlicher Zustand		0,024	2,185	0,004	0,209	1,487	0,146
ökonomische Situation		-0,017	0,183	-0,001	-0,062	-0,428	0,671

Alkohol- gebrauch		-0,009	0,542	-0,002	-0,106	-0,736	0,465
Drogen- gebrauch		-0,019	0,081	0,000	-0,041	-0,285	0,777
Drogen- gebrauch modifiziert		-0,014	0,320	-0,001	-0,081	-0,566	0,574
rechtliche Probleme		-0,018	0,152	-0,001	-0,056	-0,390	0,698
Familie		0,023	2,142	0,003	0,207	1,464	0,150
andere soz. Beziehungen		0,041	3,085	0,003	0,246	1,756	0,085
psychischer Zustand		0,056	3,887	0,003	0,274	1,972	0,054

4.3.2.5 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen

Zur Überprüfung der Frage, ob sich Suchtpatienten mit und ohne Posttraumatischer Belastungsstörung hinsichtlich ihrer Exekutivfunktionen unterscheiden wurden T- und U-Test verwendet. Die Normalverteilungsprüfung durch den Kolmogorov-Smirnov-Test ergab keine Normalverteilung für falsche Antworten im Wisconsin Card Sort Test (Drühe-Wienholt und Wienholt, 1998) und für Perseverationsfehler. Bei einem Signifikanzniveau von 0,05 zeigten Personen, die irgendwann in ihrem Leben an einer Posttraumatischen Belastungsstörung gelitten hatten oder im Moment eine Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen bei einer Alphafehlerwahrscheinlichkeit von $p=0,035$ signifikant weniger falsche Antworten im Wisconsin Card Sort Test (Drühe-Wienholt und Wienholt, 1998) (siehe Tab. 25b). Keine Unterschiede zeigen sich bei der Anzahl der Perseverationsfehler. Außerdem zeigen sich signifikant ($p=0,029$) mehr andere Fehler auf Seite der Personen ohne PTSD lifetime oder aktuell (siehe Tab. 25a).

Tabelle 25a: Traumastatus – WCST (T-Test)

	Traumastatus	N	Mw.	Stabw.	T	df	p
andere Fehler	keine PTSD	19	23,16	10,24			
	PTSD	26	17,23	7,37	2,261	43	0,029

Tabelle 25b: Traumastatus – WCST (U-Test)

	Traumastatus	N	Mw.	Stdbw.	U	Z	p
Falsche	keine PTSD	19	35,26	18,35	155,5	-2,105	0,035
	PTSD	26	25,81	15,76			
Perseverations- fehler	keine PTSD	19	12,11	10,61	191,5	-1,279	0,201
	PTSD	26	8,58	8,93			

4.3.2.6 Substanzabhängige mit aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen

Betrachtet man nun nur jene Suchtpatienten genauer, die im IES-R eine aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen, so wird im T-Test deutlich, dass Suchtpatienten ohne aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung mit einer Alphafehlerwahrscheinlichkeit von $p=0,025$ signifikant mehr Fehler machen, als Suchtpatienten, die im Augenblick die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen (T-Wert= 2,33; $df= 39,6$). Dasselbe gilt für Suchtpatienten ohne momentaner PTSD und ihren Perseverationsfehler. Auch hier machen Suchtpatienten ohne aktueller PTSD signifikant mehr Fehler als dies Suchtpatienten mit derzeitiger PTSD tun. Man kann also mit einer Alphafehlerwahrscheinlichkeit von $p=0,039$ sagen, dass Substanzabhängige in Behandlung, die keine akute Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen mehr Fehler aufgrund mangelnder Perseveration bzw. dem Beibehalten einer einmal eingewöhnten Strategie, also mangels Anpassung an neue Strategien oder einem

gewissen Mangel an kognitiver Flexibilität machen, als Substanzabhängige mit einem Vollbild einer aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung (T-Wert= 2,14; df= 38,4). Was andere Fehler als Perseverationsfehler im WCST angeht, so zeigen sich ebenfalls mehr Fehler bei jenen Suchtpatienten, die nicht von aktueller PTSD betroffen sind, und zwar mit einer Alphafehlerwahrscheinlichkeit von $p=0,041$ machen Personen ohne PTSD mehr andere Fehler als Personen mit PTSD (T-Wert=2,11; df=40,2) (siehe Tab. 26).

Tabelle 26: aktuelle PTSD -WCST

	aktuelle PTSD	N	Mw.	Stabw.	T	df	p
Falsche	nein	31	32,87	19,20			
	ja	13	22,54	10,05	2,33	39,66	0,025
Perseverationsfehler	nein	31	11,68	10,73			
	ja	13	6,23	5,97	2,14	38,36	0,039
andere Fehler	nein	31	21,19	10,15			
	ja	13	16,31	5,15	2,11	40,22	0,041

4.3.2.7 Substanzabhängige mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung und ihre Exekutivfunktionen

Nun stellt sich auch die Frage nach der kognitiven Leistung komplex traumatisierter Personen, also im Speziellen nach ihren Exekutivfunktionen. Bei der Überprüfung möglicher Unterschiede zwischen Süchtigen mit und ohne komplexer Posttraumatischer ergab sich, dass Suchtpatienten mit aktueller komplexer PTSD

sich nicht von Suchtpatienten ohne aktueller komplexer PTSD in ihren Exekutivfunktionen unterscheiden (siehe Tab. 27a und 27b). Da im Bereich der Perseverationsfehler von keiner Normalverteilung ausgegangen werden konnte, wurden zur Berechnung der Gruppenunterschiede sowohl T- als auch U-Test verwendet.

Tabelle 27a: komplexe PTSD – WCST (T-Test)

	Komplexe PTSD	N	Mw.	Stabw.	T	df	p
Falsche	nein	30	29,67	16,30			
	ja	15	30,07	19,90	-0,072	43	0,943
andere Fehler	nein	30	20,33	9,68			
	ja	15	18,35	7,93	0,622	43	0,537

Tabelle 27b: komplexe PTSD – WCST (U-Test)

	Komplexe PTSD	N	Mw.	Stabw.	U	Z	p
Perseverationsfehler	nein	30	9,33	8,16			
	ja	15	11,53	12,47	212,0	-0,314	0,754

4.3.2.8 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Dissoziation

Da Trauma eng mit Dissoziation verknüpft ist, wurde weiters geprüft, inwieweit diesbezüglich Unterschiede zwischen Substanzabhängigen mit Posttraumatischer Belastungsstörung und solchen ohne PTSD bestehen. Zeigen also Süchtige mit PTSD lifetime oder derzeit mehr Dissoziation im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (Spitzer et al., 1999) als jene ohne PTSD-Erfahrung Aufgrund fehlender Normalverteilungsvoraussetzung wurde ein U-Test berechnet. Es zeigte sich, dass Suchtpatienten mit unterschiedlichem Traumastatus (PTSD lifetime/aktuell; keine PTSD) sich nicht hinsichtlich ihrer komorbiden Dissoziation unterscheiden. Das heißt, Substanzabhängige, die aktuell oder irgendwann in ihrem Leben unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung litten, weisen nicht mehr Dissoziative Phänomene auf als jene, die keine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatten, sei es jetzt, weil sie kein Trauma erlebt hatten oder die Personen nach dem erlebten Trauma keine PTSD entwickelten (siehe Tab. 28).

Tabelle 28: Traumastatus - Dissoziation

	Traumastatus	N	Mw.	Stabw.	U	Z	p
Dissoziation	keine PTSD	29	10,96	5,93			
	PTSD	39	12,76	6,74	474,0	-1,135	0,256

4.3.2.9 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Depression

Bisherige Untersuchungen im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum kamen zu dem Ergebnis, dass Substanzabhängige mit PTSD auch vermehrt unter Depression leiden. Dies wurde auch im Rahmen dieser Untersuchung überprüft. Die Normalverteilungsprüfung ließ die Berechnung eines T-Tests zu. Die Stichprobe zeigte sich also im Hinblick auf depressive Symptome normalverteilt.

Die Berechnungen ergaben, dass Suchtpatienten mit PTSD mit einer Alphafehlerwahrscheinlichkeit von $p=0,019$ signifikant depressiver sind, als Suchtpatienten ohne PTSD (T-Wert= -2,41; df= 59) (siehe Tab. 29).

Tabelle 29: Traumastatus – Depression (BDI)

	Traumastatus	N	Mw.	Stabw.	T	df	p
Depression	keine PTSD	25	12,56	7,22			
	PTSD	36	18,11	9,79	-2,414	59	0,019

4.3.2.10 Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung und komorbider Persönlichkeitsstörung

Nur wenige Untersuchungen haben sich bisher der Frage gewidmet, ob Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung häufiger Persönlichkeitsstörungen aufweisen als Substanzabhängige ohne PTSD.

Durch Chi-Quadrat-Testung ergab sich, dass Suchtpatienten mit unterschiedlichem Traumastatus (PTSD lifetime/derzeit; keine PTSD) sich nicht hinsichtlich ihrer komorbiden Persönlichkeitsstörungen unterscheiden.

Was Dependente, Zwanghafte, Schizotypische, Schizoide und Histrionische Persönlichkeitsstörung betrifft, so traten nicht genügend Fälle auf, als das Berechnungen sinnvoll wären.

Bei der untersuchten Gruppe Substanzabhängiger waren am häufigsten Antisoziale Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter zu bemerken. Von 68 Personen waren 67 betroffen. 38 Suchtpatienten hatten irgendwann in ihrem Leben eine PTSD entwickelt oder wiesen aktuell das Vollbild einer PTSD auf. 29 Personen gehörten jener Gruppe an, die niemals eine PTSD entwickelt hatten. Nur eine Person erfüllte aktuell nicht die Kriterien einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter. Diese Person verfügte auch nicht über eine lebenszeitlich aufgetretene PTSD. Aufgrund der geringen Anzahl an Fällen im Bereich der Personen ohne Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter können die Ergebnisse ebenfalls nicht interpretiert werden.

Im Bereich der Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter traten genügend Fälle in allen Gruppen auf, um eine Interpretation sinnvoll erscheinen zu lassen. Suchtpatienten mit und ohne PTSD unterscheiden sich jedoch nicht dahingehend, ob sie eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter entwickelten.

Im Bereich der Borderline Persönlichkeitsstörung, der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, der Paranoiden Persönlichkeitsstörung, der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter waren ebenfalls genügend Fälle für eine Chi-Quadratverteilung, es bestehen jedoch ebenfalls keine Unterschiede in den Gruppen. Das heißt Substanzabhängige mit PTSD unterschieden sich

hinsichtlich ihrer zusätzlichen Borderline-, Narzisstischen, Paranoiden und Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nicht von Substanzabhängigen, die nie in ihrem Leben eine PTSD aufwiesen, aber auch nicht hinsichtlich ihrer Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter (siehe Tab. 30).

Tabelle 30: Traumastatus PTSD - Persönlichkeitsstörung

		keine PTSD	PTSD	gesamt	Chi²	p	Fisher Exakt
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	nein	22 73,3%	24 63,2%	46 67,6%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	8 26,7%	14 36,8%	22 32,4%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	2,766	0,096	0,167
Dependente Persönlichkeitsstörung	nein	28 93,3%	30 78,9%	58 85,3%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	2 (4,4) 6,7%	8 21,1%	10 14,7%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	2,766 ^a	0,096	0,167
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	nein	28 93,3%	33 86,8%	61 89,7%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	2 (3,1) 6,7%	5 (3,9) 13,2%	7 10,3%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	0,765 ^a	0,382	0,452
Paranoide Persönlichkeitsstörung	nein	24 80,0%	25 65,8%	49 72,1%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	6 20,0%	13 34,2%	19 27,9%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	1,681	0,195	0,277
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	nein	30 100%	37 97,4%	67 98,5%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	0 (0,4) 0%	1 (0,6) 2,6%	1 1,5%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	0,801 ^a	0,371	1,00
Schizoide Persönlichkeitsstörung	nein	26 86,7%	31 83,8%	57 85,1%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	4 (4,5) 13,3%	6 16,2%	10 14,9%			
	gesamt	30 100%	37 100%	67 100%	0,108 ^a	0,742	1,000

Histrionische Persönlichkeitsstörung	nein	26 86,7%	35 92,1%	61 89,7%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	4 (3,1) 13,3%	3 (3,9) 7,9%	7 10,3%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	0,537 ^a	0,464	0,691
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	nein	21 70,0%	24 63,2%	45 66,2%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	9 30,0%	14 36,8%	23 33,8%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	0,351	0,554	0,613
Borderline Persönlichkeitsstörung	nein	10 33,3%	11 28,9%	21 30,9%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	20 66,7%	27 71,1%	47 69,1%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	0,151	0,697	0,794
Antisoziale Persönlichkeitsstörung Kindes- u Jugendalter	nein	7 23,3%	8 21,1%	15 22,1%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	23 76,7%	30 78,9%	53 77,9%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	0,051	0,822	1,00
Antisoziale Persönlichkeitsstörung Erwachsenenalter	nein	1 (0,4) 3,3%	0 (0,6) 0%	1 1,5%			
Anzahl (Erwart. Häufigkeit) %	ja	29 96,7%	38 100%	67 98,5%			
	gesamt	30 100%	38 100%	68 100%	1,286 ^a	0,257	0,441

^a in mindestens einer Zelle erwartete Häufigkeit kleiner 5; Chi-Quadratverteilung

nicht gegeben; nicht interpretierbar- zu wenig Fälle in einer Gruppe

5 Diskussion

5.1 Trauma und die Posttraumatische Belastungsstörung

Ähnlich bisherigen Untersuchungen klinischer Stichproben Substanzabhängiger im englischsprachigen Raum zeigt sich mit 92,9% auch im Rahmen dieser Erhebung einen sehr hoher Anteil traumatisierter Suchtpatienten. In bisherigen Studien schwankte die Traumarate bei Substanzabhängigen zwischen 83 bis 95% (Reynolds et al., 2004 ; Read et al., 2004 ; Mills et al., 2005, Brown et al., 1999, Saladin et al, 1995). Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen also, dass auch im deutschsprachigen Raum ein Großteil Substanzabhängiger über Traumaerfahrungen verfügt.

Wie sich im SCID I (Wittchen et al., 1997) zeigte, hatten 57,1% der Substanzabhängigen irgendwann in ihrem Leben eine Posttraumatische Belastungsstörung infolge eines Traumas entwickelt. 20% der untersuchten Suchtpatienten erfüllten im Strukturierten klinischen Interview Achse I immer noch die Kriterien einer aktuellen PTSD. Im Selbstbeurteilungsfragebogen IES-R (Maerker & Schützwohl, 1998) zum Vorhandensein einer aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung waren es 23,5%. Dieses Ergebnis liegt etwas unter den Erwartungen, die sich aufgrund der Literatur ergeben. Hier liegen die Angaben für aktuelle PTSD bei Substanzabhängigen in Behandlung zwischen 29% und 50%. Der etwas geringere Anteil an Suchtpatienten mit aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung könnte darauf zurückzuführen sein, dass das Behandlungskonzept des Anton Proksch Instituts für Substanzabhängige einen

vollständig abgeschlossen Entzug vor Antritt der Langzeittherapie vorsieht. Alle untersuchten Patienten hatten den körperlichen Entzug also bereits vollständig abgeschlossen. Da Drogenentzug ähnliche Symptome, wie auch die körperliche Übererregtheit oder Hypervigilanz der Posttraumatische Belastungsstörung hervorrufen kann, ist immer auch denkbar, dass Entzugssymptome die Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung verfälschen. So können in beiden Fällen Schlafstörungen, verringertes Gedächtnis und Konzentration, Angst oder Irritierbarkeit auftreten. Unter Umständen kann es auch zu Entzugssymptomen wie lebendiger erlebten Bildern oder Flashbacks kommen (Reynolds et al., 2005; Jacobsen et al., 2001).

Im Zuge dieser Untersuchung wurde versucht, die Verfälschung der PTSD-Diagnose durch Überlappung mit Entzugssymptomatik so gering wie möglich zu halten, indem alle Patienten erst nach dem einmonatigem, vollständig abgeschlossenem körperlichen Entzug an einer separaten Entzugsstation interviewt wurden. Unklar bleibt, inwieweit andere Untersuchungen diese Überlappung berücksichtigten. Manche Studien, wie etwa eine Untersuchung von Brown et al. (Brown et al., 1999) weisen sogar gezielt darauf hin, dass die zeitliche Nähe zum Entzug die PTSD Rate unter Umständen erhöht haben könnte. Wenn auch versucht wurde, einen zeitlichen Abstand zum körperlichen Entzug herzustellen, kann auch für diese Erhebung nicht völlig ausgeschlossen werden, dass Restsymptome des Entzugs das Ergebnis der aktuellen PTSD Diagnostik beeinflusst haben.

Einige Forscher gehen davon aus, dass die Traumasymptomatik erst nach oder mit dem Entzug wieder lebendig wird (Clark et al., 2000). Was nahe liegt, wenn man davon ausgeht, dass, wie es die Selbstmedikationshypothese (Kanthzian, 1997) propagiert, Substanzen unter anderem deshalb konsumiert werden, um

Traumasympptome zu dämpfen, der Substanzkonsum also eine Art „Selbstheilungsversuch“ der Betroffenen darstellt. Aus diesem Zusammenhang heraus wird denkbar, dass derartige Traumasympptome nach Beendigung des Konsums wieder auftreten (Clark et al., 2000).

Zu bemerken ist darüber hinaus, dass die PTSD-Symptomatik durch Substanzkonsum nicht nur gedämpft werden kann, sondern sich auch verschlechtern kann. So wird oftmals von einer Verschlechterung auch in Abhängigkeit der konsumierten Substanz gesprochen. So wie der Gebrauch von Opiaten oder Sedativa die PTSD-Symptomatik mitunter dämpfen kann, kann es im Fall einer Einnahme von Kokain oder Stimulantien sogar zu einer Verschlechterung der Traumasympptomatik kommen (Steward et al., 1998).

Für den starken Zusammenhang von Trauma, PTSD und Substanzabhängigkeit wurden von verschiedenen Autoren immer wieder die schon eingangs beschriebenen Erklärungsmodelle angeführt.

Eine Forschungsgruppe um Breslau (Breslau et al., 2003) geht von einer dritten z.B. **genetischen oder Umweltvariable** aus, durch die die beiden Störungsbilder PTSD und Substanzabhängigkeit verknüpft sind (Breslau et al., 2003, Chilcoat et al., 1998). Für dieses Erklärungsmodell sprechen eine Reihe von Untersuchungen, die im Längsschnitt das Neuauftreten von Substanzabhängigkeit im Falle eines Traumas zum Inhalt haben. Breslau et al. (2003) konnten zeigen, dass Personen, die ein Trauma mit einer anschließenden PTSD aufweisen ein besonderes Risiko tragen, eine neu auftretenden Substanzabhängigkeit zu entwickeln. Diese Ergebnis gilt nicht für Personen die zwar ein Trauma erlebt hatten, jedoch im Anschluss keine

PTSD entwickelten. Für diese Personengruppe galt dieses Risiko nicht. Aus diesem Grund schlossen Breslau et al. (2003), dass eine dritte, den beiden Störungsbildern zugrundeliegende Variable bzw. eine gemeinsame Vulnerabilität, das Auftreten beider Psychopathologien verursacht oder begünstigt (Breslau et al., 2003).

Eine der ersten Erklärungsmodelle und mitunter eines der am häufigsten zitierte ist die **Selbstmedikationshypothese** von Khantzian (Khantzian, 1997).

Nach Khantzian stellt der Substanzkonsum für Drogenabhängige einen Versuch dar, PTSD-Symptome in den Griff zu bekommen oder zu regulieren. Der Drogenkonsum ist also gewissermaßen ein Versuch Traumasymptome, wie auch andere psychopathologische Symptome und Störungen der Beziehungsgestaltung oder der Affektregulation selbst zu „behandeln“. Dieser zum Scheitern verurteilte Versuch führt in Folge oftmals zu schwerer Drogenabhängigkeit (Khantzian, 1997).

Ein dritter Erklärungsansatz geht von einer **Wechselwirkung**, bzw. von einem Verstärkungskreislauf von PTSD und Sucht aus. Das Erleben eines Traumas bzw. die Entwicklung von PTSD-Symptomatik begünstigt demnach die Entstehung einer Substanzabhängigkeit, das Vorhandensein einer Substanzabhängigkeit auf der anderen Seite erhöht das Risiko, ein Trauma zu erleben und eine darauffolgende PTSD zu entwickeln (Clark et al., 2000).

Immer wieder wird auch postuliert, dass **Substanzabhängigkeit an sich** das Risiko erhöht ein Trauma zu erleben. Die Beeinträchtigung durch akute Intoxikation und die daraus resultierende verringerte Urteilsfähigkeit erhöhen demnach das Risiko ein Trauma zu erleben. Das tägliche Leben und der riskante Lebensstil

Substanzabhängiger, ihr soziales Umfeld, und die meistens mit der Sucht einhergehende Beschaffungskriminalität oder Obdachlosigkeit bringt weiters ein erhebliches Risiko mit sich Traumata zu erleben (Reynolds et al., 2005).

Die unterschiedlichen Erklärungsmodelle schließen sich jedoch nicht zwangsläufig aus. Im Sinne eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges ist es denkbar, dass die auch durch diese Studie erhärtete Tatsache besonders hoher Traumaraten und einem hohen Vorkommen Posttraumatischer Belastungsstörungen in der Population Substanzabhängiger einerseits durch den Versuch traumatisierter Personen entsteht, ihre Traumata mithilfe von Substanzen zu „vergessen“ oder ihre PTSD-Symptomatik zu bekämpfen, andererseits gewisse Vulnerabilitäten oder zugrundeliegende gemeinsame dritte Faktoren bestehen, die das Auftreten von Substanzabhängigkeit und die Entwicklung einer PTSD begünstigen, seien es jetzt genetische oder Umweltvariablen. Darüber hinaus ist ebenfalls anzunehmen, dass auch der Lebensstil Substanzabhängiger zusätzlich ein verstärktes Risiko darstellt, Traumata zu erleben, seien es jetzt zusätzliche oder erstmalige Traumatisierung, da Substanzabhängige aufgrund der Beeinträchtigung und der Lebensumstände (Obdachlosigkeit, Prostitution, etc.) besonders gefährdet sind z.B. Opfer von Gewalt zu werden.

Was die Schwere der Substanzabhängigkeit betrifft, so zeigen sich Suchtpatienten mit einer lebenszeitlich aufgetretenen PTSD oder einer aktuellen PTSD keine schwerere Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen im Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) als Suchtpatienten, die nie eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatten. Über den Bereich Alkohol und Drogen hinaus

erfasst der Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) noch andere Problembereiche, die mit Substanzabhängigkeit einhergehen. Allein im Problembereich „psychischer Zustand“ des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) erzielten hier Substanzabhängige mit PTSD höhere Werte. Keine Unterschiede bestanden in den Bereichen körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, rechtliche Probleme, Familienprobleme und Sozialbeziehungen. Dasselbe ergab sich, wenn man ausschließlich jene Suchtpatienten betrachtete, die aktuell immer noch an einer PTSD leiden. Es lässt sich also sagen, dass Substanzabhängige mit PTSD vor allem mehr psychische Probleme aufweisen, als Substanzabhängige ohne PTSD.

Bisherige Untersuchungen zur Schwere der Substanzabhängigkeit bei traumatisierten Süchtigen mit PTSD kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Ein ähnliches Ergebnis erhielten Reynolds et al. (2004) die zusätzlich zu einer Verschlechterung des psychischen Zustands auch eine schlechtere körperliche Gesundheit beobachteten. Wie auch in dieser Untersuchung war jedoch keine schwerere Abhängigkeit auf Seite der Substanzabhängigen mit PTSD im Alkohol und Drogenscore des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) zu beobachten (Reynolds et al., 2004).

Andere Forschungsgruppen konnten unter Verwendung des Time-Line-Follow-Back (Sobell & Soell, 1992), einem anderen Untersuchungsinstrument als dem Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994), das die Schwere der Substanzabhängigkeit anhand abstinenter Tage erfasst, keine schwerere Substanzabhängigkeit bei PTSD- und Suchtbetroffenen feststellen (Brown et al., 1999; Read et al., 2004).

Clark et al. (2000) konnten dagegen eine schwerere Substanzabhängigkeit bei PTSD-betroffenen Substanzabhängigen in Abhängigkeit der Aktualität der PTSD-

Diagnose erkennen (Clark et al., 2000). Ein Ergebnis, das durch die vorliegende Untersuchung nicht bestätigt werden kann. Selbst Suchtpatienten, die laut Impact of Event Scale (IES-R) (Maercker & Schützwohl, 1998) eine aktuellen PTSD aufweisen, zeigen im ASI keine schwerere Substanzabhängigkeit im Drogen- und Alkoholscore.

Eine australische Studie wiederum fand bei Heroinabhängigen mit PTSD ein niedrigeres Alter bei der ersten Überdosierung, einen längeren Drogenkonsum und mehr Arten an eingenommenen Substanzen (Mills et al., 2005).

Reynolds et al. (2004), deren Studie in England an einer klinischen Stichprobe stationärer, abstinenten Suchtpatienten durchgeführt wurde und ähnliche Ergebnisse erzielte, merken kritisch an, dass die Population stationärer Substanzabhängiger eher einen Anteil an Substanzabhängigen darstellt, der schwer süchtig ist (Reynolds et al., 2004). Es stellt sich nun die Frage, inwieweit die Ergebnisse auch auf andere nicht-stationäre Substanzabhängige übertragbar sind, und ob Unterschiede in einer derart homogenen Stichprobe schwer Abhängiger überhaupt sichtbar werden. Vorsicht sei also geboten, dieses Ergebnis zu generalisieren und auf andere nicht-stationäre Substanzabhängige zu übertragen.

Gleichzeitig fällt auf, dass Untersuchungen, die schwerere Substanzabhängigkeit bei PTSD-Betroffenen feststellten, Abhängige in nicht-stationärer Behandlung untersuchten. Es ist also durchaus denkbar, dass die unterschiedlichen Ergebnisse auf die Art der untersuchten Stichproben zurückzuführen ist.

Weiters wäre es durchaus denkbar, dass es keinen, oder nur einen geringen Unterschied macht, ob Patienten nach einem Trauma eine Posttraumatische

Belastungsstörung entwickelt haben oder nicht. Möglicherweise sind beide Gruppen schwer substanzabhängig. Um diese Frage noch genauer zu überprüfen, könnten Folgeuntersuchungen klären, inwieweit sich traumabetroffene Substanzabhängige ohne PTSD von traumabetroffenen Substanzabhängigen mit PTSD unterscheiden.

Interessant wäre auch eine Vergleichsgruppe nicht-traumatisierter Substanzabhängiger gewesen, die aufgrund der geringen Anzahl Nichttraumatisierter wegfiel.

Allgemein kann somit gesagt werden, dass eine sehr hohe Prävalenz an Traumaerfahrungen und PTSD bei Substanzabhängigen in stationärer Suchtbehandlung vorliegt, sich das Vorhandensein einer PTSD jedoch nicht generell auf die Schwere der Substanzabhängigkeit auswirkt. Substanzabhängige mit PTSD zeigen allerdings einen deutlich schlechteren psychischen Zustand.

5.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Etwa ein Drittel (34,3%) der untersuchten Stichprobe entwickelte eine komplexere, tiefer in der Persönlichkeit verankerte Traumafolgesymptomatik in Form einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. Untersuchungen, die sich mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung in der Population Substanzabhängiger beschäftigen liegen bislang nicht vor. Bisherige Studien untersuchten Disorders of Extreme Stress (DESNOS) bzw. komplexe Posttraumatische Belastungsstörung vor allem in Populationen von Kriegsveteranen, Traumapatienten, Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

oder anderen psychiatrischen Patienten. In der Population von Borderline Patienten erwies sich beispielsweise ebenfalls ein Drittel (31,4%) als von einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen (Barnow et al, 2005). Der Anteil an Menschen mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung bzw. DESNOS bei Kriegsveteranen liegt hingegen zwischen 38% und 58% (Jongeldijk et al., 1996; Roth et al., 1997; Ford & Kidd, 1998; Ford, 1999). Bei Traumabetroffenen lag der Anteil bei 50% (Roth et al., 1997) und 53% (Newman et al., 1997).

Wenn man betrachtet, dass es sich bei der Art der erlebten Traumata bei Substanzabhängigen häufig um Traumata interpersoneller Gewalt handelt, die mitunter wiederholt auftreten und über einen längeren Zeitraum persistieren scheint es nicht verwunderlich, dass gerade in der Population Substanzabhängiger ein derart hoher Anteil an komplexen Traumafolgestörungen wie der komplexen PTSD bzw. DESNOS zu finden ist, einem Störungsbild, das laut DSM-IV vor allem mit länger andauernder, wiederholter Traumatisierung einhergeht (Saß et al., 2003; Van der Kolk et al., 2005).

Von besonderer Bedeutung ist dieses Ergebnis auch für die klinische Praxis. Aufgrund der hohen Prävalenz komplexer Traumafolgestörungen wie der komplexen PTSD bzw. DESNOS sollte auch bei der Behandlung Substanzabhängiger ein besonderes Augenmerk auf eine derartige Symptomatik gelegt werden. Im Speziellen ist anzumerken, dass derartige tiefer in der Persönlichkeit verankerte Traumafolgestörungen auch einer langfristigeren, komplexeren Bearbeitung bedürfen. So sollte hier die Stabilisierung der Affektregulation, das Wiedererlangen des Vertrauens in andere Menschen, sowie

die Bearbeitungen von Dissoziationen im Vordergrund stehen (Van der Kolk et al., 2005; Luxenberg, 2001; Sack, 2004; Jongedijk et al., 1996). Neben der Berücksichtigung der aktuellen PTSD Symptomatik, sollten also auch komplexere Persönlichkeitsänderungen nach Extremlastungen beachtet werden.

Kann bei akuter PTSD Symptomatik, also Intrusionssymptomatik, Hyperarousal und Vermeidung von allem was an das Trauma erinnert, bei der Behandlung mitunter direkt an dem erlebten Ereignis und den damit verbundenen Emotionen angesetzt werden, wird geraten, komplexe PTSD getrennt zu diagnostizieren und erst nach einer ersten Stabilisierungsphase mit der Konfrontation mit dem Trauma zu beginnen (Sack, 2004; Van der Kolk, 2001).

Auch können alle Problembereiche der komplexen PTSD (siehe Abbildung 4) in der Behandlung komplex Traumatisierter berücksichtigt werden (Courtis, 2004). Neben der Arbeit an der Stabilisierung der Affektregulation, gilt es also auch den Verlust an Vertrauen in andere Menschen, sich selbst, die Welt, die Zukunft und dem Verlust eigener Grundüberzeugungen und Werte zu beachten. Personen mit komplexer Traumatisierung haben oft ein tiefes, inneres Gefühl zerstört zu sein bzw. das Gefühl, dass irgendetwas in ihnen zerstört wurde, das nie wieder heilen kann. Hier gilt es die Selbstwahrnehmung der Patienten zu berücksichtigen und ihr Selbstbild zu stärken. Auch die Beziehung zu anderen Menschen ist bei derart schwer traumatisierten Menschen oft schwer erschüttert. Oft fehlt jedes Vertrauen in andere Menschen und sie erleben sich sogar völlig isoliert von anderen und abgeschnitten von der Umwelt. Auch autodestruktive Handlungen, Suizidalität und exzessives Risikoverhalten sind zu berücksichtigen.

Weiters wurde in dieser Studie untersucht, ob sich Suchtpatienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung von anderen Suchtpatienten in ihrem Suchtverhalten unterscheiden.

Hier zeigte sich, dass komplex traumatisierte Substanzabhängige einen schlechteren körperlichen Zustand aufweisen. Sie zeigen allerdings keine schwere Abhängigkeit im Bereich Drogen und Alkohol in den Interviews zur Schwere der Sucht.

Für die klinische Praxis liegt also nahe, bei Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung speziell auch auf die Stabilisierung des körperlichen Zustands, etwa auf somatoforme Symptome oder chronische Erkrankungen zu achten.

Auch hier ist anzumerken, dass die Ergebnisse einer Untersuchung an stationären Suchtpatienten entstammen und nicht ohne weiteres auf die allgemeine Population Substanzabhängiger übertragbar sind.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass mit einem Drittel der Anteil der komplex Traumatisierten in der Gruppe der stationären Substanzabhängigen relativ hoch ist. Zu beachten ist im Besonderen, dass Suchtpatienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung mehr körperliche Probleme aufweisen als andere stationäre Suchtpatienten.

5.3 Traumatisierung in der Kindheit

Das Vorkommen **körperlicher Gewalt** bei Substanzabhängigen liegt bei 55,9%. Bisherige Untersuchungen belegten körperliche Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend bei 43% bis 55% der Substanzabhängigen (Schäfer et al., 2000; Schnieders et al., 2006; Medrano et al., 1999). In einer Stichprobe substanzabhängiger Frauen waren es ebenfalls durch das CTQ erfasst 55%. Es handelte sich dabei allerdings um aktiv substanzabhängige Frauen, die an einem AIDS-Präventionsprojekt teilnahmen (Medrano et al., 1999). Schnieders et al. (2006) fanden in ihrer Stichprobe 54% (Schnieders et al., 2006).

Man kann also sagen, dass die Hälfte der Substanzabhängigen in ihrer Kindheit körperliche Gewalt erfahren hat.

Etwa ein Viertel (26,1%) der Stichprobe berichtete, in der Kindheit oder Jugend sexuell missbraucht worden zu sein. Bisherige Untersuchungen zu diesem Ergebnis unterliegen sehr hohen Schwankungen, was mitunter an den unterschiedlichen Definitionen von **sexuellem Missbrauch** liegen mag, aber auch an der Art der untersuchten Populationen. Viele Untersuchungen unterscheiden zwischen schwerem sexuellen Missbrauch mit Geschlechtsverkehr und „weniger schweren“ Formen ohne Geschlechtsverkehr. So fanden etwa Schäfer et al. (2000) in der Population Substanzabhängiger bei 40% der Männer und 50% der Frauen schweren sexuellen Missbrauch (Schäfer et al., 2000). Auch Medrano und Kollegen (1999) berichten, dass 60% der untersuchten substanzabhängigen Frauen sexuell missbraucht worden waren (Medrano et al., 1999). Ebenfalls schwerer sexueller Missbrauch in der Kindheit wurde von einer Forschungsgruppe um Triffelman bei

25% der untersuchten männlichen Kriegsveteranen in stationärer Suchtbehandlung gefunden (Triffelman et al, 1995). Schnieders et al. (2006) untersuchten stationäre Drogenpatienten und berichteten, dass 32,5% davon sexuellen Missbrauch erfahren hatten (Schnieders et al., 2006).

Mit 26,1% liegt der Anteil sexuell missbrauchter Substanzabhängiger in dieser Studie also eher im unteren Bereich des aufgrund anderer Studien erwarteten Anteils.

87% der untersuchten Suchtpatienten geben an, **emotionale Missbrauchserfahrungen** gemacht zu haben. Die meisten Untersuchungen wurden bisher zu sexuellem Missbrauch und körperlicher Gewalt durchgeführt. Weniger Studien befassen sich mit der Frage des emotionalen Missbrauchs und der Vernachlässigung in der Kindheit Substanzabhängiger. Medrano et al. (1999) berichten, dass 46% der substanzabhängigen Frauen emotionalen Missbrauch erfahren hatten (Medrano et al., 1999). Bei Schnieders et al. (2006) waren es 66,3% der stationären Substanzabhängigen, die von emotionaler Misshandlung betroffen sind (Schnieders et al., 2006). Unklar ist, inwieweit das von ihnen erfasste Konstrukt „emotionale Misshandlung“ dasselbe Konstrukt abbildet, das im CTQ als „emotionaler Missbrauch“ erfasst wird.

Im Vergleich zu den wenigen Untersuchungen, die auf diesem Gebiet bereits durchgeführt wurden, liegt der Prozentsatz Substanzabhängiger mit emotionalen Missbrauchserfahrungen mit 87 sehr hoch, höher als in den zitierten Untersuchungen.

94,2% der untersuchten Suchtpatienten sind in irgendeiner Weise von **emotionaler Vernachlässigung** in der Kindheit betroffen. Sie fühlten sich also entweder nicht geliebt, empfanden keine Nähe zwischen den Familienmitgliedern, empfanden ihre Familie nicht als Quelle der Unterstützung oder hatten nicht das Gefühl, dass die Familienmitglieder aufeinander Acht gaben.

Zu ähnlichen hohen Ergebnissen kamen Medrano et al. (1999) mit 83% bei einer Stichprobe substanzabhängiger Frauen, die ebenfalls mit dem CTQ befragt wurden (Medrano et al., 1999). Die weitere bisherige Erforschung emotionaler Vernachlässigung verzeichnete bei Substanzabhängigen 25% schwere emotionale Vernachlässigung und 52% mittelschwere (Triffelman et al, 1995).

Nicht ausreichend zu essen, keine sauberen Kleider, keine Möglichkeit bei Krankheit zum Arzt oder ins Krankenhaus zu gehen oder ähnliche Erfahrungen in der Kindheit hatten 84,1% der befragten Suchtpatienten. Es waren mit 84,1% also genauso viele Substanzabhängige von **körperlicher Vernachlässigung** betroffen wie von emotionaler Vernachlässigung. Eine ähnliche Befragungen zu diesem Thema kam zu dem Ergebnis, dass 60% der Substanzabhängigen in ihrer Kindheit und Jugend körperlich vernachlässigt wurden (Medrano et al., 1999). Schnieders und Kollegen (2006) berichten in ihrer Untersuchung von 67,5% an Substanzabhängigen, die in der Kindheit vernachlässigt wurden. Sie differenzieren jedoch nicht zwischen körperlicher und emotionaler Vernachlässigung (Schnieders et al., 2006).

Der in dieser Untersuchung festgestellte Anteil Substanzabhängiger, der in der Kindheit körperliche Vernachlässigung erfahren hat liegt also, wie emotionaler

Missbrauch, ebenfalls über dem was bisherige Untersuchungen zu diesem Thema festgestellt haben.

Die unterschiedlichen Ergebnisse könnten einerseits bei Untersuchungen, die nicht mit dem CTQ arbeiteten an unterschiedlichen Definitionen liegen, andererseits gaben die meisten Untersuchungen ausschließlich auffällige Werte ab einem bestimmten cut-off Wert bzw. über eine Standardabweichung abweichende Werte an, oder es wurden Gruppen von schwerer und weniger schwer Traumatisierten gebildet. In dieser Untersuchung wurde hingegen zwischen Personen mit Traumaerfahrung und solchen, die diese nicht angaben, unterscheiden.

Die Untersuchungen der Kindheitstraumatisierung bei Substanzabhängigen mittels CTQ von Ravandal et al. (2001) und Davids et al. (2006) berichteten zum Teil ähnliche Mittelwerte, wie sie in dieser Untersuchung gefunden wurden (Davids et al., 2006, Ravandal et al., 2001) (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Vergleich CTQ Mittelwerte

CTQ	Hellmer	Ravandal et al.	Davids et al.
Körperliche Gewalt	Mw. 8,19	Mw. 8	Mw. 7,5
Sexueller Missbrauch	Mw. 6,71	Mw. 8	Mw. 5,5
Emotionaler Missbrauch	Mw. 11,51	Mw. 10	Mw. 8,4
Körperliche Vernachlässigung	Mw. 9,03	Mw. 8	Mw. 9,8
Emotionale Vernachlässigung	Mw. 13,46	Mw. 14	Mw. 13,5

Insgesamt kann man sagen, dass ein sehr hoher Prozentsatz an Substanzabhängigen schon in frühem Lebensalter Traumaerfahrungen gemacht hat. Viele der Suchtpatienten erlebten schon sehr früh körperliche Gewalt und sexuellen Missbrauch. Ein Viertel der Substanzabhängigen wurde im Kindes- und Jugendalter sexuell missbraucht. In dieser Untersuchung wurde bewusst auf eine Unterscheidung zwischen „schwerem“ und „weniger schwerem“ Missbrauch verzichtet. In die genannten 26,1% gehen sexuelle Übergriffe jeglicher Art ein. Die Hälfte der Stichprobe war schwerer körperlicher Misshandlung ausgesetzt. Über 50% gaben an so geschlagen worden zu sein, sodass sie blaue Flecken davontrugen, ins Krankenhaus oder zum Arzt gehen mussten, körperlich misshandelt worden zu sein, oder so stark geschlagen worden zu sein, dass es jemandem auffiel. Das sind Ergebnisse, die schon aufgrund vorangegangener Forschungsergebnisse zu erwarten waren.

Auffallend und neu ist das Ergebnis eines derart hohen Prozentsatzes an Substanzabhängigen, die körperlicher Vernachlässigung in der Kindheit ausgesetzt waren. Wo bisherige Untersuchungen bereits mit zwei Drittel sehr starke körperliche Vernachlässigung anzeigen, bildet diese Untersuchung über 80% ab, die in irgendeiner Form körperliche Vernachlässigung angaben. Bisher beschäftigte sich die Forschung größtenteils mit sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung. Zunehmend steigt jedoch auch das Interesse an emotionalem Missbrauch, einem Bereich, der bisher noch weniger erforscht wurde. Untersuchungsergebnisse in diesem Bereich schwanken jedoch mit Sicherheit je nach genauer Definition. In dieser Untersuchung berichteten 87% von emotionalen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und Jugend. Ein noch höherer Anteil (94,2%) gab Erfahrungen von emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit an.

Wie wirkt sich aber nun die Traumatisierung in der Kindheit auf die Schwere der Substanzabhängigkeit aus?

Kindheitstraumatisierung wirkte sich nicht auf den durch den Drogen- und Alkoholscore des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) abgebildeten Wert zur Schwere des Substanzkonsums an sich aus. Kindheitstraumatisierung dürfte also auf die Schwere des Substanzkonsums an sich keinen Einfluss haben. Es zeigte sich allerdings sehr wohl ein Einfluss auf die psychische Verfassung der Suchtpatienten. Mit dem Ausmaß der Traumatisierung in der Kindheit verschlechtert sich zunehmend der psychische Zustand im Erwachsenenalter. Man kann sogar sagen, dass 5,6% des psychischen Zustandes durch Traumatisierungen in der Kindheit erklärt werden können.

Nach den Autoren des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) trägt auch der psychische Zustand - so wie auch alle anderen Problembereiche - zur Schwere der Substanzabhängigkeit bei. Umso mehr Problembereiche also betroffen sind, umso schwerer wird die Substanzabhängigkeit gewertet, da der Addiction Severity Index (Gsellhofer et al.,1994) ein Konstrukt der Schwere der Substanzabhängigkeit erfasst, dass über die direkte Menge, Anzahl an Tagen und Jahren des Konsums, Abstinenzzeiten, Beginn des Substanzkonsums etc. hinaus auch die Folgen, erhoben als Problembereiche, die Substanzabhängigkeit massiv erschweren, miterfasst und abbildet. Eine Substanzabhängigkeit wird also umso schwerer gewichtet, je mehr Einschränkungen im Beruflichen und Sozialen gegeben sind, je mehr juristische Konsequenzen sie mit sich zieht, und so weiter. In diesem Sinne ergibt sich also im Falle von Traumatisierung in der Kindheit eine nur geringfügig schwerere Substanzabhängigkeit, da sich nur ein Problembereich mit steigender

Traumatisierung erhöht. Tatsache bleibt jedoch, dass sich der Drogenscore selbst nicht erhöht. Der Substanzgebrauch steigt also nicht mit wachsender Kindheitstraumatisierung, also umso stärker die Traumatisierung in der Kindheit war. Es treten jedoch mit zunehmender Traumatisierung in der Kindheit mehr psychische Probleme auf.

Bisherige Untersuchungen zu diesem Ergebnis kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

So weisen hier einzelne Ergebnisse sehr wohl auf schwerere Substanzabhängigkeit bei Traumatisierung in der Kindheit hin, vor allem im Bereich sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung (Schäfer et al., 2000; Triffleman et al., 1995), andere können diesen Zusammenhang nicht feststellen (Davids et al., 2006; Ravandal et al., 2001; Schnieders et al., 2006). Kein Zusammenhang konnte auch nur insofern festgestellt werden, als sich der Drogenkonsum selbst nicht von Nicht-traumatisierten unterschied. Die meisten Autoren fanden trotzdem eine Beeinträchtigung in anderen Problembereichen. Am häufigsten wurde hier ein schlechterer psychischer Zustand genannt, aber auch Beeinträchtigung der Gesundheit oder soziale Probleme und Familienprobleme (Davids et al., 2006; Ravandal et al., 2001; Schnieders et al., 2006). Festgestellte Unterschiede bezogen sich auf primäre Abhängigkeit von illegalen Drogen (Schäfer et al., 2000), die Anzahl lebenszeitlich aufgetretener Substanzabhängigkeitsdiagnosen (Triffleman et al., 1995) und Heffernan et al. (2000) fanden insgesamt ein erhöhtes Risiko für eine Opiatabhängigkeit im Falle einer Traumatisierung in der Kindheit bei Psychiatriepatienten (Heffernan et al., 2000).

So kamen Schäfer et al. (2000) beispielsweise zu dem Ergebnis, dass sich sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung sehr wohl auf die Schwere der Substanzabhängigkeit auswirkt. Substanzabhängige, die schweren sexuellen Missbrauch erlebt hatten, zeigten mehr primäre Abhängigkeit von illegalen Drogen. Dieses Ergebnis gilt nicht für die Gruppe der weniger schwer sexuell Missbrauchten. Sie fanden keinen Unterschied zwischen körperlich Misshandelten und körperlich nicht Misshandelten hinsichtlich der Schwere ihres Substanzkonsums (Schäfer et al., 2000).

Andere Autoren (Schnieders et al., 2006) kamen, ebenfalls unter Verwendung des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994), zu ähnlichen Ergebnissen, wie sie in der hier vorliegenden Untersuchung gefunden wurden, dass sich das Vorhandensein von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung auf psychische Probleme im späteren Leben auswirken. Sie fanden darüber hinaus jedoch zusätzlich auch mehr körperliche Probleme. Allerdings ergaben sich auch bei ihnen keine Unterschiede im Alkohol- und Drogenscore. Körperlich Misshandelte hatten außerdem mehr Probleme in sozialen Beziehungen. Personen mit emotionalem Missbrauch hatten darüber hinaus mehr Geldprobleme, mehr Schwierigkeiten im sozialen Bereich, sowie mehr psychische Probleme (Schnieders et al., 2006). Ravandal et al. (2001) untersuchten dieselbe Frage in Norwegen. Auch sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich Traumatisierung in der Kindheit besonders auf den psychischen Zustand Substanzabhängiger auswirkt. Emotionalen Missbrauch beschrieben sie zusätzlich als mit verschlechtertem gesundheitlichen Zustand einhergehend, emotionale Vernachlässigung neben

verschlechtertem psychischen Zustand mit problematischen Familienbeziehungen. Auf den Drogengebrauch selbst zeigte sich kein Einfluss (Ravandal et al., 2001).

Heffernan et al. (2000) verglichen opiatabhängige Psychatriepatienten mit nicht-opiatabhängigen Psychatriepatienten und fanden heraus, dass Personen mit Kindheitstrauma mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit opiatabhängig waren. Es zeigte sich bei Kindheitstraumatisierung sogar ein dreimal so hohes Risiko einer Opiatabhängigkeit (Heffernan et al., 2000).

Möglicherweise ist auch die Art, mit der die Schwere der Substanzabhängigkeit gemessen wird, verantwortlich für derartig unterschiedliche Ergebnisse. Für diese These spricht eine Untersuchung von Triffleman et al. (1995). Sie zogen einerseits den Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) als Maßstab für die Schwere der Substanzabhängigkeit heran, verwendeten jedoch zusätzlich das SCID-I Modul für Substanzabhängigkeit, genauer gesagt die Anzahl lebenszeitlich aufgetretener Substanzabhängigkeitsdiagnosen. Bei den Berechnungen mit dem SCID I zeigte sich, dass 12% der Varianz der Substanzabhängigkeit durch Traumatisierung in der Kindheit erklärt wird. Diese Ergebnis zeigte sich nicht für den Drogencompositescore des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) (Triffleman et al., 1995).

Davids et al. (2006) erhoben das Drogeneinstiegsalter. Substanzabhängige mit Traumatisierung in der Kindheit unterschieden sich jedoch nicht von solchen ohne Kindheitstraumatisierung hinsichtlich des Einstiegsalters, sie zeigten jedoch signifikant mehr dissoziales Verhalten (Davids et al., 2006).

Die unterschiedlichen Ergebnisse der verschiedenen Forschungsarbeiten könnten also einerseits durch die Untersuchung verschiedener Stichproben, und andererseits die Verwendung unterschiedlicher Untersuchungsinstrumente zustandegekommen sein. Da allerdings auch bisherige Studien zu dem Ergebnis verstärkter psychischer Probleme bei traumatisierten Substanzabhängigen kamen, kann dieses Ergebnis als relativ gesichert angesehen werden. Bei allen Untersuchungen, die ebenfalls den Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) als Marker der Schwere der Substanzabhängigkeit heranzogen, zeigte sich kein Einfluss kindlicher Traumatisierung auf die Schwere der Substanzabhängigkeit im Alkohol- und Drogenscore. Andere Untersuchungen, die andere Verfahren zur Erhebung der Schwere verwendeten, kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Einschränkend ist auch an dieser Stelle zu bemerken, dass es sich möglicherweise bei der Stichprobe Substanzabhängiger in stationärer Behandlung um eine Auswahl von Substanzabhängigen handelt, die einheitlich besonders schweres Suchtverhalten zeigen. Auch in der genannten Untersuchung von Schnieders et al. (2006) weisen die Autoren darauf hin, dass sie das Ergebnis, keinen höheren Drogenkonsum auf Seite der Traumatisierten gefunden zu haben, auf die Auswahl der Population stationärer Drogenabhängiger zurückführen (Schnieders et al., 2006).

Ähnlich den bisherigen Ergebnissen kann also auch im Falle von Traumatisierungen in der Kindheit besonders hervorgehoben werden, dass hier besonders auf die psychische Verfassung der Patienten geachtet werden sollte. Auch hier wäre also

zu berücksichtigen, dass sie sich vielleicht in einer schlechteren psychischen Verfassung befinden als andere Drogenabhängige. Wo bei anderen Substanzabhängigen vielleicht soziale Reintegration, oder andere Themen im Vordergrund stehen können, sollten bei in der Kindheit traumatisierten Patienten psychische Probleme einen besonderen Stellenwert in der Behandlung einnehmen. Auch ist anzumerken, dass es sich um eine retrospektive Erfassung der Traumatisierung in der Kindheit handelt. Sinnvoll wären in diesem Zusammenhang auch prospektive Langzeitstudien. Weiters sei auf eine eher geringe Stichprobengröße hingewiesen.

5.4 Exekutivfunktionen bei traumatisierten Substanzabhängigen

Ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung ist die Erforschung der Exekutivfunktionen bei traumatisierten Substanzabhängigen. In diesem Zusammenhang wurden sowohl die Posttraumatische Belastungsstörung als auch komplexe Posttraumatische Belastungsstörung bei Substanzabhängigen hinsichtlich ihres möglicherweise einschränkenden Einflusses auf Exekutivfunktionen überprüft.

Interessanterweise zeigte sich hier entgegen den durch die Literatur geweckten Erwartungen, dass Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung bessere Ergebnisse im Wisconsin Card Sort Test (Drühe-Wienholt und Wienholt, 1998) erzielen. So zeigte sich für die Gruppe der Suchtpatienten, die nie in ihrem Leben eine PTSD entwickelten, signifikant mehr falsche Antworten, als bei solchen mit PTSD Erfahrung. Dieses Ergebnis galt nur für die Fehleranzahl insgesamt und für andere Fehler, nicht im Speziellen für Perseverationsfehler.

Unter Betrachtung der ausschließlich aktuell PTSD-Betroffenen im IES-R zeigte sich dasselbe Ergebnis, nur, dass zusätzlich auch schlechtere Leistungen bezüglich der Perseveration erzielt wurden. Auch hier traten insgesamt mehr Fehler insgesamt und mehr andere Fehler, als Perseverationsfehler bei Personen auf, die nicht von einer aktuellen PTSD betroffen waren. Darüber hinaus wurden bei aktuell traumatisierten Substanzabhängigen auch weniger Perseverationsfehler gefunden, als bei solchen ohne aktuellem Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Dieses Ergebnis zeigte sich nur für Suchtpatienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. Personen mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung unterschieden sich hinsichtlich ihrer Exekutivfunktionen nicht von jenen ohne komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung.

Man kann also sagen, dass sich vor allem das Vorhandensein einer aktuellen Posttraumatischen Belastungsstörung auf die für die Exekutivfunktionen maßgeblichen Perseverationsfehler auswirkt. Allerdings nicht, wie erwartet, im Sinne einer verringerten Leistungsfähigkeit in diesem Bereich, sondern es zeigte sich ganz im Gegenteil, dass Substanzabhängige ohne aktueller PTSD sogar schlechter abschnitten. PTSD-Betroffene erzielten also bessere Leistungen hinsichtlich ihrer Perseveration, also dem Anpassen an eine neue Strategie, nachdem eine andere Strategie eingeübt wurde. Sie konnten sich schneller an neue Gegebenheiten anpassen und zeigten sich kognitiv flexibler, sowie stärker planend und vorausschauend bzw. besser im Erkennen übergeordneter Strategien.

Die Ergebnisse sind umso deutlicher und beeindruckender, wenn man bedenkt, dass auch Konzentration in der Bearbeitung des WCST gefordert ist, und eine Reihe an Untersuchungen zu Posttraumatischen Belastungsfolgen eine verminderte

Aufmerksamkeit (Brandes et al. 2002; Stein et al. 2002; Vasterling et al., 1998) belegen.

Bisher liegen keine Untersuchungen zu Exekutivfunktionen bei Substanzabhängigen vor. Stein et al. (2002) untersuchten lediglich Frauen mit Gewalterfahrungen durch den Partner und erhielten geringere Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen. Es ist allerdings anzumerken, dass die verminderte Leistung im Bereich der Exekutivfunktionen sich für alle Personen mit Trauma zeigte, es macht laut Stein et al. (2002) keinen Unterschied, ob im Anschluss an das Trauma eine PTSD entwickelt wurde (Stein et al., 2002).

Von ihr und Kollegen wurde sogar darauf hingewiesen, dass ein Mangel an Anpassung an neue Strategien mitunter sogar zur Aufrechterhaltung gewalttätiger Beziehungen beitragen könnte. Substanzabhängige wurden allerdings bewusst aus der Untersuchung ausgeschlossen, da mögliche kognitive Beeinträchtigung aufgrund des Substanzkonsums ausgeschlossen werden sollten (Stein et al., 2002). In der vorliegenden Untersuchung wurde die Leistungsbeeinträchtigung aufgrund langjährigen Substanzkonsums insofern vernachlässigt, als dieser, wenn vorhanden, für alle Untersuchungspersonen gleichermaßen zutraf. Eine Untersuchung von Pau et al. (2001) konnte allerdings keinen Einfluss von Heroinkonsum auf Exekutivfunktionen nachweisen. Heroinabhängige und eine nicht-abhängige Kontrollgruppe zeigten keine Unterschiede in ihrer Leistung im WCST (Pau et al., 2001).

Kanagaratnam & Asbjornsen (2007) führten schlechtere Leistungen im WCST bei chronischer PTSD an (Kanagaratnam & Asbjornsen, 2007). Im Unterschied zu Stein et al. (2002) galt die verringerte Leistung jedoch nicht nur für Traumabetroffene

sondern nur für Traumaopfer mit PTSD. Auch Gilbertson et al. (2001) berichteten mehr Perseverationsfehler, aber auch mehr andere Fehler im WCST im Falle einer PTSD (Gilbertson et al., 2001).

In dieser Untersuchung konnten die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen, die belegen, dass im Falle einer PTSD verringerte Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen auftreten (Gilbertson et al., 2001; Kanagaratnam & Asbjornsen, 2007; Sutker et al., 1995) nicht bestätigt werden. Viel eher zeigt sich, dass besonders im Falle aktueller PTSD-Symptomatik bessere Leistungen im WCST erzielt werden.

Die Ergebnisse deuten also darauf hin, dass Personen mit aktueller Posttraumatischer Belastungsstörung mehr kognitive Flexibilität aufweisen, sich schneller an neue Aufgaben und Gegebenheiten anpassen können, als solche ohne akuter PTSD-Symptomatik. Sie verhaften möglicherweise weniger an gewohnten Strategien und sind besser in der Lage Konzepte zu erfassen. Vielleicht fordert gerade das Auftreten einer derartig schweren Symptomatik eine besondere Anpassungsleistung von den Betroffenen. Denkbar wäre auch, dass der Umgang mit Traumafolgesymptomen wie Intrusionen eine besondere Flexibilität verlangt, da das Beibehalten von gewohnten Strategien ohnehin durch unvorhergesehene Flashbacks, Bilder und dergleichen schwerer möglich ist, und sich die Personen also schneller auf Unvorhergesehenes einstellen können. Möglicherweise könnte aber auch ein gesteigertes Hyperarousal dafür verantwortlich sein, dass die Betroffenen weniger Perseveration zeigen. So wäre es möglich, dass gerade die in der Posttraumatischen Belastungsstörung auftretende besondere Wachsamkeit auch mögliche Veränderungen in der Außenwelt eher antizipiert bzw. Betroffene

Veränderungen schneller realisieren. Letztlich deuten die Ergebnisse, trotzdem unklar bleibt, wie es um Aufmerksamkeit und Konzentration selbst, würde man diese noch separat erheben, bestellt ist, darauf hin, dass es bei PTSD-betroffenen Substanzabhängigen zu keinen Beeinträchtigungen im Bereich der durch den WCST gemessenen frontalen Kognitiven Exekutivfunktionen kommt, sondern sogar eher zu einer Verbesserung der Erkennung übergeordneter Strategien und der kognitiven Flexibilität.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang trotzdem noch eine explizite Testung von Aufmerksamkeit und Konzentration PTSD-betroffener Substanzabhängiger.

Angegebene Ergebnisse bisheriger Untersuchungen, die Einbußen im Bereich der Exekutivfunktionen berichteten (Gilbertson et al., 2001; Kanagaratnam & Asbjornsen, 2007; Sutker et al., 1995) entstammen alle Untersuchungen an Populationen von Kriegsveteranen.

Interessant wären jedenfalls weitere Untersuchungen an größeren Stichproben.

5.5 Komorbide Störungen bei traumatisierten

Substanzabhängigen

5.5.1 Dissoziation

Eine immer wieder eng mit Trauma assoziierte Symptomatik ist die Dissoziation (Brady et al., 2000 ; Sommer, 2003).

Die ausstehende Frage an dieser Stelle bleibt, ob von PTSD betroffene Substanzabhängige auch häufiger komorbide Dissoziation zeigen. Substanzabhängige mit PTSD Erfahrung (lifetime oder derzeit) geben zwar mehr Dissoziative Phänomene an (vgl. Mittelwerte siehe Tabelle 14), unterscheiden sich jedoch nicht signifikant von anderen Suchtpatienten.

Da 92,9 % der Stichprobe Substanzabhängiger ein Trauma erlebt hatten, wäre es denkbar, dass es keinen Unterschied für das Vorhandensein von Dissoziativer Symptomatik macht, ob Personen nach dem Trauma eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt haben oder nicht. Dissoziation wird immer wieder nicht nur mit Traumafolgesymptomatik, sondern auch als ein direkt mit dem Trauma einhergehendes Phänomen betrachtet. Schon im Moment des erlebten Traumas treten mitunter massive dissoziative Phänomene ein. Personen berichten immer wieder, dass sie während des Traumas das Gefühl hatten nicht in ihrem eigenen Körper zu sein und sich „von außen“ zu sehen (Somer, 2003).

In dieser Untersuchung zeigt sich jedenfalls, dass Patienten mit PTSD nicht signifikant mehr Dissoziation angeben, als andere Suchtpatienten, sei es jetzt, dass diese ein Trauma ohne nachfolgender PTSD aufweisen, oder nie ein Trauma erlebt hatten.

Möglich wäre, dass Dissoziation ein Phänomen ist, das alle Traumatisierten betrifft, unabhängig davon, ob sie eine PTSD entwickelten oder nicht. Um das zu überprüfen, bedürfte es allerdings einer Untersuchung, die traumatisierte Substanzabhängige mit PTSD und solchen ohne PTSD vergleicht.

Teegen und Zumbeck (2000) untersuchten beispielsweise komorbide Störungsbilder bei Traumatisierten mit Substanzabhängigkeit und fanden auf Seite der Suchtpatienten, die ein Trauma erlebt hatten, mehr komorbide Dissoziative Störungen (Teegen und Zumbeck, 2000). Auch Zlotnick et al. (1997) fanden mehr Dissoziative Phänomene bei Substanzabhängigen mit Traumavergangenheit (Zlotnic et al., 1997). Auch Sommer belegte einen direkten Zusammenhang zwischen Trauma und dissoziativen Störungen bei Substanzabhängigen (Sommer et al., 2003).

Bisherige Untersuchungen, an anderen Populationen als Substanzabhängiger, zu Trauma, PTSD und Dissoziation haben jedoch auch immer wieder stärkere Dissoziative Phänomene im Fall von PTSD gefunden (Carlier, 1996; Bremner & Brett, 1997).

Es sei aus diesem Grund noch einmal auf die geringe Stichprobengröße hingewiesen. Interessant wäre eine Untersuchung dieser Fragestellung an einer größeren Stichprobe.

5.5.2 Depression

In der Forschung zu Traumatisierung und Substanzabhängigkeit im angloamerikanischen Raum wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Substanzabhängige mit PTSD häufiger zusätzliche Depressive Störungen aufweisen als andere Substanzabhängige (Villagomez et al., 1995; Clark et al., 2001; Wassermann et al., 1997, Read et al., 2004, Brown et al., 1999; Mills et al., 2005). Clark et al. (2001) berichten, dass 46% der Substitutionspatienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung ebenfalls depressiv waren (Clark et al., 2001). Bei Villagomez et al. (1995) waren es 38,3% der Substanzabhängigen mit PTSD, die eine zusätzliche Depression aufwiesen (Villagomez et al., 1995).

Diese Ergebnisse konnten in dieser Untersuchung auch für den deutschsprachigen Raum bestätigt werden. Suchtpatienten mit PTSD erreichten im BDI durchschnittlich 18,11 Punkte, solche ohne PTSD hingegen 12,56. Es zeigte sich, dass Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung signifikant depressiver sind, als andere Suchtpatienten.

Es handelt sich dabei sicherlich um ein wichtiges Ergebnis für die Behandlung von traumatisierten Substanzabhängigen. In der Suchtbehandlung kann im weiteren nicht nur ein besonderes Augenmerk auf traumatisierte Suchtpatienten und deren Traumafolgesymptomatik, sei es jetzt in Form einfacher oder komplexer Traumafolgestörungen, gelegt werden, sondern auch noch speziell darauf geachtet werden, dass Suchtpatienten mit PTSD (lifetime oder derzeit) deutlich depressiver sind, als andere Suchtpatienten. Was umso mehr an Bedeutung gewinnt, wenn man bedenkt, dass im Falle von PTSD bei Substanzabhängigen nicht nur die

Depressivität steigt, sondern auch Suizidgedanken und Suizidversuche (siehe Villagomez et al., 1995; Mills et al., 2005).

5.5.3 Persönlichkeitsstörungen

Eine Untersuchung von Mills et al. (2005) zeigte, dass von PTSD betroffene Heroinabhängige auch wahrscheinlicher eine zusätzlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung, sowie eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen. Bei 62% der Heroinabhängigen mit PTSD wurde eine zusätzliche Borderline-Persönlichkeitsstörung gefunden, hingegen bei nur 34% der Süchtigen ohne PTSD. Substanzabhängige mit PTSD zeigten also signifikant häufiger auch komorbide Boderlinestörungen und Antisoziale Persönlichkeitsstörungen (Mills et al., 2005).

Dieses Ergebnis ließ sich durch die hier vorliegende Untersuchung nicht bestätigen. Alle Suchtpatienten mit PTSD wiesen eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter auf. In der Gruppe der Suchtpatienten ohne PTSD wurde bei nur einer Person keine Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter diagnostiziert. Was das Auftreten einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Kindes und Jugendalter betrifft, so zeigten 78,9% der PTSD-Betroffenen eine derartige Persönlichkeitsstörung und 76,7% der Nicht-PTSD-Betroffenen. Von einer Borderline Persönlichkeitsstörung betroffen waren 71,1% der Suchtpatienten mit PTSD und 66,7% der Suchtpatienten ohne PTSD. Mit Narzisstischer Persönlichkeitsstörung fanden sich 36,8% PTSD-Suchtpatienten in der untersuchten Stichprobe. Bei den Suchtpatienten ohne PTSD zeigten sich hingegen nur 30% mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung. 34,2% weisen neben einer PTSD auch eine Paranoide Persönlichkeitsstörung auf, 27,9% ließen keine PTSD

erkennen, zeigten jedoch eine Paranoide Persönlichkeitsstörung. Von einer Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung sind 36,8% der Substanzabhängigen mit PTSD betroffen, ohne PTSD sind es dagegen nur 26,7%.

Für keine der komorbiden Persönlichkeitsstörungen konnten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. D.h. Substanzabhängige mit PTSD unterschieden sich nicht von Substanzabhängigen ohne PTSD hinsichtlich ihrer komorbiden Persönlichkeitsstörungen. Vielerher trat bei allen Suchtpatienten ein hoher Prozentsatz komorbider Persönlichkeitsstörungen auf.

Interessant wäre natürlich eine Untersuchung an einer größeren Stichprobe.

Zu bemerken ist darüber hinaus, dass eine Untersuchung von Mills et al. (2005) an 615 Personen aus der Australischen Treatment Outcome Study (ATOS) (einer Langzeitstudie an Heroinabhängigen) bestehend aus Substanzabhängigen aus Methadonbehandlungseinrichtungen, Entzugsstationen, drogenfreier stationärer Suchtbehandlung oder ohne Behandlung durchgeführt wurde. Mögliche Unterschiede zu den Ergebnissen dieser Studie rühren eventuell von den unterschiedlichen Stichproben her.

Unter den stationären Patienten finden sich einerseits eher schwer süchtige Patienten, und andererseits vielleicht auch mehr Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Denkbar wäre, dass besonders schwere Persönlichkeitsstörungen eine gesellschaftliche Integration beinahe unmöglich machen, sodass ein stationärer Aufenthalt notwendig, wenn nicht sogar aufgrund einer gerichtlichen Anordnung erzwungen wird.

Der hohe Anteil Antisozialer Persönlichkeitsstörungen mag auch mit dem hohen Anteil straffälliger Patienten einhergehen.

Nur wenige Untersuchungen haben sich bisher der Frage gewidmet, ob Substanzabhängige mit Posttraumatischer Belastungsstörung häufiger Persönlichkeitsstörungen aufweisen als Substanzabhängige ohne PTSD.

Es zeigte sich, dass Suchtpatienten mit unterschiedlichem Traumastatus (PTSD lifetime/derzeit; keine PTSD) sich nicht hinsichtlich ihrer komorbiden Persönlichkeitsstörungen unterscheiden.

Was Dependente, Zwanghafte, Schizotypische, Schizoide und Histrionische Persönlichkeitsstörungen betrifft, so traten nicht genügend Fälle auf, als das Berechnungen sinnvoll wären.

Bei der untersuchten Gruppe Substanzabhängiger waren am häufigsten Antisoziale Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter zu bemerken. Von 68 Personen waren 67 betroffen. 38 davon hatten irgendwann in ihrem Leben eine PTSD entwickelt oder wiesen aktuell das Vollbild einer PTSD auf, 29 Personen gehörten jener Gruppe an, die niemals eine PTSD entwickelt hatten. Nur eine Person erfüllte aktuell nicht die Kriterien einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter. Diese Person verfügte auch nicht über eine lebenszeitlich aufgetretene PTSD. Aufgrund der geringen Anzahl an Fällen im Bereich der Personen ohne Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter können die Ergebnisse ebenfalls nicht interpretiert werden.

Im Bereich der Antisozialen Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter traten genügend Fälle in allen Gruppen auf, um eine Interpretation sinnvoll erscheinen zu lassen. Suchtpatienten mit und ohne PTSD unterscheiden sich

jedoch nicht dahingehend, ob sie eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter entwickelten.

Im Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, der Paranoiden Persönlichkeitsstörung und der Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung waren ebenfalls genügend Fälle für eine Chi-Quadratverteilung, es bestehen jedoch ebenfalls keine Unterschiede in den Gruppen. Das heißt Substanzabhängige mit PTSD unterscheiden sich hinsichtlich ihrer zusätzlichen Borderline-, Narzisstischen-, Paranoiden- und Selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung nicht von Substanzabhängigen, die nie in ihrem Leben eine PTSD aufwiesen.

6 Zusammenfassung

Bisherige Untersuchungen, vor allem im angloamerikanischen Raum, haben gezeigt, dass ein sehr hoher Anteil der Population Substanzabhängiger Traumaerfahrungen aufweist (Reynolds et al., 2004 ; Read et al., 2004 ; Mills et al., 2005, Brown et al., 1999, Saladin et al, 1995). Die Studien beschäftigten sich auch mit der Frage, inwieweit sich ein Trauma und eine Posttraumatische Belastungsstörung auf die Schwere der Substanzabhängigkeit auswirkt (Brown et al., 1999; Read et al., 2004 Clark et al., 2000; Reynolds et al., 2004). Bisherige Untersuchungen kamen jedoch zu keinem einheitlichen Ergebnis. Ein Umstand der mitunter, aber nicht nur daran liegen mag, woran die Schwere der Abhängigkeit gemessen wird. Geht man in diesem Zusammenhang von der Menge der konsumierten Substanzen aus, von der Anzahl der Tage, von den Zeiten von Abstinenz oder anderen Markern? Die hier vorliegende Untersuchung orientiert sich an dem Konzept des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al, 1994), in das sowohl Tage an Konsum verschiedener Substanzen, IV-Gebrauch, als auch Ausgaben für die konsumierten Substanzen eingehen. Neben dem durch den ASI erfassten Drogenscore und Alkoholscore geht das Konzept jedoch davon aus, dass Substanzabhängigkeit auch dann als schwerer anzusehen ist, wenn andere Lebensbereiche wie Familie, soziale Beziehungen, gesundheitlicher Zustand, finanzielle Situation oder rechtliche Situation dadurch beeinträchtigt werden. Umso mehr Bereiche also beeinträchtigt werden, umso schwerer wird in diesem Zusammenhang die Substanzabhängigkeit gewertet.

Die Frage nach dem Vorkommen von Trauma und der Schwere der Substanzabhängigkeit sollte nun für den deutschsprachigen Raum überprüft

werden. Untersucht wurde dazu eine klinische Stichprobe von 70 Substanzabhängigen in stationärer, drogenfreier Behandlung. Durchgeführt wurde die Untersuchung am Anton Proksch Institut an der Drogenabteilung V, der Langzeittherapiestation Mödling.

Es wurde (H1 1) überprüft, inwieweit sich Suchtpatienten mit PTSD (lebenszeitlich aufgetreten oder derzeit vorhanden) von anderen ohne PTSD hinsichtlich der Schwere der Substanzabhängigkeit unterscheiden.

Das besonders hohe Vorkommen von Traumaerfahrungen in der Population Substanzabhängiger konnte bestätigt werden. 92,9% der untersuchten Substanzabhängigen berichteten mindestens ein traumatisches Erlebnis. Traumatische Ereignisse wurden nach DSM-IV Kriterien erfasst. Derartige traumatische Ereignisse können Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, schwere körperliche Gewalt oder Misshandlung, schwere Autounfälle, Überfälle, Anwesenheit bei Tötung oder Suizid (bzw. zusehen zu müssen wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird, etwa Beisein von Vergewaltigung, schweren Unfällen oder schweren Überfällen oder anderen Gewalttaten, bei denen beispielsweise Körperteile zerschmettert oder herausgerissen wurden), Bedrohung durch Waffengewalt, Kriegstraumata oder ähnliches sein.

57,1% der Stichprobe zeigten im Strukturierten klinischen Interview Achse I (Wittchen et al., 1997) eine derzeitige oder lebenszeitlich aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung. 20% erfüllten aktuell noch immer die Kriterien einer PTSD.

Auswirkungen einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf die Schwere der Substanzabhängigkeit konnten nicht bestätigt werden. Es zeigten sich auf Seite der Substanzabhängigen mit PTSD kein höherer Alkohol- oder Drogenscore. Einzig im

Problembereich psychischer Zustand des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994) ergaben sich im Falle einer PTSD signifikant höhere Werte. Substanzabhängige mit PTSD zeigten also einen signifikant schlechteren psychischen Zustand als andere Suchtpatienten.

Vorsicht sei jedoch geboten bei der Generalisierung dieses Ergebnisses, da die Untersuchung ausschließlich an stationären klinischen Suchtpatienten durchgeführt wurde, und sich nicht ohne weiteres auf die Gesamtpopulation Substanzabhängiger übertragen lässt, vor allem da es sein könnte, dass die Gruppe stationärer Suchtpatienten auf einem Kontinuum eher die schwerer abhängigen Substanzabhängigen abbilden.

Um einen möglichen Einfluss von Posttraumatischer Belastung auf die Schwere der Substanzabhängigkeit noch etwas genauer zu beleuchten, wurde zusätzlich untersucht, inwieweit sich Suchtpatienten mit aktueller PTSD hinsichtlich der Schwere ihrer Substanzabhängigkeit von anderen Suchtpatienten unterscheiden (H1 2). Zur Erfassung der aktuellen PTSD wurde diesbezüglich die Impact of Event Skala (Maercker & Schützwohl) herangezogen. Durch die Vorgabe des IES-R bestätigte sich was im SCID I schon deutlich wurde, nämlich, dass etwa 20% mit einer aktuellen PTSD zeichnen. (Im IES-R waren es sogar 23,5%, die von einer aktuellen PTSD betroffen sind.) Andererseits erwiesen sich auch hier Substanzabhängige mit PTSD bezüglich des Alkohol- und Drogenscores als nicht schwerer abhängig als andere Suchtpatienten. Wieder zeigten sie jedoch einen signifikant schlechteren psychischen Zustand.

Um das Thema noch etwas differenzierter zu beleuchten, und da es sich in der Population Substanzabhängiger um häufig früh erlebte, lang andauernde Traumata

interpersoneller Natur handelt, war es fast unerlässlich noch näher auf tiefergreifende Persönlichkeitsänderungen nach derartigen Extremlastungen (Persönlichkeitsänderungen nach Extremlastungen nach ICD-10) oder komplexere Traumafolgesymptomatik in Form einer komplexen PTSD oder DESNOS (Disorders of Extreme Stress not otherwise specified) Symptomatik, wie sie im englischsprachigen Raum auch bezeichnet wird ist, einzugehen. Zur Erfassung dieser tiefergreifenden Traumafolgestörungen wurde die deutsche Übersetzung des SIDES (Pelcovits et al., 1997), eines im Rahmen einer DSM-IV Felduntersuchung von einer Forschungsgruppe um Van der Kolk eigens zu diesem Zweck, also zur Erfassung der DESNOS Symptomatik, entwickelten Instruments verwendet. Von der Symptomatik her handelt es sich dabei um sechs Symptomcluster: Störungen von Wahrnehmung oder Bewusstsein, Störungen der Selbstwahrnehmung, Störungen der Beziehungen zu anderen Menschen, Somatisierung und die Veränderung von Lebenseinstellungen. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins umfassen Amnesien oder Dissoziative Episoden und Depersonalisation. Die Störung der Selbstwahrnehmung ist mit unzureichender Selbstfürsorge, dem Gefühl dauerhaft zerstört zu sein, mit Schuldgefühlen, Scham, dem Gefühl isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein und dem Bagatellisieren von gefährlichen Situationen verbunden. Bei der Störung in der Beziehung zu anderen Menschen geht es um die Unfähigkeit zu vertrauen, Reviktimisierung und die Viktimisierung anderer Menschen. Mit Somatisierung sind somatoforme Symptome und hypochondrische Ängste umschrieben. Veränderung von Lebenseinstellungen meint vor allem das Fehlen einer Zukunftsperspektive und den Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten.

Auch in diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, wie sehr Substanzabhängige an derartigen, komplexen Traumafolgen und tiefergreifenden Veränderungen in ihrer Persönlichkeit leiden, und ob Suchtpatienten mit einer derartigen komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung eine schwerere Substanzabhängigkeit zeigen als andere. (H1 3)

Mit 34,3% zeigt sich etwa ein Drittel der Suchtpatienten von einer derartigen komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen. Auch hier lässt sich sagen, dass sich Suchtpatienten mit komplexer PTSD im Wesentlichen nicht von anderen Substanzabhängigen unterscheiden. Einzig im Problembereich „körperlicher Zustand“, der durch das Interview zur Schwere der Substanzabhängigkeit erfasst wurde, wiesen sie signifikant höhere Werte auf als andere. D.h. Substanzabhängige mit komplexer PTSD weisen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Im Drogen- und Alkoholscore des ASI unterschieden sie sich nicht von anderen Suchtpatienten. Man kann also auch hier sagen, dass mit einem Drittel doch ein sehr hoher Anteil der Suchtpatienten auch traumabedingte komplexere Traumafolgestörungen aufweist, dass die Betroffenen jedoch keine schwerere Substanzabhängigkeit aufweisen als andere stationäre Suchtpatienten.

Zusätzlich wurden retrospektiv Kindheitstraumatisierungen erfasst. Im CTQ (Gast et al., 2001) gaben mehr als die Hälfte (55,9%) der Substanzabhängigen an, in der Kindheit körperliche Misshandlung erlebt zu haben. Sie gaben an, von jemandem aus der Familie so stark geschlagen worden zu sein, dass sie zum Arzt oder ins Krankenhaus mussten, dass sie blaue Flecken oder Schrammen davontrugen, mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand

bestraft worden zu sein, körperlich misshandelt oder verprügelt worden zu sein, so dass es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.

Ein Viertel (26,1%) der Stichprobe gab an sexuellen Missbrauch erlebt zu haben.

87% geben an, in ihrer Kindheit emotional missbraucht worden zu sein. (Sie wurden als "dumm", "faul" oder "hässlich" bezeichnet, glaubten, dass ihre Eltern sich wünschten, sie wären nie geboren, bekamen von Familienangehörigen verletzende oder beleidigende Dinge gesagt, hatten das Gefühl, gehasst zu werden oder glaubten emotional bzw. gefühlsmäßig missbraucht worden zu sein.)

Wie sich herausstellte, war auch ein erstaunlich hoher Anteil der Substanzabhängigen von körperlicher Vernachlässigung in der Kindheit betroffen gewesen. 84,1% hatten entweder nichts zu essen gehabt, mussten schmutzige Kleidung tragen, wurden nicht zum Arzt gebracht, wenn es sein musste oder es sorgte sich niemand um die Kinder, weil die Eltern selbst zu betrunken oder beeinträchtigt waren, um sich um die Kinder zu sorgen.

94,2% gaben an, emotional vernachlässigt worden zu sein.

Auch hier zeigte sich, dass Substanzabhängige mit stärkerer Traumatisierung in der Kindheit später keine generell schwerere Substanzabhängigkeit entwickeln (H1 4). Es ergab sich also auch hier bei steigender Traumatisierung in der Kindheit kein höherer ASI Drogen- und Alkoholscore im Erwachsenenalter. Was jedoch auch hier deutlich wurde ist eine Verschlechterung des psychischen Zustandes. 5,6% des psychischen Zustandes können durch Traumatisierungen in der Kindheit erklärt werden.

Für das gemeinsame Auftreten von Trauma, Posttraumatischer Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit wurden in den bisherigen Forschungsarbeiten zu diesem Thema mehrere Erklärungsmodelle angeführt.

Von einigen Autoren (wie beispielsweise Breslau et al., 2003) wird die These vertreten, dass sowohl Substanzabhängigkeit als auch Posttraumatische Belastungsstörung durch eine dritte z.B. **genetische oder Umweltvariable** verknüpft sind. Ein ebenfalls sehr verbreitetes Erklärungsmodell ist die sogenannte **Selbstmedikationshypothese** nach Khantzian (Khantzian, 1985). Demnach versuchen Substanzabhängige mit Hilfe von Substanzen die auftretende PTSD-Symptomatik in den Griff zu bekommen (Khantzian, 1985). Andere Autoren wiederum (z.B. Clark et al., 2000) gehen von einer **Wechselwirkung**, bzw. von einem Verstärkungskreislauf von PTSD und Sucht aus. So erhöht PTSD ihrer Meinung nach die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit. Die Substanzabhängigkeit erhöht wiederum das Risiko ein Trauma zu erleben, bzw. eine PTSD zu entwickeln. Immer wieder erwähnt wird auch, dass **Substanzabhängigkeit an sich** das Risiko ein Trauma zu erleben erhöht. Allein die Beeinträchtigung durch akute Intoxikation erhöht die Wahrscheinlichkeit ein Trauma zu erleben. Der Lebensstil Substanzabhängiger, ihr soziales Umfeld, und die meistens mit der Sucht einhergehende Beschaffungskriminalität, oftmalige Obdachlosigkeit erhöhen ebenfalls das Risiko einer Traumatisierung.

Da sich die einzelnen Modelle nicht ausschließen, wäre auch ein mehrdimensionales Bedingungsgefüge denkbar. Um derartige ursächliche Zusammenhänge zu klären, wären aber in jedem Fall Langzeituntersuchungen notwendig, im besten Fall von neu auftretender Traumatisierung.

Die Tatsache, dass ein derart hoher Anteil der Substanzabhängigen schwere Traumaerfahrungen aufweist und ein relativ hoher Prozentsatz noch immer mit den Traumafolgen zu kämpfen hat, ist sicher eine wichtige Erkenntnis für die Suchtbehandlung. So kann in Zukunft einerseits mehr Augenmerk auf die aktuelle PTSD-Symptomatik gelegt werden, andererseits können aber auch komplexere, tiefer verankerte Traumafolgestörungen mehr Beachtung in der Behandlung erfahren. Für alle Patienten mit einer Doppeldiagnose PTSD und Substanzabhängigkeit gilt, dass sie einen schlechteren psychischen Zustand aufweisen als andere Suchtpatienten - ebenfalls eine Erkenntnis die im Rahmen der Suchtbehandlung berücksichtigt werden kann. Unabhängig von einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigte sich jedoch auch, dass sich bei steigender Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter der psychische Zustand der Suchtpatienten im Erwachsenenalter verschlechtert. Der psychische Zustand von in der Kindheit schwer traumatisierten Suchtpatienten erweist sich also als besonders schlecht.

Komplex Traumatisierte weisen zusätzlich einen schlechteren körperlichen Zustand auf - ein Faktum, dass ebenfalls Eingang in die Behandlung finden kann.

Neben der Schwere der Substanzabhängigkeit traumatisierter Suchtpatienten mit PTSD sollte zusätzlich auch deren Exekutivfunktionen überprüft werden. In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, ob sich traumatisierte Suchtpatienten mit PTSD von anderen Suchtpatienten hinsichtlich ihrer Exekutivfunktionen, im Speziellen ihrer kognitiven Umstellfähigkeit, kognitiver Flexibilität, der Fähigkeit übergeordnete Muster zu erkennen, planend zu denken, der Fähigkeit sich an neue

Strategien anzupassen, wie sie im Wisconsin Card Sort Test (Drühe-Wienholt & Wienholt, 1998) erfasst werden, unterscheiden (H1 5). Bisherige Untersuchungen zu Exekutivfunktionen bei Traumapatienten ließen eher auf eine schlechtere Leistung auch von traumatisierten Suchtpatienten schließen (Kanagaratnam & Asbjornsen, 2006; Gilbertson et al., 2001; Sutker et al., 1995). Untersuchungen zu speziell traumatisierten Substanzabhängigen und deren Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen liegen jedoch noch keine vor. Anders als erwartet zeigte sich jedoch, dass traumatisierte Substanzabhängige bessere Leistungen im WCST erzielten als andere Suchtpatienten.

Substanzabhängige mit PTSD (lifetime oder derzeit) erzielten signifikant weniger falsche Antworten und weniger andere Fehler, als Perseverationsfehler als andere Substanzabhängige (H1 5). Suchtpatienten mit einer aktuellen PTSD machten im WCST signifikant weniger Fehler als andere Suchtpatienten, und zwar einerseits signifikant weniger Perseverationsfehler, aber auch signifikant weniger andere Fehler. (H1 6) Bei den untersuchten Substanzabhängigen mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung zeigten sich - verglichen mit anderen Substanzabhängigen - jedoch keine Unterschiede bezüglich ihrer Leistung im WCST. (H1 7)

Die Ergebnisse deuten also darauf hin, dass traumatisierte Suchtpatienten mit PTSD keine schlechteren Leistungen im Bereich der Exekutivfunktionen aufweisen, sondern im Gegensatz zu bisherigen Untersuchungen an anderen Populationen mit PTSD (Kriegsveteranen etc.) sogar bessere Ergebnisse erzielen, als andere Suchtpatienten ohne PTSD.

Denkbar wäre, dass, sofern die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung durch die PTSD-Symptomatik nicht zu sehr eingeschränkt ist, eben sogar bessere

Leistungen im Bereich der kognitiven Flexibilität, der Anpassung an neue Situationen und der übergeordneten Mustererkennung erzielt werden, da diese Fähigkeiten vielleicht von PTSD-Betroffenen im Umgang mit akuter PTSD Symptomatik besonders gefordert sind.

Darüber hinaus sollte im Rahmen der Untersuchung überprüft werden, ob Substanzabhängige mit PTSD zusätzlich mehr andere komorbide Störungen aufweisen. Ein Phänomen, auf das in bisherigen Studien immer wieder hingewiesen wird (Clark et al., 2000; Reynolds et al., 2004 ; Read et al., 2004 ; Brown et al., 1999). Überprüft wurde, ob sich Substanzabhängige mit PTSD signifikant hinsichtlich komorbider Dissoziation, Depression und Persönlichkeitsstörungen von anderen Substanzabhängigen unterscheiden. (H18, H19, H110)

Ein Unterschied konnte ausschließlich bezüglich komorbider Depression festgestellt werden. Substanzabhängige mit PTSD zeigten auch eine signifikant stärkere depressive Symptomatik. Keine Unterschiede zeigten Patienten mit Doppeldiagnose PTSD-Sucht und andere Suchtpatienten hinsichtlich ihrer komorbiden Dissoziation. PTSD-betroffene Substanzabhängige zeigten also nicht mehr Dissoziation als andere Substanzabhängige. Möglicherweise sind in der Population Substanzabhängiger Traumabetroffene, unabhängig davon ob sie eine PTSD entwickelten, gleichermaßen von Dissoziation betroffen. Von komorbiden Persönlichkeitsstörungen waren ebenfalls Suchtpatienten mit und ohne PTSD gleichermaßen betroffen. Wie sich herausstellte, zeigte überhaupt ein Großteil der stationären Suchtpatienten neben der Substanzabhängigkeit auch zusätzliche Persönlichkeitsstörungen. So zeigen 98,5% ebenfalls eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter, 69,1% eine Borderline-

Persönlichkeitsstörung, 33,8% eine Narzisstische Persönlichkeitsstörung und 34,2% eine Paranoide Persönlichkeitsstörung neben der Substanzabhängigkeit, ungeachtet dessen, ob sie eine PTSD aufweisen oder nicht. Zusammenfassend kann man diesbezüglich also sagen, dass Substanzabhängige mit PTSD auch zusätzlich depressiver sind als andere Substanzabhängige, jedoch nicht mehr Persönlichkeitsstörungen oder Dissoziation aufweisen. Auch der besonders ausgeprägten Depressivität PTSD-betroffener Substanzabhängiger kann im Rahmen der Behandlung Beachtung zukommen.

7 Abstract

Theoretischer Hintergrund: Bisherige Untersuchungen, vor allem im angloamerikanischen Raum, zu Traumatisierung und Posttraumatischer Belastungsstörung bei Substanzabhängigen kommen einheitlich zu dem Ergebnis einer relativ hohen Prävalenz von Traumaerfahrungen (83 bis 95%) in der Population Substanzabhängiger. Die Prävalenzraten von PTSD in dieser Patientengruppe schwanken, je nach Untersuchung zwischen 29% und fast 50%. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, inwieweit Traumaerfahrung, oder das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung einen Einfluss auf die Schwere der Substanzabhängigkeit hat. Bisher durchgeführte Untersuchungen im angloamerikanischen Raum kamen auch diesbezüglich zu unterschiedlichen Ergebnissen. Dieser Frage soll nun in der vorliegenden Arbeit für den deutschsprachigen Raum nachgegangen werden. **Hauptfragestellungen:** Unterscheiden sich Substanzabhängige mit PTSD von Substanzabhängigen ohne PTSD hinsichtlich der Schwere der Substanzabhängigkeit? Diese Fragestellung wird für lebenszeitlich aufgetretene PTSD, aktuelle PTSD und komplexe PTSD überprüft. Zusätzlich wird der Einfluss von Traumatisierung in der Kindheit auf die Schwere der Substanzabhängigkeit überprüft. Außerdem wird der Frage nachgegangen, ob das Vorhandensein einer PTSD Auswirkungen auf kognitive Stirnhirnfunktionen hat (Exekutivfunktionen). Schließlich wird geprüft, ob Substanzabhängige mit PTSD auch häufiger andere komorbide Störungen (Depression, Dissoziation, Persönlichkeitsstörungen) aufweisen. **Methodik:** Untersucht wird eine klinische Stichprobe von 70 Suchtpatienten in stationärer, drogenfreier Langzeittherapie. Zur Erhebung von Trauma und PTSD werden IES-R,

SCID Modul für PTSD, IK-PTBS (Interview zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung) und CTQ vorgegeben. Die Schwere der Substanzabhängigkeit wird mit dem Addiction Severity Index erfasst, Exekutivfunktionen mit dem WCST (Wisconsin Card Sort Test), komorbide Störungen mittels BDI, FDS und SCID II. Die Überprüfung der Fragestellungen erfolgt mittels T- und U-Test, sowie Regressionsanalyse und Chi-Quadrat Testung. **Ergebnisse und Diskussion:** Es zeigt sich mit 92,9 % eine ähnlich hohe Traumarate, wie in bisherigen Untersuchungen, sowie ein hoher Anteil von lebenszeitlich aufgetretener PTSD (57,1%). Zur Überprüfung der Schwere der Substanzabhängigkeit bedient sich die Untersuchung des Addiction Severity Index (Gsellhofer et al., 1994), der neben dem Substanzkonsum selbst auch die Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen (körperlicher Zustand, finanzielle Situation, rechtliche Probleme, soziale und Familienprobleme und psychische Probleme) erfasst. Es zeigt sich, dass sich PTSD bei Substanzabhängigen nicht auf die Schwere des Substanzkonsums an sich auswirkt, dass jedoch Substanzabhängige mit PTSD einen deutlich schlechteren psychischen Zustand aufweisen. Es wird auch deutlich, dass 5,6% des psychischen Zustandes durch Traumatisierung in der Kindheit erklärt werden kann. Suchtpatienten mit komplexer PTSD weisen einen schlechteren gesundheitlichen Zustand auf. Außerdem zeigt sich, entgegen den Erwartungen, eine höhere kognitive Flexibilität bei Substanzabhängigen mit PTSD. Suchtpatienten mit PTSD sind darüber hinaus deutlich depressiver.

Literaturverzeichnis

Barnow S., Plock K., Spitzer C., Haman N., Freyberger H. (2005): Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung und komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung. Verhaltenstherapie. Vol. 15, S. 148-156.

Beck A.T. und Steer R.A. (1987): Beck Depression Inventory – Manual. The psychological Association, San Antonio.

Bernstein D.P., Fink L. (1998): Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective selfreport questionnaire and manual. The Psychological Corporation. San Antonio.

Bernstein E.M. & Putnam F.W. (1986): Development, reliability, and validity of a dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 185, S. 491-497.

Brady K., Killeen T., Brewerton T., Lucerini S. (2000): Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Clinical Psychiatry. Vol. 61, Nr. 7, S. 22-32.

Brandes D., Ben-Schachar G., Gilboa A., Bonne O., Freedman S., Shalev A. (2002): PTSD symptoms and cognitive performance in recent trauma survivors. Psychiatry Research. Vol. 110, S. 231-238.

Breslau N., Davis G., Peterson E., Schultz L. (2000): A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma: The Posttraumatic Stress Disorder-Major Depression Connection. Biological Psychiatry. Nr. 48, S. 902-909.

Breslau N., Glenn D., Lonni R., Schultz P. (2003): Posttraumatic Stress Disorder and the Incidence of Nicotine, Alcohol and Other Drug Disorders in Persons Who Have Experienced Trauma. Archives of General Psychiatry. Vol. 60, S. 289-294.

Brooner R.K., King V.L., Kidorf M., Schmidt C.W., Bigelow G.E. (1997): Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Archives of General Psychiatry. Vol. 54, Nr. 1, S. 71-80

Brown P. & Ouimette P. (1999): Introduction to the Special Section on Substance Use Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Comorbidity. Psychology of Addictive Behaviors. Vol. 13, Nr. 2, S. 75-77.

Brown P., Stout R., Mueller T. (1999): Substance Use Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Comorbidity: Addiction and Psychiatric Treatment Rates. Psychology of Addictive Behaviors. Vol. 13, S. 115-122.

Burian W., Smole S. (1997): Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Vol. 20, S. 111-113.

Bustamante V., Mellman T., David D., Fins A. (2001): Cognitive Functioning and the early Development of PTSD. Journal of Traumatic Stress. Vol. 14, Nr. 4, S. 791-797.

Clark H.W., Masson C., Delucchi K., Hall S., Sees K. (2001): Violent traumatic events and drug abuse severity. Journal of Substance Abuse Treatment. Vol. 20, S. 121-127.

Courtis C. (2004): Complex Trauma, Complex Reactions : Assessment and Treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training. Vol. 41, Nr. 4, S. 412-425.

Dauids E., Hartwig U., Specka M., Seeber M., Kluwig J., Gastpar M., Scherbaum N. (2006): Traumaerlebnisse bei Opiatabhängigkeit. Krankenhauspsychiatrie. Vol. 17, S. 92-95.

Derogatis, L.R. (1993). Brief Symptom Inventory (BSI) (administration, scoring, and procedures manual, third edition). Minneapolis: National Computer Services.

Dilling H, Mombour W., Schmidt M.H. (Hrsg.) Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. 5.Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.

Drühe-Wienholt C.M. und Wienholt W. (1998): Computergestütztes Kartensortierverfahren. Swets, Frankfurt.

Flatten G., Hofmann A., Liebermann P., Woeller W., Siol T., Petzold E. (2001): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Schattauer, Stuttgart.

Ford J. & Kidd P. (1998): Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress. Vol. 11, Nr. 4, S. 743-761.

Ford J. (1999): Disorders of Extreme Stress Following War-Zone Military Trauma: Associated Features of Posttraumatic Stress Disorder or Comorbid but Distinctive Syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 67, Nr. 1, S. 3-12.

Fydrich T., Renneberg B., Schmitz B., Wittchen H.-U. (1997): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Hogrefe, Göttingen.

Gast U., Rodewald F., Benecke H., Driessen M. (2001): Deutsche Bearbeitung des Childhood Trauma Questionnaire. Unveröffentlichtes Manuskript. Medizinische Hochschule Hannover.

Gilbertson M., Gurvits T., Lasko N., Orr S., Pitman R. (2001): Multivariate Assessment of Explicit Memory Function in Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 14, Nr. 2, S. 413-432.

Gsellhofer B., Fahrner E., Platt J. (1994): European Addiction Severity Index EuropASI (German version). Munich, Germany. IFT Institute for Therapy Research.

Gsellhofer B., Küfner H., Vogt M., Weiler D. (1999): European Addiction Severity Index (EuropASI). Manual für Training und Durchführung. Munich, Germany. IFT Institute for Therapy Research. Schneider-Verlag. Hohengehren.

Hautzinger M., Bailer M., Worwall K., Keller F. (1994): Beck Depressionsinventar (BDI). Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch. Bern, Huber.

Heffernan K., Cloitre M., Tardiff K., Marzuk P., Portera L., Leon A. (2000): Childhood trauma as a correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients. *Addictive Behaviors*. Vol. 25, Nr. 5, S. 797-803.

Horowitz M., Wilner M., Alvarez W. (1979): Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. Vol. 41, S. 209-218.

Jacobsen L., Southwick S., Kosten T. (2001): Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A review of Literature. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 158, Nr. 8, S. 1184-1190.

Jongedijk R., Carlier I., Schreuder B., Gersons B. (1996): Complex Posttraumatic Stress Disorder: An Exploratory Investigation of PTSD and DES NOS Among Dutch War Veterans. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 9, Nr. 3, S. 577-586.

Kanagaratnam P. & Asbjornsen A. (2007): Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol. 21, S. 510-525.

Khantzian E. (1997): The Self-Medication Hypothesis of Substance Use disorders: A Consideration and Recent Applications. *Harvard Review Psychiatry*. Vol. 4, S. 231-244.

Kilpatrick D., Ruggiero K., Aciero R., Saunders E., Resnick H., Best C. (2003): Violence and Risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results From the National Survey of Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 71, Nr. 4, S. 692-700.

Lipschitz D., et al. (2000): Gender Differences in the Associations Between Posttraumatic Stress Symptoms and Problematic Substance Use in Psychiatric Inpatient Adolescents. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 188, Nr. 6, S. 349-356.

Luxenberg T, Spinazzola J., Hidalgo J., Hunt C., Van der Kolk B. (2001): Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment. Directions in Psychiatry. Vol. 21, Lesson 26, S. 395-414.

Maercker A., Schützwohl M. (1998): Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala- revidierte Version (IES-R). Diagnostica. Vol. 44, Nr. 3, S. 130-141.

Maercker, A., Bromberger, F. (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. Trierer Psychologische Berichte. 32, Heft 2.

Maerker A. (2003): in Hoyer J. & Margraf J. (Hrsg.): Angstdiagnostik. Springer, Berlin, Heidelberg.

Maes M., Mylle J., Delmeire L., Altamura C. (2000): Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. Vol. 250, S. 156-162.

McLean & Gallop (2003): Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 160, S. 369-371.

McLellan T., Kushner H., Metzger D., Peters R., et al.. (1992): The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 9, Nr. 3, S. 199-213.

Medrano M., Zule W., Hatch J., Desmond D. (1999): Prevalence of Childhood Trauma in a Community Sample of Substance-Abusing Women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol. 25, Nr. 3, S. 449-462.

Mills K., Lynskey M., Teesson M., Ross J., Darke S. (2005): Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 77, S. 243-249.

Najavits L., Weiss R., Shaw S., Muenz L. (1998): "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Woman with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 11, Nr. 3, S. 437-456.

Newman E., Riggs D., Roth S. (1997): Thematic Resolution, PTSD, and Complex PTSD: The Relationship Between Meaning and Trauma-Related Diagnoses. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 10, Nr. 2, S. 197-213.

Pau Ch., Lee T., Chan S. (2001): The impact of heroin on frontal executive functions. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Vol. 17, S. 663-670.

Pelcovits D., Van der Kolk B., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P. (1997): Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 10, Nr. 1, S. 3-16.

Ravandal E., Lauritzen G., Frank O., Jansson I., Larsson J. (2001): Childhood maltreatment among Norwegian drug abusers in treatment. *International Journal of Social Welfare*. Vol. 10, S. 142-147.

Read J., Brown P., Kahler C. (2004): Substance use and posttraumatic stress disorders: Symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*. Vol. 29, S. 1665-1672.

Reynolds M., Mezey G., Chapman M., Wheeler M., Drummond C., Baldacchino A. (2005): Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 77, S. 251-258.

Roth S., Newman E., Pelcovitz D., Van der Kolk B., Mandel S. (1997): Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 10, Nr. 4, S. 539-555.

Sachinvala N., Scotti H., McGuire Mi., Fairbanks L., Bakst K., McGuire Ma., Brown N. (2000): Memory, Attention, Function, and Mood among Patients with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 188, Nr. 12, S. 818-823.

Sack M. (2004): Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt. Vol. 75, Nr. 5, S. 451-459.

Sack M. (2005): Gütekriterien für das IK-PTBS. Unveröffentlichtes Manuskript. Medizinische Hochschule Hannover.

Sack M., Hofmann A. (2005): Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS). Unveröffentlichtes Manuskript. Medizinische Hochschule Hannover.

Saladin M., Brady K., Dansky B., Kilpatrick D. (1995): Understanding Comorbidity between PTSD and Substance Use Disorders: Two Preliminary Investigations. Addictive Behaviors. Vol. 20, Nr. 5, S. 643-655.

Saß H., Wittchen H.-U., Zaudig M., Houben I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevison - DSM-IV-TR (Deutsche Bearbeitung). Hogrefe, Göttingen.

Schäfer M., Schnack B., Soyka M. (2000): Sexueller und körperlicher Missbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. Psychotherapie Psychosomatik und psychologische Medizin. Nr. 50, S. 38-50.

Scheurich A., Müller M., Wetzel H., Angehelescu I., Klawe C., Ruppe A., Lörch B., Himmerich H., Schmid G., Hautzinger M., Szegedi A. (2000): Reliability and Validity of the German Version of the European Addiction Severity Index (EuropASI). *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 61, Nr. 6, S. 916-919.

Schnieders M., Rassaerts I., Schäfer M., Soyka M. (2006): Der Einfluss kindlicher Traumatisierung auf eine spätere Drogenabhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. Vol. 74, S. 511-521.

Simpson T., Miller W. (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*. Vol. 22, S. 27-77.

Sobell & Sobell (1992): Timeline-follow-back. In: Litten R.Z. & Allen J.P. (Eds.): *Measuring Alcohol Consumption: Psychological and Biochemical Methods*. S. 41-72
Human Press, New Jearsey.

Somer E. (2003): Prediction of Abstinence from Heroin Addiction by Childhood Trauma, Dissociation and Extent of Psychological Treatment. *Addiction Research and Theory*. Vol. 11, NR. 5, S. 339-348.

Spitzer C., Stieglitz R.-D., Freyberger H.J. (1999): Fragebogen zu dissoziativen Symptomen. Huber, Bern.

Stein M., Kennedy C., Twamley E. (2002): Neuropsychological Functioning in Female Victims of Intimate Partner Violence with and without Posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. Vol. 52, S. 1079-1088.

Steward S., Pihl R., Conrod P., Dongier M. (1998): Functional Associations among Trauma, PTSD and Substance-related Disorders. *Addictive Behaviours*. Vol. 23, Nr. 6, S. 797-812.

Sutker P., Vasterling J., Brailey K., Allain A. (1995): Memory, Attention and Executive Deficits in POW Survivors: Contributing Biological and Psychological Factors. *Neuropsychology*. Vol. 9, Nr. 1, S. 118-125.

Teegen F., Zumbeck S. (2000): Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. *Psychotherapeut*. Vol. 45, S. 44-49.

Triffleman E., Marmar Ch., Delucchi K., Ronfeldt H. (1995): Childhood Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Substance Abuse Inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 183, Nr. 3, S. 172-176.

Twamley E., Hami S., Stein M. (2004): Neuropsychological functioning in collage students with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*. Vol. 126, S. 265-274

Van der Kolk B., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J. (2005): Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 18, Nr. 5, S. 389-399.

Vasterling J., Constans J., Brailey K., Sutker P. (1998): Attention and Memory Dysfunktion in Posttraumatic Stress Disorder. *Neuropsychology*. Vol. 12, Nr. 1, S. 125-133.

Villagomez R., Meyer T., Lin M., Brown L. (1995): Post-Traumatic Stress Disorder Among Inner City Methadone Maintenance Patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 12, Nr. 4, S. 235-257.

Wasserman D., Havassy B., Boles S. (1997): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in cocaine users entering private treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 46, S. 1-8.

Weiss D., Marmar C. (1996): The Impact of Event Scale - Revised. In: J. Wilson, T. Keane (Editors), *Assessing psychological trauma and PTSD*. S.399-411, Guildford, New York.

Wittchen H.-U., Wunderlich U., Gruschwitz S., Zaudig M. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I: Psychische Störungen*. Interviewheft. Hogrefe, Göttingen.

Wittchen H.U., Zaudig M., Fydrich T. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Hogrefe, Göttingen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM IV.....	11
Abbildung 2: Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD 10.....	12
Abbildung 3: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nach ICD 10	23
Abbildung 4: DESNOS bzw. komplexe PTSD.....	25
Abbildung 5: Kriterien der komplexen PTSD.....	54
Abbildung 6: Problembereiche des European Addiction Severity Index (ASI)	57
Abbildung 7: ursprünglich geplante vier Traumastatusgruppen	72
Abbildung 8: Traumastatusgruppen neu	73
Abbildung 9: Trauma – kein Trauma.....	75
Abbildung 10: kein Trauma – Trauma ohne PTSD – Trauma mit PTSD lifetime – Trauma mit PTSD derzeit.....	76
Abbildung 11: Traumastatus PTSD (lifetime und derzeit) – keine PTSD	77
Abbildung 12: Aktuelle PTSD (IES-R).....	80
Abbildung 13: Komplexe PTSD	82
Abbildung 14: Körperliche Gewalt.....	85
Abbildung 15: Sexueller Missbrauch / sexuelle Gewalt	85
Abbildung 16: Emotionaler Missbrauch	86
Abbildung 17: Körperliche Vernachlässigung	87
Abbildung 18: Emotionale Vernachlässigung.....	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geschlecht	67
Tabelle 2: Art der Substanzabhängigkeit	68
Tabelle 3: Abstammung	68
Tabelle 4: Alter	69
Tabelle 5: Bildung	69
Tabelle 6: Familienstand	70
Tabelle 7: Traumastatus PTSD und ASI - Mittelwerte und Standardabweichungen	78
Tabelle 8: IES-R – ASI	81
Tabelle 9: IK-PTBS – ASI Mittelwerte und Standardabweichung	84
Tabelle 10: CTQ Mittelwerte und Standardabweichung	88
Tabelle 11: Traumastatus PTSD und WCST	89
Tabelle 12: IES-R - WCST Mittelwerte und Standardabweichungen	90
Tabelle 13: IK-PTBS – WCST Mittelwerte und Standardabweichungen	91
Tabelle 14: Traumastatus PTSD - FDS	92
Tabelle 15: Traumastatus PTSD - BDI	92
Tabelle 16: Traumastatus PTSD – Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter	93
Tabelle 17: Traumastatus PTSD – Borderline Persönlichkeitsstörung	94
Tabelle 18: Traumastatus PTSD – Narzisstische Persönlichkeitsstörung	95
Tabelle 19: Traumastatus PTSD – Paranoide Persönlichkeitsstörung	95
Tabelle 20: Traumastatus PTSD – Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	96
Tabelle 21a: Traumastatus – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (T-Test)	98
Tabelle 21b: Traumastatus – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (U-Test)	99
Tabelle 22a: aktuelle PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (T-Test)	101
Tabelle 22b: aktuelle PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (U-Test)	102
Tabelle 23a: komplexe PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (T-Test)	103

Tabelle 23b: komplexe PTSD – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI) (U-Test).....	104
Tabelle 24: Traumatisierung in der Kindheit – Schwere der Substanzabhängigkeit (ASI).....	105
Tabelle 25a: Traumastatus – WCST (T-Test).....	107
Tabelle 25b: Traumastatus – WCST (U-Test).....	108
Tabelle 26: aktuelle PTSD -WCST	109
Tabelle 27a: komplexe PTSD – WCST (T-Test).....	110
Tabelle 27b: komplexe PTSD – WCST (U-Test).....	110
Tabelle 28: Traumastatus - Dissoziation.....	111
Tabelle 29: Traumastatus – Depression (BDI).....	112
Tabelle 30: Traumastatus PTSD - Persönlichkeitsstörung	115
Tabelle 31: Vergleich CTQ Mittelwerte	131
Tabelle im Anhang 1: Traumastatus PTSD – Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter	178
Tabelle im Anhang 2: Traumastatus PTSD – Histrionische Persönlichkeitsstörung.....	178
Tabelle im Anhang 3: Traumastatus PTSD – Schizoide Persönlichkeitsstörung.....	179
Tabelle im Anhang 4: Traumastatus PTSD – Schizotypische Persönlichkeitsstörung.....	179
Tabelle im Anhang 5: Traumastatus PTSD – Zwanghafte Persönlichkeitsstörung.....	180
Tabelle im Anhang 6: Traumastatus PTSD – Dependente Persönlichkeitsstörung.....	180

Anhang

Tabelle im Anhang 1: Traumastatus PTSD – Antisoziale Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Antisoziale Persönlich- keitsstörung im Kindes- und Jugendalter	nein	Anzahl	7	8	15
		% von Traumastatus	23,3%	21,1%	22,1%
	ja	Anzahl	23	30	53
		% von Traumastatus	76,7%	78,9%	77,9%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle im Anhang 2: Traumastatus PTSD – Histrionische Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Histri- onische	nein	Anzahl	26	35	61
		% von Traumastatus	86,7%	92,1%	89,7%
Persönlich keits- störung	ja	Anzahl	4	3	7
		% von Traumastatus	13,3%	7,9%	10,3%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle im Anhang 3: Traumastatus PTSD – Schizoide Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Schizoide Persönlich- keitsstörung	nein	Anzahl	26	31	57
		% von Traumastatus	86,7%	83,8%	85,1%
	ja	Anzahl	4	6	10
		% von Traumastatus	13,3%	16,2%	14,9%
Gesamt		Anzahl	30	37	67
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle im Anhang 4: Traumastatus PTSD – Schizotypische Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Schizo- typische Persönlich- keitsstörung	nein	Anzahl	30	37	67
		% von Traumastatus	100,0%	97,4%	98,5%
	ja	Anzahl	0	1	1
		% von Traumastatus	,0%	2,6%	1,5%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle im Anhang 5: Traumastatus PTSD – Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Zwanghafte Persönlich- keits- störung	nein	Anzahl	28	33	61
		% von Traumastatus	93,3%	86,8%	89,7%
	ja	Anzahl	2	5	7
		% von Traumastatus	6,7%	13,2%	10,3%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle im Anhang 6: Traumastatus PTSD – Dependente Persönlichkeitsstörung

			Traumastatus		Gesamt
			keine PTSD	PTSD	
Depen- dente Persönlich- keits- störung	nein	Anzahl	28	30	58
		% von Traumastatus	93,3%	78,9%	85,3%
	ja	Anzahl	2	8	10
		% von Traumastatus	6,7%	21,1%	14,7%
Gesamt		Anzahl	30	38	68
		% von Traumastatus	100,0%	100,0%	100,0%

Testverfahren

1. IES-R (Impact of Event Scale – revised)

IES-R

Datum: _____

Name: _____

Alter: _____

Geschlecht: _____

Ereignis:	Datum des Ereignisses:
-----------	------------------------

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die Menschen nach einem belastenden Ereignis trafen. Geben Sie bitte bei jeder Aussage an, wie oft diese auf Sie während der vergangenen sieben Tage zutraf.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	☐	☐	☐	☐
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	☐	☐	☐	☐
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	☐	☐	☐	☐
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	☐	☐	☐	☐
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, mußte ich daran denken.	☐	☐	☐	☐
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	☐	☐	☐	☐
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	☐	☐	☐	☐
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	☐	☐	☐	☐
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	☐	☐	☐	☐
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	☐	☐	☐	☐
12. Ich merkte zwar, daß meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	☐	☐	☐	☐
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.	☐	☐	☐	☐
14. Ich stellte fest, daß ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit des Ereignisses zurückversetzt sei.	☐	☐	☐	☐
15. Ich konnte nicht einschlafen, weil ich immer dieses Ereignis vor mir hatte.	☐	☐	☐	☐
16. Es kam vor, daß die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	☐	☐	☐	☐
17. Ich versuchte, das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen.	☐	☐	☐	☐
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
19. Die Erinnerungen an das Ereignis lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	☐	☐	☐	☐
20. Ich träumte davon.	☐	☐	☐	☐
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	☐	☐	☐	☐
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	☐	☐	☐	☐

2. Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)

Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)

Erstellt auf der Grundlage des SIDES-Interviews. Autoren: Van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastela, Spitzer (1999); dt. Übersetzung und Bearbeitung: Sack, Hofmann (2001)

Bitte lesen Sie die Fragen im Interview laut vor. Eingeschätzt werden soll das Vorliegen der entsprechenden Symptomatik im letzten Monat. Eine kurze Beschreibung der Bewertungskriterien findet sich in Klammern.

Kodierung:

- 1 = nicht vorhanden
- 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt
- 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt
- ? = zu wenig Information, nicht einschätzbar

Instruktion:

Ich lese Ihnen einige Aussagen vor, die Schwierigkeiten beschreiben, die manche Menschen nach schweren Belastungen erleben. Bitte geben Sie an, ob die Aussage in Bezug auf den letzten Monat zutrifft.

I. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen

a) Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit sich selbst zu beruhigen

- 1.) Sind Sie schon durch kleine Probleme aus der Fassung zu bringen? Werden Sie beispielsweise schon bei einer geringen Frustration wütend, oder weinen Sie leicht?

(Übermäßig starke emotionale Erregung schon bei geringem Anlaß)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

- 2.) Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Abstand zu gewinnen und sich zu beruhigen, wenn Sie innerlich aufgewühlt sind?

(Unfähigkeit Abstand von belastenden Emotionen zu gewinnen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

- 3.) Fällt es Ihnen schwer, Möglichkeiten zu finden, um zur Ruhe zu kommen?

(Beruhigung erfordert ganze Energie oder Einsatz extremer Mittel z.B. Alkohol, Drogen, Selbstverletzendes Verhalten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen

4.) Sind Sie meistens irgendwie ärgerlich?

(Ärger dominiert so sehr, daß die Erledigung von Alltagsaufgaben behindert wird)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

5.) Haben Sie Gedanken und Vorstellungen, jemanden zu verletzen?

(Zumindest täglich Gedanken andere Menschen zu verletzen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

6.) Fällt es Ihnen schwer, Ihren Ärger zu kontrollieren?

(Anschreien von anderen Menschen, Werfen von Gegenständen oder körperlicher Angriff)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

7.) Machen Sie sich Sorgen darüber, wie andere Leute reagieren wenn sie merken würden, wieviel Wut Sie in sich haben?

(Äußert oder zeigt einer anderen Person niemals offen Ärger)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen

8.) Passieren Ihnen häufig Unfälle oder kommen Sie oft nur knapp daran vorbei, einen Unfall zu haben?

(Mindestens 2 ernsthafte Unfälle in den letzten 6 Monaten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

9.) Sind Sie nachlässig, was Ihre Sicherheit betrifft?

(Es werden nicht-kalkulierbare Risiken in Bezug auf potentiell gefährliche Personen oder unsichere Orte eingegangen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

10.) Haben Sie versucht, sich absichtlich selbst zu verletzen, etwa durch Schnittverletzungen oder Verbrennungen?

(Selbstverletzen in der Form von Kneifen, Kratzen, Schlagen, Schneiden u.a.)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

d) Suizidalität

11.) Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

(Suizidversuch, parasuizidale Handlungen oder häufige Suizidgedanken)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

e) Störungen der Sexualität

12.) Ist es Ihnen unangenehm, körperlich berührt zu werden?

(Körperliche Berührungen werden regelmäßig vermieden oder überhaupt nicht toleriert)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

13.) Vermeiden Sie es, an Sexualität zu denken oder sich sexuell zu betätigen?

(Gedanken an Sex oder Sexualekontakte werden vermieden oder können überhaupt nicht toleriert werden)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

14.) Denken Sie mehr an Sex, als Ihnen lieb ist, bzw. fühlen Sie eine Art inneren Zwang, sich sexuell zu betätigen?

(Die gedankliche Beschäftigung mit Sex hat zwanghafte Züge und verhindert die Teilnahme an anderen Aktivitäten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

15.) Gehen Sie sexuelle Kontakte ein, bei denen Sie wissen, daß Sie sich dabei möglicherweise in Gefahr bringen?

(Offensichtliche Gefahr und Bedrohung wird allenfalls retrospektiv erkannt, bzw. der Betreffende bringt sich selbst wissentlich im Zusammenhang mit sexuellen Kontakten in Gefahr)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

f) Exzessives Risikoverhalten

16.) Setzen Sie sich gefährlichen Situationen aus? Kommen Sie beispielsweise mit Leuten zusammen, die Ihnen etwas antun könnten, oder halten Sie sich an unsicheren Orten auf oder fahren Sie zu schnell?

(Erkennt offensichtlich gefährliche Situationen und Bedrohung allenfalls retrospektiv, oder bringt sich wissentlich selbst in Gefahr)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

II) Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins

a) Amnesien

17.) Können Sie sich an Teile Ihres Lebens nicht erinnern? Sind sie beispielsweise unsicher, ob bestimmte wichtige Dinge Ihnen tatsächlich passiert sind oder nicht?

(Bedeutende Gedächtnislücken im Alltag oder längere Perioden fehlender Erinnerung in Bezug auf die Lebensgeschichte)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation

18.) Haben Sie Schwierigkeiten, Ihren Alltag zu planen und zu organisieren?

(Kommt ständig zur falschen Zeit an den falschen Ort, bzw. hat deshalb Schwierigkeiten in der alltäglichen Lebensführung)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

19.) Klinken Sie sich innerlich aus der realen Welt aus, wenn Sie Angst haben oder unter Streß stehen?

(Derealisation mit Rückzug in eine eigene Welt oder Gefühl, als ob die eigene Existenz aufhört)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

20.) Empfinden Sie sich manchmal als unwirklich, so als wären Sie in einem Traum oder als wären Sie gar nicht wirklich anwesend?

(Depersonalisation mit starkem Gefühl von Irrealität, verbunden mit Schwierigkeiten in die Wirklichkeit zurückzukehren)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

21.) Haben Sie manchmal das Gefühl, daß es in Ihnen mehrere Personen gibt, die zu verschiedenen Zeiten steuern, wie Sie sich verhalten?

(Unterschiedliche Persönlichkeitsanteile kämpfen um Kontrolle des Verhaltens oder kontrollieren dieses zu unterschiedlichen Zeiten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

III. Störungen der Selbstwahrnehmung

a) Unzureichende Selbstfürsorge

22.) Haben Sie das Gefühl, daß Sie im Grunde keinen Einfluß darauf haben, was in Ihrem Leben passiert?

(Der Betreffende hält sich permanent nicht an Verabredungen und Absprachen wie z.B. jemanden telefonisch zurückzurufen oder vernachlässigt die Selbstfürsorge z.B. Einkaufen, Körperhygiene, Essen)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein

23.) Haben Sie das Gefühl, daß etwas mit Ihnen nicht stimmt, was nie wieder heilen kann?

(Gefühl auf Dauer völlig oder teilweise zerstört worden zu sein)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Schuldgefühle

24.) Fühlen Sie sich dauernd schuldig wegen aller möglichen Sachen?

(Schreibt sich permanent selbst die Schuld für Dinge zu, die schief laufen, auch wenn der Betreffende nichts damit zu tun hatte)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

d) Scham

25.) Schämen Sie sich so, daß Sie anderen nicht erlauben, Sie wirklich kennenzulernen? Vermeiden Sie beispielsweise Gespräche mit anderen Menschen oder spielen Sie ihnen etwas vor?

(Vermeidet sich den meisten Menschen gegenüber zu öffnen, aus Angst, daß andere die eigenen schlechten Seiten näher kennenlernen könnten)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein

26.) Fühlen Sie sich fern von anderen Menschen und ganz anders als sie?

(Gefühl anders als alle anderen Menschen zu sein oder entfremdet von anderen Menschen zu sein)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen

27.) Machen sich andere Menschen manchmal mehr Sorgen um Ihr Wohlergehen hinsichtlich potentiell gefährlicher oder gewalttätiger Situationen, als Sie selbst?

(Setzt sich potentiell gefährlichen Situationen aus z.B. betrunken Autofahren, Prostitution, oder begibt sich in eindeutige Gefahr für Leib und Leben)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

IV) Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

a) Unfähigkeit, zu vertrauen

28.) Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen zu vertrauen?

(Kann erst vertrauen, nachdem andere Menschen ihre Vertrauenswürdigkeit immer wieder bewiesen haben oder vertraut prinzipiell niemandem)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

29.) Vermeiden Sie Kontakte zu anderen Menschen?

(Sucht keinen Kontakt zu anderen Menschen aus eigener Aktivität oder erwidert keine Kontaktangebote z.B. per Telefon oder Brief)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

30.) Haben Sie Schwierigkeiten, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte auszutragen?

(Hat Schwierigkeiten, andere Standpunkte anzuhören oder einen eigenen Standpunkt zu beziehen oder bricht Kontakte aufgrund von Konflikten ohne Klärungsversuch ab.)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Reviktimisierungen

31.) Geraten Sie immer wieder in Situationen, bei denen Ihre Grenzen verletzt werden?

(Findet sich selbst wiederholt in mißbrauchenden Beziehungen oder gefährlichen Situationen wieder)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

c) Viktimisierung anderer Menschen

32.) Haben Sie andere Menschen verletzt?

(Bekommt von anderen Menschen wiederholt gesagt, wie verletzend der Betreffende sein kann oder hat wiederholt absichtlich andere seelisch oder körperlich verletzt)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

V. Somatisierung

a) Somatoforme Beschwerden

33.) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen körperliche Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen, Erschöpfung, etc., ohne daß eine körperliche Erkrankung vorlag, bzw. ohne daß ein hinzugezogener Arzt eine körperliche Erkrankung feststellen konnte?

(Vorliegen mindestens eines erheblichen Körpersymptoms, das nicht ausreichend durch eine körperliche Erkrankung erklärbar ist)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

34.) War das Ausmaß dieser körperlichen Beschwerden so stark, daß Sie einen Arzt aufsuchen mußten, oder so stark, daß Sie in Ihrem Alltagsleben erheblich beeinträchtigt waren?

(Erhebliche Gesundheitseinschränkung oder Arztbesuch aufgrund der somatoformen Beschwerden)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Hypochondrische Ängste

35.) Machen Sie sich über Ihre körperlichen Beschwerden Sorgen, oder denken Sie daran, an einer ernsthaften Erkrankung zu leiden, auch wenn Ihr Arzt sagt, daß alles in Ordnung ist?

(Erhebliche hypochondrische Ängste. Der Betreffende ist auch durch wiederholte ärztliche Versicherung nicht davon zu überzeugen, daß keine organische Erkrankung vorliegt)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen

a) Fehlende Zukunftsperspektive

36.) Fühlen Sie sich in Bezug auf die Zukunft hoffnungslos und pessimistisch?

(Fehlen einer Zukunftsplanung oder völlige Unfähigkeit an die Zukunft zu denken)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

37.) Haben Sie die Hoffnung aufgegeben, in einer Liebesbeziehung Glück zu finden?

(Der Betreffende kann keine liebevollen Empfindungen anderen Menschen gegenüber aufbringen oder fühlt sich anderen Menschen gegenüber so fremd, daß er sich nicht vorstellen kann, jemals für irgend jemanden Liebe zu empfinden)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

38.) Haben Sie Hoffnung aufgegeben, Befriedigung in der Arbeit zu finden?

(Arbeit wird nur noch als Last und ohne jede Befriedigung erlebt)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

39.) Hat das Leben für Sie seinen Sinn verloren?

(Sieht keinen Sinn im Leben, findet keinen Grund, für den es sich lohnt zu leben)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

40.) Hat sich Ihre Lebenseinstellung verändert oder haben Sie Ihre religiösen Überzeugungen verändert?

(Völlige Umwertung grundlegender Lebensüberzeugungen im Sinne einer Desillusionierung und Entwertung bis hin zur völligen Ablehnung der Werte und Ansichten, mit denen die Person aufwuchs)

letzte 3 Monate	?	1	2	3
-----------------	---	---	---	---

Auswertungsblatt IK-PTBS: aktuelles Vorliegen einer komplexen PTBS (DESNOS)

Auswertungskriterien adaptiert nach Pelcovitz et al. 1997

I. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen			
a) Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen (2 von 3 Items vorhanden)	ja	nein	
b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen (2 von 4 Items vorhanden)	ja	nein	
c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen	ja	nein	
d) Suizidalität	ja	nein	
e) Störungen der Sexualität	ja	nein	
f) Exzessives Risikoverhalten	ja	nein	
Mindestens a) und mind. ein Kriterium von b) - f) erfüllt			ja nein
II. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins			
a) Amnesien	ja	nein	
b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation	ja	nein	
Ein Kriterium von a) - b) erfüllt			ja nein
III. Störungen der Selbstwahrnehmung			
a) Unzureichende Selbstfürsorge	ja	nein	
b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein	ja	nein	
c) Schuldgefühle	ja	nein	
d) Scham	ja	nein	
e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein	ja	nein	
f) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen	ja	nein	
2 Kriterien von a) bis f) erfüllt			ja nein
IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen			
a) Unfähigkeit zu vertrauen	ja	nein	
b) Reviktimisierung	ja	nein	
c) Viktimisierung anderer Menschen	ja	nein	
Ein Kriterium von a) - c) erfüllt			ja nein
V. Somatisierung			
a) Somatoforme Symptome	ja	nein	
b) Hypochondrische Ängste	ja	nein	
Ein Kriterium von a) - b) erfüllt			ja nein
VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen			
a) Fehlende Zukunftsperspektive	ja	nein	
b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten	ja	nein	
Ein Kriterium von a) - b) erfüllt			ja nein
<u>Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung:</u>			
5 von 6 Störungsbereichen von I – VI vorhanden			ja nein

3. Fragebogen zu traumatischen Kindheitserlebnissen (CTQ)

Fragebogen zu traumatischen Kindheitserlebnissen (CTQ)

Anleitung

Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend. Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Kreisen Sie dazu bitte für jede Frage die Zahl ein, die am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

Antwortbeispiel: 1 2 **3** 4 5

Als ich aufwuchs...

	Trifft auf mich zu...				
	über- haupt nicht	sehr selten	einige Male	häufi g	sehr häufi g
1. hatte ich nicht genug zu essen.	1	2	3	4	5
2. wußte ich, daß sich jemand um mich sorgte und mich beschützte.	1	2	3	4	5
3. bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als "dumm", "faul" oder "häßlich".	1	2	3	4	5
4. waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen "high", um für die Familie zu sorgen.	1	2	3	4	5
5. gab es jemanden in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	1	2	3	4	5
6. mußte ich dreckige Kleidung tragen.	1	2	3	4	5
7. hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	1	2	3	4	5
8. glaubte ich, daß meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren.	1	2	3	4	5
9. wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, daß ich zum Arzt oder ins Krankenhaus mußte.	1	2	3	4	5
10. gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.	1	2	3	4	5
11. schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, daß ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	1	2	3	4	5
12. wurde ich mit einem Gürtel, einem Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	1	2	3	4	5

Als ich aufwuchs...

Trifft auf mich zu...

	über- haupt nicht	sehr selten	einige Male	häufi g	sehr häufi g
13. gaben meine Familienangehörigen aufeinander acht.	1	2	3	4	5
14. sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	1	2	3	4	5
15. Ich glaube, ich bin körperlich mißhandelt worden, als ich aufwuchs	1	2	3	4	5
16. hatte ich eine perfekte Kindheit.	1	2	3	4	5
17. wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, daß es jemandem (z.B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	1	2	3	4	5
18. hatte ich das Gefühl, es haßte mich jemand in meiner Familie.	1	2	3	4	5
19. fühlten sich meine Familienangehörigen einander nah.	1	2	3	4	5
20. versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	1	2	3	4	5
21. drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	1	2	3	4	5
22. hatte ich die beste Familie der Welt.	1	2	3	4	5
23. versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	1	2	3	4	5
24. belästigte mich jemand sexuell.	1	2	3	4	5
25. Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) mißbraucht worden, als ich aufwuchs.	1	2	3	4	5
26. gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn es sein mußte.	1	2	3	4	5
27. Ich glaube, ich bin während meiner Kindheit oder Jugendzeit sexuell mißbraucht worden.	1	2	3	4	5
28. war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.	1	2	3	4	5
29. waren meine Eltern (Stiefeltern) oder andere Personen aus meiner Familie unberechenbar	1	2	3	4	5
30. befürchtete ich, daß meine Familie jederzeit auseinanderbrechen könnte.	1	2	3	4	5
31. konnte ich mich in meiner Familie nicht sicher fühlen.	1	2	3	4	5

4. European Addiction Severity Index (EuropASI)

EUROPEAN ADDICTION SEVERITY INDEX EuropASI
--

Deutsche Version: B. Gsellhofer, E.-M. Fahrner (IFT Institut für Therapieforschung) und J. Platt (Hahnemann University); nach dem amerikanischen Original von T. McLellan, 5. Ed., 1992, und der europäischen Version EuropASI von A. Kokkevi, Ch. Hartgers, P. Blanken, E.-M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta, A. Uchtenhagen, 1993

ADDICTION SEVERITY INDEX

(Deutsche Version)

<u>Instruktionen:</u>	<u>Schweregrad-Ratings:</u>	<u>5. Auflage:</u>
1. Keine Lücken lassen. Wenn notwendig, bitte folgendermaßen codieren: X = Frage nicht beantwortet N = Frage nicht geeignet 2. <u>Unterstrichene</u> Nummern werden bei Katamnese-Interviews gefragt. Mit Sternchen gekennzeichnete Fragen werden in Folgeinterviews wiederholt und müssen umformuliert werden (siehe Manual). 3. Für zusätzliche Kommentare wurde am Ende der Abschnitte Platz gelassen.	Die Schweregrad-Ratings sind Einschätzungen des Interviewers über den Bedarf des Patienten an zusätzlicher Behandlung. Die Skala reicht von 0 (keine Behandlung nötig) bis 9 (Behandlung notwendig wegen lebensbedrohlicher Situation). Jede Beurteilung basiert auf der Symptomgeschichte des Patienten, auf den derzeitigen Umständen sowie auf der subjektiven Beurteilung seiner Behandlungsbedürfnisse in einem bestimmten Problembereich. Eine detaillierte Beschreibung des Verfahrens zur Bestimmung des Schweregrad-Ratings finden Sie im Manual. Wichtig: Die Schweregrad-Ratings sind fakultativ.	Zusammenfassung der Einstufungsskala für Patienten: 0 - gar nicht 1 - wenig 2 - mittel 3 - erheblich 4 - extrem

A. Patienten-Code

B. Art der Behandlung/Einrichtung

- 1 - ambulante Entgiftung
- 2 - stationäre Entgiftung
- 3 - Substitution
- 4 - ambulante Suchteinrichtung
- 5 - stationäre Suchteinrichtung
- 6 - Tagesbetreuung
- 7 - psychiatrische Klinik
- 8 - andere Klinik/andere Station
- 9 - andere Behandlung
- 0 - keine Behandlung

☐

C. Datum der Aufnahme

D. Datum des Interviews

E. Zeit Beginn

F. Zeit Ende

G. Art des Interviews

- 1 - Aufnahmeinterview
- 2 - Folgeinterview (||)

☐

H. Kontakt

- 1 - persönlich
- 2 - telefonisch

☐

I. Geschlecht

- 1 - männlich
- 2 - weiblich

☐

J. Interviewer Code-Nr.

☐

K. Besonderheiten

- 1 - Patient bricht ab
- 2 - Patient weigert sich
- 3 - Patient ist unfähig zu antworten

☐

ALLGEMEINE ANGABEN

1. Größe des Wohnorts
 1 - Großstadt (> 100.000 Einwohner) []
 2 - mittelgroße Stadt (10 - 100.000 Einwohner)
 3 - Kleinstadt (< 10.000 Einwohner)
2. Stadt Code (Postleitzahl) [][][][][][]
- || 3. Wie lange leben Sie schon unter Ihrer derzeitigen Adresse? [][] [][]
Jahre Monate
- || 4. Gehört dieser Wohnsitz Ihnen oder Ihrer Familie?
 0 - nein []
 1 - ja
5. Alter [][]
6. Staatsangehörigkeit: _____ [][][]
7. Geburtsland (Codierung wie in Frage 6)
 des Patienten _____ [][][]
 des Vaters _____ [][][]
 der Mutter _____ [][][]
8. Befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung?
 1 - nein []
 2 - Straf-/Untersuchungshaft
 3 - stationäre Suchteinrichtung (Alkohol/Drogen)
 4 - stationäre medizinische Behandlung
 5 - stationäre psychiatrische Behandlung
 6 - Entgiftung
 7 - andere, welche:
9. Wieviele Tage befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung? [][]

Weitere Test-Resultate

- || BDI Total Score [][]
- || SCL-90 Total [][][]
- [][][]
- [][][]

Schweregrad-Profil

Probleme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
körperliche										
Arbeit/Unterhalt										
Alkohol										
Drogen										
rechtliche										
familiäre/soziale										
psychische										

- 0-1 *kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich*
 2-3 *leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig*
 4-5 *mittleres Problem, Behandlung empfohlen*
 6-7 *beträchtliches Problem, Behandlung notwendig*
 8-9 *extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich*

KÖRPERLICHER ZUSTAND

- *1. Wie oft in Ihrem Leben waren Sie aufgrund von körperlichen Problemen stationär in einem Krankenhaus untergebracht? (einschließlich Überdosis und Delirium Tremens, ausschließlich Entgiftung) □□
2. Wie lange liegt Ihr letzter Krankenhausaufenthalt wegen eines körperlichen Problems zurück? □□ □□
Jahre Monate
3. Haben Sie gesundheitliche Probleme, die Ihr Leben immer wieder störend beeinflussen?
- 0 - nein □
 1 - ja
 wenn ja, welche:
4. Hatten Sie schon einmal eine Hepatitis-Infektion? □
- 0 - nein
 1 - ja
 2 - ich weiß nicht
 3 - Antwort verweigert

5. Wurde bei Ihnen schon jemals ein HIV-Test durchgeführt? ☐
- 0 - nein
1 - ja
2 - ich weiß nicht
3 - Antwort verweigert
6. Wenn ja, wie lange liegt der letzte HIV-Test zurück?
Monate
7. Wie war das letzte Testergebnis? ☐
- 0 - HIV-negativ
1 - HIV-positiv
2 - ich weiß nicht
3 - Antwort verweigert
8. Nehmen Sie regelmäßig aufgrund einer körperlichen Erkrankung verschriebene Medikamente zu sich? ☐
- 0 - nein
1 - ja
wenn ja, welche:
9. Erhalten Sie eine Rente aufgrund von körperlichen Problemen? (*psychische Probleme ausgeschlossen*) ☐
- 0 - nein
1 - ja
wenn ja, wofür:
10. Waren Sie während der letzten sechs Monate wegen eines körperlichen Problems bei einem Arzt in Behandlung? ☐
- 0 - nein
1 - ja
11. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme?

*Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die
Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.*

12. Wie sehr haben Sie diese gesundheitlichen Probleme in den letzten 30 Tagen belastet oder beeinträchtigt? ☐
13. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser gesundheitlichen Probleme? ☐

Schweregrad-Rating (Interviewer)

14. Bedarf des Patienten an medizinischer Behandlung

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

15. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein

1 - ja

☐

16. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein

1 - ja

☐

Kommentare

ARBEITS- UND UNTERHALTSSITUATION

*1. Abgeschlossene Schulbildung in Jahren

Jahre

*2. Höhere Schulbildung (FH/Universität)

Jahre

*3. Höchster erzielter Abschluß

1 - Hauptschulabschluß

2 - Mittlere Reife

3 - Abitur

4 - Berufsfachschule, Akademie, Fachakademie

5 - Hochschulabschluß

6 - keiner

☐

*3A. ** Haben Sie eine Berufsausbildung?

0 - nein

1 - ja

wenn ja, Beruf

☐

*4. Haben Sie eine gültige Fahrerlaubnis?

0 - nein

1 - ja

☐

5. Wie lange dauerte Ihre längste Beschäftigung in Festanstellung? Jahre Monate
6. Wie lange dauerte Ihre längste Arbeitslosigkeit? Jahre Monate
- *7. Gewöhnliche (oder letzte) berufliche Tätigkeit
welche
8. Überwiegende Erwerbstätigkeit in den letzten drei Jahren
- 1 - ganztags ☐
2 - Teilzeit (regelmäßig)
3 - Teilzeit (unregelmäßig, Gelegenheitsarbeit)
4 - Schüler, Student, Auszubildender
5 - Bundeswehr, Zivildienst
6 - Rentner, Behinderter
7 - arbeitslos
8 - in geschlossener Einrichtung (Krankenhaus, Gefängnis, Therapie o.ä.)
**9 - Hausfrau
9. Wieviele Tage haben Sie während der letzten 30 Tage gearbeitet? (ausschließlich Dealen, Prostitution oder andere illegale Tätigkeiten)
- Haben Sie während der letzten 30 Tage für Ihren Lebensunterhalt Geld aus folgenden Quellen bezogen?
- 0 - nein
1 - ja
10. Erwerbstätigkeit ☐
11. Arbeitslosengeld bzw. -hilfe ☐
12. Sozialhilfe ☐
13. Pension, Rente, Frührente, Altersruhegeld ☐
14. Unterstützung durch den Partner, Angehörige oder Freunde ☐
15. illegale Einkünfte ☐
16. Prostitution ☐
17. andere Einkünfte ☐
18. Welches ist die Hauptquelle Ihres Lebensunterhalts?
(Code 10 - 17)
19. Haben Sie Schulden?
- 0 - nein ☐
1 - ja
wenn ja, Betrag
20. Wieviele Menschen sind bezüglich Ernährung, Wohnung usw. hauptsächlich auf Sie angewiesen?

21. An wievielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage berufliche Probleme/Probleme wegen Arbeitslosigkeit?

Bei den Fragen 22 und 23 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

22. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen diese beruflichen Probleme belastet oder beeinträchtigt?

23. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Beratung wegen Ihrer beruflichen Probleme?

Schweregrad-Rating (Interviewer)

24. Bedarf des Patienten an einer Beratung wegen beruflicher Probleme

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

25. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein
1 - ja

26. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein
1 - ja

Kommentare

DROGEN- UND ALKOHOLGEBRAUCH

		Alter bei erstem Gebrauch	Jahre des Gebrauchs insgesamt	Gebrauch in den letz- ten 30 Tagen	Art und Weise der Einnahme
1.	Alkohol jeglicher Gebrauch	ab ca. 3 x pro Woche			
2.	Alkohol. Gebrauch bis zur Trunkenheit				
3.	Heroin				
4.	Methadon				
5.	andere Opiate/Analgetika				
6.	Tabletten, Säfte (Benzodia- zepine, Barbiturate, Sedativa, Hypnotika, Tranquilizer)				
7.	Kokain				
8.	Amphetamine				
9.	Cannabinoide				
10.	Halluzinogene				
11.	Schnüffelfstoffe				
12.	andere Substanzen				
13.	mehr als eine Substanz pro Tag (einschl. Alkohol)				

Items 2-12

Anmerkung: Siehe Manual für repräsentative Beispiele für jede Drogenart.

Art und Weise der Einnahme:

- 1 - oral
- 2 - nasal
- 3 - Rauch
- 4 - nicht-i.v. inj.
- 5 - i.v. inj.

14. Haben Sie je injiziert?

- 0 - nein
- 1 - ja

14A.

Alter bei erster Injektion	Jahre d. Gebrauchs insgesamt	jegliche i.v.-Injektion Gebrauch letzte 6 Monate	Gebrauch letzte 30 Tage
 Jahre	 Jahre	 Monate	 Tage

14B. Wenn ja, haben Sie in den letzten sechs Monaten

- 1 - ausschließlich eigene saubere Nadeln benutzt
- 2 - manchmal die Nadel mit anderen geteilt
- 3 - oft die Nadel mit anderen geteilt

15. Wie oft in Ihrem Leben hatten Sie

ein Alkohol-bedingtes Delirium Tremens
eine Drogenüberdosis

16. Wie oft haben Sie folgende Behandlungen erhalten?

- 1 - ambulante Entgiftung
- 2 - stationäre Entgiftung
- 3 - Substitution
- 4 - ambulante Suchteinrichtung
- 5 - stationäre Suchteinrichtung
- 6 - Tagesbetreuung
- 7 - Psychiatrische Klinik
- 8 - andere Klinik/andere Station
- 9 - andere Behandlung

Alkohol

Drogen

17. Wie lange waren Sie als Resultat o.g. Behandlungen längstens clean bzw. abstinent? (00 - nie abstinent)

Monate	
Alkohol	

Monate	
Drogen	

18. Welche Substanz stellt das Hauptproblem dar?

Bitte codieren Sie wie oben, oder: 00 - kein Problem, 15 - Alkohol und Droge (doppelabhängig), 16 - mehrere Drogen (politoxikoman). Wenn unklar, bitte Patient fragen.

--	--

19. Wie lange waren Sie freiwillig clean bzw. abstinent, ohne daß dies das Resultat von o.g. Behandlungen war? (00 - nie abstinent)

Monate	

20. Vor wievielen Monaten endete diese Abstinenz?
(00 - noch abstinent)

Monate	

21. Wieviel Geld haben Sie schätzungsweise in den letzten 30 Tagen ausgegeben für

Alkohol DM
Drogen DM

22. Wieviele Tagen wurden Sie in den letzten 30 Tagen in einer Drogen- oder Alkoholeinrichtung ambulant behandelt? (einschließlich Anonyme Alkoholiker und Anonyme Drogenabhängige)

--	--

22A.** Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen Alkohol- oder Drogenverlangen gespürt?

- 0 - nie
- 1 - selten (weniger als einmal pro Woche)
- 2 - häufig (einmal und mehr pro Woche)

☐

22B.** Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Beschwerden, die Sie an Entzugserscheinungen erinnern könnten, gespürt? (z.B. innere Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Zittern, Schwitzen)

- 0 - nie
- 1 - selten (weniger als einmal die Woche)
- 2 - häufig (einmal und mehr die Woche)

☐

22C.** Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen körperliche Erscheinungen, die Sie an Drogen- oder Alkoholwirkungen erinnern könnten, gespürt? (z.B. körperliche Wärmeempfindung, trockener Mund, bitterer Geschmack, Trockenrausch)

- 0 - nie
- 1 - selten (weniger als einmal die Woche)
- 2 - häufig (einmal und mehr die Woche)

☐

23. An wievielen Tagen hatten Sie in den letzten 30 Tagen

Alkoholprobleme
Drogenprobleme

Bei den Fragen 24 und 25 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

24. Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen ihre Alkohol- oder Drogenprobleme belastet oder beeinträchtigt?

Alkoholprobleme
Drogenprobleme

25. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Therapie Ihrer

Alkoholprobleme
Drogenprobleme

Schweregrad-Rating (Interviewer)

26. Bedarf des Patienten an einer Therapie des Drogen- bzw. Alkoholmißbrauchs

Alkoholmißbrauch
Drogenmißbrauch

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

27. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein

1 - ja

☐

28. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein

1 - ja

☐

Kommentare

RECHTLICHE PROBLEME

1. Gibt es für Ihre Behandlung eine Rechtsgrundlage? (Wurde diese Behandlung von einem Richter/ Bewährungshelfer usw. vorgeschlagen oder veranlaßt?)

0 - nein

1 - ja

☐

2. Haben Sie Bewährung?

0 - nein

1 - ja

☐

Wie häufig in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?

*3. BtM-Delikte
(Besitz, Handel, Einfuhr von Drogen)
welche:

☐

*4. Beschaffungsdelikte in Zusammenhang mit
(Alkohol-, Medikamenten-, Drogen-) Sucht
(z.B. Diebstahl, Hehlerei, Betrug, Raub, Re-
zeptfälschung, Betteln)
welche:

☐

*5. Gewalttaten unter Alkohol-, Drogen- oder Medikamenteneinfluß (z.B. Körperverletzung, Raubüberfall, Brandstiftung, Vergewaltigung, Totschlag, Mord)
welche:

*6. sonstige Delikte
welche:

*7. Wieviele dieser Anklagen resultierten in einer Verurteilung?

Welche Urteile/Verwaltungsbeschlüsse wurden jemals ausgesprochen?

0 - nein

1 - ja

*7A.** trifft nicht zu
*7B.** Geldstrafen
*7C.** Führerscheinentzug
*7D.** Widerruf einer Bewährung
*7E.** Freiheitsstrafe mit Bewährung
*7F.** Freiheitsstrafe ohne Bewährung
*7G.** Unterbringung in einer Entziehungseinrichtung
*7H.** Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik
*7I.** sonstige Urteile

Wie oft in Ihrem Leben wurden Sie folgender Delikte angeklagt?

*8. ordnungswidriges Verhalten, Landstreicherei, Trunkenheit in der Öffentlichkeit
*9. Prostitution
*10. Trunkenheit am Steuer
*11. gravierende Verkehrsdelikte (Geschwindigkeitsübertretung, Fahren ohne Führerschein usw.)

*12. Wieviele Monate in Ihrem Leben waren Sie insgesamt in Untersuchungs- oder Strafhaft?

Monate

13. Wie lange dauerte Ihre längste Inhaftierung?

Monate

14. Wofür waren Sie inhaftiert?
(Codes wie bei Frage 3-6 und 8-11. Bei mehreren Anklagepunkten wird der schwerste codiert.)

15. Erwarten Sie zur Zeit eine Anklage, Verhandlung oder ein Urteil?

0 - nein

1 - ja

16. Wofür? (Bei mehreren Anklagepunkten wird der schwerste codiert.)

17. Wieviele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in Untersuchungs- oder Strafhaft?

18. Wieviele Tage waren Sie während der letzten 30 Tage in illegale Geschäfte verwickelt?

*Bei den Fragen 19 und 20 den Patienten bitten, die
Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.*

19. Wie ernst sind Ihrer Meinung nach Ihre derzeitigen Rechtsprobleme? (ausschließlich zivilrechtliche Probleme)

20. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Rechtsberatung?

Schweregrad-Rating (Interviewer)

21. Bedarf des Patienten an einer Rechtsberatung

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

22. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein

1 - ja

23. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein

1 - ja

Kommentare

FAMILIÄRER HINTERGRUND

Hatte einer Ihrer Verwandten Ihrer Meinung nach ein ernsthaftes Alkohol-, Drogen- oder psychisches Problem, das entweder behandelt wurde oder behandelt hätte werden sollen?

Mütterlicherseits

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Großmutter	☐	☐	☐
Großvater	☐	☐	☐
Mutter	☐	☐	☐
Tante	☐	☐	☐
Onkel	☐	☐	☐
wichtige Andere	☐	☐	☐

Väterlicherseits

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Großmutter	☐	☐	☐
Großvater	☐	☐	☐
Vater	☐	☐	☐
Tante	☐	☐	☐
Onkel	☐	☐	☐
wichtige Andere	☐	☐	☐

Geschwister

	Alkohol	Drogen	Psychisch
Bruder #1	☐	☐	☐
Bruder #2	☐	☐	☐
Schwester #1	☐	☐	☐
Schwester #2	☐	☐	☐
Stiefgeschwister	☐	☐	☐

Codieren Sie mit:

"0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie

"1" wenn Ja für ein Mitglied der Kategorie

"X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"

"N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat

Codieren Sie das problematischste Mitglied, wenn es mehrere Mitglieder einer Kategorie gibt.

Kommentare

FAMILIE / SOZIALBEZIEHUNGEN

1. Familienstand

- 1 - verheiratet
- 2 - wiederverheiratet
- 3 - verwitwet
- 4 - getrennt lebend
- 5 - geschieden
- 6 - ledig

☐

2. Wie lange besteht dieser Familienstand schon? (Wenn nie verheiratet, seit dem 18. Lebensjahr)

Jahre			Monate		

3. Sind Sie mit dieser Situation zufrieden?

- 0 - nein
- 1 - gleichgültig
- 2 - ja

☐

4. Wohnsituation in den letzten drei Jahren

- 1 - mit Lebensgefährte/in und Kindern
- 2 - mit Lebensgefährte/in allein
- 3 - mit Kindern allein
- 4 - mit Eltern
- 5 - mit Familienangehörigen
- 6 - mit Freunden
- 7 - alleine
- 8 - in institutioneller Umgebung (Klinik, Therapie, Gefängnis usw.)
- 9 - keine feste Wohnsituation

☐

5. Wie lange besteht diese Wohnsituation schon?
(Wenn mit Eltern oder Familie, seit dem 18. Lebensjahr)

Jahre			Monate		

6. Sind Sie mit dieser Wohnsituation zufrieden?

- 0 - nein
- 1 - gleichgültig
- 2 - ja

☐

6A. Leben Sie mit jemand zusammen, der/die derzeit Alkoholprobleme hat?

- 0 - nein
- 1 - ja

☐

6B. Leben Sie mit jemand zusammen, der/die derzeit Drogen konsumiert?

- 0 - nein
- 1 - ja

☐

6C.** Auf wieviele Personen können Sie sich im Ernstfall verlassen?

- 1 - keine
- 2 - bis drei Personen
- 3 - mehr als drei Personen

☐

6D.** Diese Personen sind

- 0 - aus der Szene
- 1 - keine Drogenkonsumenten

☐

7. Mit wem verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

- 1 - Familienangehörige ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
- 2 - Familienangehörige mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
- 3 - Freunde ohne aktuelle Alkohol- oder Drogenprobleme
- 4 - Freunde mit aktuellen Alkohol- oder Drogenproblemen
- 5 - alleine

☐

7A.** Wieviele Freizeitaktivitäten haben Sie?

☐

7B.** Langweilen Sie sich oft?

- 0 - nein
- 1 - ja

☐

8. Sind Sie damit zufrieden, wie Sie Ihre Freizeit verbringen?

- 0 - nein
- 1 - gleichgültig
- 2 - ja

☐

9. Wie viele gute Freunde haben Sie?

☐

Anweisungen für 9A - 18:

Codieren Sie mit:

- "0" wenn klares Nein für alle Mitglieder einer Kategorie
- "1" wenn Ja für ein Mitglied dieser Kategorie
- "X" wenn Antwort unklar oder "ich weiß nicht"
- "N" wenn es nie jemanden dieser Kategorie gegeben hat

9A. Mit welcher der folgenden Personen hatten Sie eine gute und langandauernde persönliche Beziehung in Ihrem Leben?

- Mutter
- Vater
- Bruder/Schwester
- Lebensgefährtin/in, Gatte/in
- Kind/er
- Freund/in

☐

Hatten Sie bedeutsame Phasen, in denen Sie erhebliche Schwierigkeiten hatten, mit den folgenden Personen auszukommen?

0 - nein
1 - ja

		letzte 30 Tage	insgesamt
<u>10.</u>	Mutter	☐	☐
<u>11.</u>	Vater	☐	☐
<u>12.</u>	Brüder/Schwestern	☐	☐
<u>13.</u>	Lebensgefährtin/in, Gatte/in	☐	☐
<u>14.</u>	Kind/er	☐	☐
<u>15.</u>	andere wichtige Familienmitglieder welche:	☐	☐
<u>16.</u>	gute Freunde	☐	☐
<u>17.</u>	Nachbarn	☐	☐
<u>18.</u>	Kollegen	☐	☐

Hat eine dieser Personen (10-18) Sie mißbraucht?

0 - nein
1 - ja

<u>18A.</u>	emotional (durch harte Worte)	☐	☐
<u>18B.</u>	physisch (körperlich Schaden zugefügt)	☐	☐
<u>18C.</u>	sexuell (sexuelle Annäherung oder erzwungene Sexualkontakte)	☐	☐
<u>19.</u>	Wie oft hatten Sie während der letzten 30 Tage schwerwiegende Konflikte mit Ihrer Familie anderen Personen (ausschließlich Familie)	☐	☐

*Bei den Fragen 20 - 23 den Patienten bitten, die
Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.*

Wie sehr haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Probleme belastet oder beeinträchtigt:

<u>20.</u>	Familienprobleme	☐
<u>21.</u>	Probleme mit Ihrer sozialen Umgebung	☐

Wie wichtig ist für Sie jetzt eine Behandlung oder Beratung wegen

<u>22.</u>	Familienproblemen	☐
<u>23.</u>	Problemen mit Ihrer sozialen Umgebung	☐

Schweregrad-Rating (Interviewer)

24. Bedarf des Patienten an einer Beratung oder Behandlung von Familienproblemen und/oder Problemen mit der sozialen Umgebung.

☐

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

25. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten? ☐
26. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen? ☐

KommentarePSYCHISCHER STATUS

1. Wie oft waren Sie wegen psychischer oder emotionaler Probleme in Behandlung?

stationär
ambulant

☐
☐

2. Erhalten Sie eine Rente wegen eines psychischen Problems?

0 - nein
1 - ja

☐

- 2A.** Wieviele der folgenden belastenden Ereignisse (positiv oder negativ) haben Sie im letzten halben Jahr erlebt?

- 1 - Verlust des Arbeitsplatzes ☐
- 2 - neuer Arbeitsplatz
- 3 - Prüfung
- 4 - Verlust oder Wechsel der Wohnung
- 5 - Ende einer persönlichen Beziehung / neue Beziehung
- 6 - Heirat
- 7 - Geburt eines Kindes
- 8 - Krankheit, Unfall, Behinderung / Genesung von einer Krankheit oder einem Unfall
- 9 - Rückfall
- 10 - Gerichtsverhandlung, Verhaftung, Verurteilung
- 11 - Entlassung aus der Untersuchungs- oder Strafhaf
- 12 - Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung
- 13 - HIV-Testergebnis erfahren
- 14 - sonstiges Ereignis

Gab es eine bedeutsame Zeitspanne, in der Sie unter folgenden psychischen Problemen litten (nicht als direktes Resultat eines Drogen- oder Alkoholmißbrauchs)?

0 - nein

1 - ja

		letzte 30 Tage	insgesamt
3.	schwere Depressionen	☐	☐
4.	schwere Angst- und Spannungszustände	☐	☐
5.	Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	☐	☐
6.	Halluzinationen	☐	☐
7.	Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	☐	☐
8.	Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches/emotionales Problem	☐	☐
9.	ernsthafte Selbstmordgedanken	☐	☐
10.	Selbstmordversuche	☐	☐
10A.	Wie oft haben Sie Selbstmordversuche unternommen?	☐	
11.	An wievielen Tagen haben Sie während der letzten 30 unter diesen psychischen/emotionalen Problemen gelitten?	☐	

Bei den Fragen 12 und 13 den Patienten bitten, die Einstufungsskala für Patienten zu benutzen.

12. Wie sehr haben Sie diese psychischen/emotionalen Problemen in den letzten 30 Tagen beeinträchtigt oder belastet? ☐
13. Wie wichtig ist für Sie *jetzt* eine Behandlung dieser psychischen/emotionalen Probleme? ☐

Die folgenden Punkte werden vom Interviewer vervollständigt.

Zum Zeitpunkt des Interviews hat / ist der Patient

0 - nein

1 - ja

- | | | |
|-----|--|--------------------------|
| 14. | offensichtlich depressiv/zurückgezogen | ☐ |
| 15. | offensichtlich feindselig | ☐ |
| 16. | offensichtlich ängstlich/nervös | ☐ |
| 17. | Schwierigkeiten mit der Realitätsprüfung, Denkstörungen, paranoides Denken | ☐ |
| 18. | Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis, Konzentration | ☐ |
| 19. | Selbstmordgedanken | ☐ |

Schweregrad-Rating (Interviewer)

20. Bedarf des Patienten an psychiatrischer/psychologischer Behandlung

☐

Zuverlässigkeits-Rating

Sind die oben erhobenen Angaben deutlich verfälscht durch

21. eine falsche Selbstdarstellung des Patienten?

0 - nein

1 - ja

☐

22. die Unfähigkeit des Patienten, die Fragen zu verstehen?

0 - nein

1 - ja

☐

Kommentare

5. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

FDS

Dieser Fragebogen besteht aus 44 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Wir sind daran interessiert zu erfahren, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse gehabt haben oder jetzt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluß von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Um die Fragen zu beantworten, markieren Sie bitte durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

BEISPIEL:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

1. Einige Menschen fahren gelegentlich mit einem Auto, einem Bus oder einer U-Bahn und stellen plötzlich fest, daß sie sich nicht daran erinnern können, was während der Fahrt geschehen ist. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

2. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie jemandem zuhören und plötzlich erkennen, daß sie von dem, was gesagt worden ist, nichts oder nur Teile gehört haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

3. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

4. Einige Menschen stellen manchmal fest, Kleidungsstücke zu tragen ohne sich daran zu erinnern, diese angezogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

5. Einige Menschen haben manchmal Schwierigkeiten mit den Augen (z.B. Doppelt- oder Schleiersehen, blind auf einem oder beiden Augen), ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil ihres Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

7. Einige Menschen haben manchmal das Gefühl, als betrachteten sie die Welt durch einen Schleier, so daß Personen und Gegenstände weit entfernt, undeutlich oder unwirklich erscheinen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

8. Einige Menschen fühlen sich gelegentlich wie ein Roboter. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

9. Einige Menschen glauben manchmal, von einem Geist oder einer magischen Kraft beherrscht zu werden und sie verhalten sich dann vollkommen anders als normalerweise. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

10. Einige Menschen erleben gelegentlich, daß sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

11. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

12. Einige Menschen glauben manchmal, daß in ihrem Inneren eine andere Person existiert, für die sie einen Namen haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

13. Einige Menschen haben gelegentlich Probleme mit dem Hören (z.B. lästige Ohrgeräusche, taub auf einem oder beiden Ohren), ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

14. Einigen Menschen passiert es zuweilen, daß sie plötzlich heiser sind oder gar nicht mehr sprechen können, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

15. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, daß sich (plötzlich) ihre Handschrift vollkommen verändert. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

16. Einige Menschen sind sich gelegentlich nicht sicher, ob Ereignisse, an die sie sich erinnern, wirklich geschehen sind oder ob sie diese lediglich geträumt haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

17. Einige Menschen bemerken zuweilen, daß sie beim Fernsehen oder Anschauen eines Films so in der Geschichte aufgehen, daß sie andere Dinge, die um sie herum geschehen, nicht wahrnehmen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

18. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie Dinge getan haben, an die sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

19. Einige Menschen finden manchmal Schriftstücke, Zeichnungen oder Notizen unter ihren persönlichen Gegenständen, die von ihnen stammen, an deren Anfertigung sie sich jedoch nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

20. Einige Menschen stellen zeitweise fest, daß sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, daß sie den Eindruck haben, diese geschähen wirklich. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

21. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen, Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

22. Einige Menschen stellen zuweilen fest, daß sie sich nicht an wichtige Ereignisse in ihrem Leben erinnern können, wie z.B. an eine Hochzeit oder an eine Schulabschlußfeier. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

23. Einige Menschen spüren manchmal Körperteile nicht mehr oder erleben eigenartige Gefühle wie z.B. Brennen, Kribbeln oder Taubheit, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

24. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß sie für Stunden oder Tage ihre gewohnte Umgebung verlassen, ohne den Grund oder Anlaß dafür zu wissen (ohne sich daran erinnern zu können, aus welchem Grund oder Anlaß sie dies getan haben). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

25. Einigen Menschen stellen gelegentlich fest, daß ihre Beine oder Arme sehr schwach sind oder sie ihre Gliedmaßen gar nicht mehr bewegen können, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

26. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß man ihnen vorwirft zu lügen, obwohl sie selbst der festen Überzeugung sind, nicht gelogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

27. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, daß sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

28. Einige Menschen bemerken manchmal, daß sie fähig sind, Schmerzen zu ignorieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

29. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß sie ihre Bewegungen nicht mehr koordinieren und kontrollieren können (z.B. greifen sie daneben), ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

30. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

31. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sich ihnen irgendjemand nähert, der sie mit einem anderen Namen anspricht oder der darauf besteht, sie bereits einmal getroffen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

32. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, daß andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

33. Einige Menschen erleben manchmal, daß sie, laut mit sich selbst sprechen, wenn sie alleine sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

34. Einige Menschen erleben gelegentlich, daß sie sich nicht erinnern können, ob sie etwas wirklich getan haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, es zu tun (z.B. wissen sie nicht, ob sie einen Brief wirklich eingeworfen haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, ihn einzuwerfen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

35. Einigen Menschen passiert es zuweilen, daß sie stunden- oder tagelang fast völlig bewegungslos daisitzen, fast nicht sprechen, sich fast nicht bewegen und auch auf äußere Reize, wie z.B. laute Geräusche, nicht richtig reagieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

36. Einige Menschen werden gelegentlich bewußtlos, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

37. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie in bestimmten Situationen in der Lage sind, Dinge mit erstannlicher Leichtigkeit und Spontaneität zu tun, die ihnen normalerweise schwer fallen würden (z.B. Sport, Arbeit, soziale Situationen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

38. Einige Menschen erinnern sich manchmal so lebhaft an ein vergangenes Ereignis, daß sie das Gefühl haben, dieses Ereignis erneut zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie einfach daisitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

26. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß man ihnen vorwirft zu lügen, obwohl sie selbst der festen Überzeugung sind, nicht gelogen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

27. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, daß sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

28. Einige Menschen bemerken manchmal, daß sie fähig sind, Schmerzen zu ignorieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

29. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, daß sie ihre Bewegungen nicht mehr koordinieren und kontrollieren können (z.B. greifen sie daneben), ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

30. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

31. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sich ihnen irgendjemand nähert, der sie mit einem anderen Namen anspricht oder der darauf besteht, sie bereits einmal getroffen zu haben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

32. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, daß andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

33. Einige Menschen erleben manchmal, daß sie, laut mit sich selbst sprechen, wenn sie alleine sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

34. Einige Menschen erleben gelegentlich, daß sie sich nicht erinnern können, ob sie etwas wirklich getan haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, es zu tun (z.B. wissen sie nicht, ob sie einen Brief wirklich eingeworfen haben oder lediglich darüber nachgedacht haben, ihn einzuwerfen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

35. Einigen Menschen passiert es zuweilen, daß sie stunden- oder tagelang fast völlig bewegungslos daisitzen, fast nicht sprechen, sich fast nicht bewegen und auch auf äußere Reize, wie z.B. laute Geräusche, nicht richtig reagieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

36. Einige Menschen werden gelegentlich bewußtlos, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

37. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie in bestimmten Situationen in der Lage sind, Dinge mit erstaunlicher Leichtigkeit und Spontaneität zu tun, die ihnen normalerweise schwer fallen würden (z.B. Sport, Arbeit, soziale Situationen). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

38. Einige Menschen erinnern sich manchmal so lebhaft an ein vergangenes Ereignis, daß sie das Gefühl haben, dieses Ereignis erneut zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

39. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie einfach dasitzen und ins Leere starren, an nichts denken und nicht bemerken, wie die Zeit vergeht. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

40. Einige Menschen erleben gelegentlich, wie sie beim Stehen oder Gehen unsicher werden, eigenartige Bewegungen machen oder sich plötzlich gar nicht mehr bewegen können, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

41. Einige Menschen stellen manchmal fest, an einem vertrauten Ort zu sein und ihn dennoch als fremd und unbekannt zu erleben. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

[illegible]

42. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, daß sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, daß sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
(nie)										(immer)

43. Einige Menschen erleiden manchmal Krampfanfälle, ohne daß ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

44. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß sich Körperteile (in ihrer Größe) verändern (z.B. werden ihre Arme unförmig oder immer größer). Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(nie) (immer)

6. Beck Depressionsinventar (BDI)

BDI

Name:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Ausfülldatum:

Diesen Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- | | |
|---|--|
| <p>A</p> <p>0 Ich bin nicht traurig.</p> <p>1 Ich bin traurig.</p> <p>2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.</p> <p>3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.</p> | <p>F</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.</p> <p>1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.</p> <p>2 Ich erwarte, bestraft zu werden.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.</p> |
| <p>B</p> <p>0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.</p> <p>1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.</p> <p>2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.</p> | <p>G</p> <p>0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.</p> <p>1 Ich bin von mir enttäuscht.</p> <p>2 Ich finde mich fürchterlich.</p> <p>3 Ich hasse mich.</p> |
| <p>C</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager.</p> <p>1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.</p> <p>2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.</p> | <p>H</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.</p> <p>1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.</p> <p>2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.</p> <p>3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.</p> |
| <p>D</p> <p>0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.</p> <p>1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.</p> <p>2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.</p> <p>3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.</p> | <p>I</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.</p> <p>1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.</p> <p>2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.</p> <p>3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.</p> |
| <p>E</p> <p>0 Ich habe keine Schuldgefühle.</p> <p>1 Ich habe häufig Schuldgefühle.</p> <p>2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.</p> <p>3 Ich habe immer Schuldgefühle.</p> | <p>J</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als früher.</p> <p>1 Ich weine jetzt mehr als früher.</p> <p>2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.</p> <p>3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.</p> |

- K
- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 - 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
 - 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
 - 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

- L
- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
 - 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 - 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 - 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

- M
- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
 - 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
 - 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 - 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

- N
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszu-sehen als früher.
 - 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
 - 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
 - 3 Ich finde mich häßlich.

- O
- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
 - 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
 - 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
 - 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

- P
- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
 - 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
 - 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
 - 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

- Q
- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
 - 1 Ich ermüde schneller als früher.
 - 2 Fast alles ermüdet mich.
 - 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

- R
- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
 - 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
 - 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
 - 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

- S
- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
 - 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
 - 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
 - 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:
☐ JA ☐ NEIN.

- T
- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
 - 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 - 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
 - 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

- U
- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
 - 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
 - 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
 - 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

_____ Subtotal Seite 2

_____ Subtotal Seite 1

_____ Summenwert