

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. D. Naber

Dissoziative Symptome bei alkoholabhängigen Patienten

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
vorgelegt von

Anne Dilling
aus Bad Zwischenahn

Hamburg, 2008

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Hamburg am: 14.12.2009
Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät der Universität Hamburg:

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. C. Haasen
Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: PD Dr. J. Reimer
Prüfungsausschuss, 3. Gutachter/in: Prof. Dr. W. Berner

INHALT

1. Einleitung	6
1.1 Problemstellung.....	6
1.2 Literatursuche.....	6
1.2.1 Datenbanken.....	6
1.2.2 Monographien.....	7
1.3 Literaturüberblick.....	7
1.4 Theoretischer Teil.....	8
1.4.1 Interpersonelle Traumatisierungen.....	8
1.4.1.1 Definition des Traumabegriffs.....	8
1.4.1.2 Interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend.....	9
1.4.1.3 Prävalenz interpersoneller Traumatisierungen bei Kindern.....	11
1.4.2 Traumafolgestörungen.....	12
1.4.2.1 Trauma und Sucht.....	13
1.4.2.2 Trauma und Dissoziation.....	19
1.4.3 Sucht und Dissoziation bei traumatisierten Patienten.....	24
1.5 Fragestellung.....	30
1.6 Hypothesen.....	31
2. Methoden	32
2.1 Forschungsdesign.....	32
2.2 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche.....	32
2.3 Operationalisierungen.....	33
2.3.1 Allgemeine Angaben.....	33
2.3.1.1 Soziodemographische Daten.....	33
2.3.1.2 Körperlicher Zustand.....	35
2.3.1.3 Psychischer Status.....	35
2.3.2 Psychopathologie.....	35
2.3.2.1 Dissoziative Symptome.....	35

2.3.2.2 Suizidalität.....	37
2.3.3 Traumatische Erfahrungen.....	37
2.3.4 Verlauf der Abhängigkeit.....	38
2.3.4.1 Schwere und Chronizität des Alkoholkonsums.....	38
2.3.4.2 Beginn alkoholbezogener Probleme.....	38
2.4 Stichprobenansatz.....	39
2.5 Vorgehen bei der Datenerhebung.....	40
2.6 Analyseverfahren.....	41
3. Ergebnisse.....	43
3.1 Art der Ergebnisdarstellung.....	43
3.2 Merkmale der Stichprobe.....	43
3.2.1 Stichprobengröße und Teilnehmerquote.....	43
3.2.2 Allgemeine Angaben.....	44
3.2.2.1 Soziodemographische Daten.....	44
3.2.2.2 Körperlicher Zustand.....	47
3.2.2.3 Psychischer Status.....	48
3.2.3 Psychopathologie.....	49
3.2.3.1 Dissoziative Symptomatik.....	49
3.2.3.2 Suizidalität.....	50
3.2.4 Traumatische Erfahrungen.....	50
3.2.5 Verlauf der Abhängigkeit.....	52
3.2.5.1 Schwere und Chronizität des Alkoholkonsums.....	52
3.2.5.2 Beginn alkoholbezogener Probleme.....	53
3.3 Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen, Dissoziation und weiteren Parametern.....	54
3.3.1 Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Symptomen der Alkoholabhängigkeit.....	54
3.3.2 Zusammenhänge zwischen Symptomen der Alkoholabhängigkeit, Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen.....	55

3.3.2.1 Zusammenhänge zwischen dem Alter bei Beginn alkoholbedingter Probleme und dissoziativen Symptomen.....	55
3.3.2.2 Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß dissoziativer Symptome und Traumatisierungen.....	56
3.4 Validität und innere Konsistenz der DES.....	58
3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	58
4. Diskussion.....	60
4.1 Diskussion der Methoden.....	60
4.1.1 Forschungsansatz und Studiendesign.....	60
4.1.2 Stichprobenselektion.....	63
4.2 Diskussion der Befunde.....	64
4.2.1 Dissoziative Symptome.....	64
4.2.2 Befunde zu Traumatisierungen und Suchtverlauf.....	66
4.2.3 Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen.....	67
4.2.4 Zusammenhänge zwischen Schwere und Verlauf der Alkoholabhängigkeit und dissoziativen Symptomen.....	70
4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick.....	73
5. Literatur.....	74
6. Anhang.....	85
6.1 Verzeichnis der Tabellen.....	85

1. EINLEITUNG

1.1 Problemstellung

Diese Arbeit hat die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen dissoziativen Symptomen und verschiedenen Formen kindlicher Traumatisierungen bei einer homogenen Stichprobe von alkoholabhängigen Patienten zum Ziel. In der Vergangenheit waren in verschiedenen Studien inkonsistente Befunde zu dieser Fragestellung erhoben worden. Anliegen der vorliegenden Untersuchung war, insbesondere relevante Einflussfaktoren wie den Verlauf und die Schwere der Suchterkrankung sowie die bislang in diesem Zusammenhang wenig untersuchten Formen emotionaler Traumatisierung als Erklärungsvariablen für die widersprüchlichen Forschungsergebnisse in den Blick zu nehmen.

1.1 Literatursuche

1.2.1 Datenbanken

Die Literaturrecherche erfolgte größtenteils mit Hilfe der Datenbank „pubmed“. Als Suchbegriffe dienten zunächst „*dissociative disorder and alcohol dependency*“. Die Suchergebnisse wurden anschließend eingegrenzt mit den Suchterms „*childhood trauma*“, „*physical abuse*“, „*physical neglect*“, „*sexual abuse*“, „*emotional abuse*“ und „*emotional neglect*“. Als weitere eingrenzende Variablen kamen im Einzelfall Begriffe wie „*prevalence*“ und „*age*“ zum Einsatz.

1.2.2 Monographien

Insgesamt zehn Monographien und Lehrbücher aus dem Bereich der Sucht- und Traumaforschung sind für die vorliegende Arbeit nach relevanten Einträgen durchgesehen worden: Amann & Wipplinger 2002; Deutscher Bundestag 2002; Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004a; Egle, Hoffmann & Joraschky 2000; Fiedler 2000; Fischer & Riedesser 1998; Janet 1889; LeDoux 1998; Schacter 1999; Schäfer & Krausz 2006a).

1.3 Literaturüberblick

Zu der spezifischen Fragestellung dieser Arbeit, die den Einfluss von Kindheitstraumata auf den Zusammenhang zweier spezifischer Symptombereiche – Dissoziation und Alkoholabhängigkeit – untersucht, liegen bislang nur wenige Studien vor. Zu Beginn der 1990er Jahre wurden erstmals Studien durchgeführt, die Zusammenhänge zwischen Dissoziation und Suchterkrankungen im Allgemeinen zum Thema hatten (Ross et al. 1992; Dunn et al. 1993; Dunn et al. 1995). Die hier gefundenen inkonsistenten Ergebnisse gaben Anlass, in weiteren Studien differenzierende Variablen einzuführen und zwischen Alkohol und anderen Substanzen zu unterscheiden (Wenzel et al. 1996). Aufgrund der signifikanten Unterschiede, die sich in Hinblick auf dissoziative Symptome bei Alkoholabhängigen und anderen Suchtpatienten fanden, wurden verschiedene Hypothesen aufgestellt, die in jüngerer Zeit in drei Studien aus den Niederlanden (Langeland 2002) und der Türkei (Karadag et al. 2005; Evren 2007) überprüft worden sind (s. Kap. 1.4.3).

Über die Zusammenhänge von Traumatisierungen und Dissoziation hingegen existiert eine Fülle an Literatur, die nicht zuletzt darin begründet liegt, dass der Begriff der Dissoziation bereits im 19. Jahrhundert geprägt und in kausalen Zusammenhang mit Traumatisierungen gestellt wurde (s.a.

Kapitel 1.4.2.2). Insbesondere seit den 1980er Jahren, als das Thema durch die Studien zu den Folgen von Traumatisierungen bei Kriegsveteranen eine Renaissance erfuhr, sind Hunderte von Studien hinzugekommen.

Im Zusammenhang mit dem Vietnamkrieg begann sich die psychiatrische Forschung auch für den Zusammenhang von Suchterkrankungen mit Traumata zu interessieren. Während das Thema in den USA bereits gut untersucht ist und die Zusammenhänge zwischen Suchterkrankungen und Traumata in vielen Studien an unterschiedlichen Patientenkohorten gut belegt worden sind (eine Übersicht bieten Simpson und Miller 2002), liegen im deutschsprachigen Raum erst wenige Studien dazu vor (z.B. Kutscher et al. 2002; Teegen und Zumbeck 2000; Schäfer et al. 2004).

1.4 Theoretischer Teil

1.4.1 Interpersonelle Traumatisierungen

1.4.1.1. Definition des Traumabegriffs

Gemäß den Kriterien, die sowohl im DSM-IV als auch in der ICD-10 für die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung genannt werden, ist ein traumatisches Erlebnis zum einen durch eine vitale Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens anderer gekennzeichnet (American Psychiatric Association, [APA], 1994). Beispiele für derartige Erlebnisse können Krieg, körperlicher und sexueller Missbrauch, Inhaftierung, Entführung, Unfälle, Naturkatastrophen und Zeugenschaft belastender Ereignisse, aber auch emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung sein (s. Foa und Hearst-Ikeda 1996, S.208). Zum anderen ist die Reaktion des Opfers auf diese Ereignisse wesentlich, die in intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen besteht (APA, 1994). Entsprechend definieren Fischer und Riedesser das psychische Trauma als „vitales

Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Fischer und Riedesser 1998, S. 79). Dieses zweite Kriterium suggeriert, dass infolge eines belastenden Ereignisses die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten ausschlaggebend für die Ausprägung einer Psychopathologie sind. Allerdings besteht die Tendenz, dass besonders schwerwiegende Erlebnisse bei nahezu jedem Betroffenen zu gravierenden Folgen führen (Schäfer & Krausz 2006, S.12) Die Erkenntnis, dass das eigene Handeln und Wollen keinen Einfluss auf den Verlauf der Ereignisse hat, kann das Selbstvertrauen und die eigene Integrität, aber auch das Weltbild des Betroffenen dermaßen erschüttern, dass aus einem einmaligen traumatischen Erlebnis eine dauerhafte psychische Beschädigung resultiert (vgl. bereits Spiegel 1986). Wie im Folgenden (s. Kap. 1.4.1.4) noch detaillierter beschrieben werden soll, können traumatische Erlebnisse in einer Vielzahl psychiatrischer Folgestörungen resultieren.

1.4.1.2 Interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend

Stellt man in Rechnung, dass Kinder und Jugendliche in vielen belastenden Situationen noch weniger Handlungsmöglichkeiten haben als Erwachsene, so wird deutlich, dass diese Gruppe besonders vulnerabel in Hinblick auf die Entwicklung eines Traumas und traumatischer Folgestörungen ist. Während Naturkatastrophen, Krieg und Unfälle Ereignisse sind, die alle Bevölkerungsschichten und Altersgruppen gleichermaßen betreffen können, sind von belastenden Lebensereignissen, die von nahen Bezugspersonen ausgehen, in hohem Maße Kinder und Jugendliche betroffen. Von den „frühen interpersonellen Traumatisierungen“ sind körperliche und sexuelle Gewalt und ihre Folgen Gegenstand zahlreicher Studien. Emotionale Gewalt, Vernachlässigung und mangelnde Bindungsangebote hingegen, die unabhängig von körperlicher Misshandlung auftreten können, häufig jedoch damit einhergehen (Claussen und Crittenden, 1991), sind bislang nur in

wenigen Studien systematisch untersucht worden (Kaplan et al., 1999; Kaplan und Klinetob 2000). Dies ist insofern problematisch, als für die Entstehung psychischer Folgen respektive das Gesundbleiben von entscheidender Bedeutung ist, ob das Kind eine unterstützende Bezugsperson hat (z.B. Simeon et al., 2001; Nicholas und Bieber 1996). In den meisten Fällen intrafamiliärer Traumatisierung fehlt jedoch der emotionale Rückhalt; ganz im Gegenteil werden die Erfahrungen der Kinder zumeist geleugnet, oder man schreibt ihnen sogar die Schuld daran zu (Eckhardt-Henn 2004a, S. 284). In einer solchen Situation sind die Bewältigungsmechanismen des Kindes oder Jugendlichen überfordert. Eckhardt-Henn weist darauf hin, dass der oder die Betroffene sich „in einer Art Double-Bind-Situation“ befindet: „Je nach der spezifischen Dynamik erleben diese Kinder, dass die Menschen, die sie versorgen, die sie lieben, sie gleichzeitig verraten, verletzen und existenziell bedrohen. Es kommt zu einer traumatischen Erfahrung in Form des Bruchs der Selbst-Objekt-Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern. [...] Die Gefahr des Objektverlustes, des Verlustes der Objektliebe hat existenziellen Charakter.“ (Eckhardt-Henn 2004a, S. 283 und 284).

In der Folge solcher Situationen, die zumeist nicht einmalig sind, sondern sich über die gesamte Kindheit und Jugend erstrecken (Schäfer 2006b, S.13) entwickeln die Betroffenen oftmals psychiatrische Störungen, die über das bedrohliche Erlebnis hinaus eine zumeist langjährige zusätzliche Belastung der Patienten darstellt. Beispiele dafür sind die Posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und Dissoziative Störungen. Sie erhöhen ihrerseits die Dysfunktionalität und den Leidensdruck wie auch die Vulnerabilität der Patienten für weitere Traumatisierungen (s. Kap. 1.4.1.1)

1.4.1.3 Prävalenz interpersoneller Traumatisierungen bei Kindern

Anders als in den USA, wo seit 1995 mit dem „Child Abuse & Neglect Research“ des Gesundheitsministeriums ein Organ zur systematischen Erhebung und Erforschung von Kindesmissbrauch zur Verfügung steht, ist die Datenlage in Deutschland unbefriedigend. Abgesehen davon, dass in Hinblick auf Gewalt an Kindern mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen ist, beruhen die in Deutschland erhobenen Studien auf unterschiedlichen Stichproben und Definitionen dessen, was unter sexueller, körperlicher und emotionaler Misshandlung sowie Missbrauch und Vernachlässigung zu verstehen ist (Ernst 2005, S. 64ff.). Daher können an dieser Stelle nur grob orientierend einige Daten aus verlässlichen Studien wiedergegeben werden.

Legt man für **körperliche Misshandlung** eine enge Definition zugrunde, d.h. untersucht man jene Fälle, in denen es zu körperlichen Schädigungen von Kindern durch ihre Eltern gekommen ist, so gibt der 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung Prävalenzraten von 10-15% an (Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8181, 2002, S. 220). Die Zahlen einer Studie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen (1999) sind ungünstiger: Hier gaben 17,1% der Befragten an, im Alter von unter 12 Jahren „schwere Züchtigungen“ erlitten zu haben. 4,5% von ihnen seien „selten“ misshandelt worden, 5,3% sind nach eigenen Angaben „gehäuft“ Opfer von Misshandlung geworden (ebd.).

In einer sozialwissenschaftlichen Dunkelfeldstudie von Wetzels (1997) zu **sexuellem Missbrauch** (inner- und außerfamiliär) fanden sich je nach Altersgrenze und Ausmaß der vollzogenen sexuellen Handlungen Prävalenzraten zwischen 6,2% und 18,1% bei Frauen sowie zwischen 2,0% und 7,3% bei Männern (ebd.; s.a. Engfer 2000, S. 32f.).

Körperliche **Vernachlässigung** wird insgesamt als noch häufiger eingeschätzt als Misshandlungen (Deutscher Bundestag, S. 220), wobei die Datenlage für Deutschland im Vergleich zu den USA dürftig ist.

Über die Prävalenz psychischer Misshandlung und Vernachlässigung lassen sich kaum valide Aussagen machen, da die Grenzen zwischen tolerierten Erziehungspraktiken wie Hausarrest und Liebesentzug und schwereren Formen elterlicher Nichtverfügbarkeit fließend sind (Engfer 2000, S. 26). Entsprechend groß ist das Forschungsdesiderat in Hinblick auf Folgestörungen nach emotionalen Traumatisierungen.

1.4.2 Traumafolgestörungen

Traumatisierte Patienten weisen in hohem Maße psychiatrische Störungen auf (s. die Übersichtsarbeiten von Neumann et al. 1996 und Kendall-Tackett et al. 2005). Eine Erklärung dafür könnte sein, dass, wie oben erwähnt, das belastende Ereignis die Bewältigungsmöglichkeiten des Opfers überschreitet. Insbesondere im Falle früher interpersonaler Traumatisierungen handelt es sich oftmals um lang anhaltende Situationen, welche die körperliche Integrität der Betroffenen verletzen und ihre Wertvorstellungen in existentieller Weise bedrohen. Entsprechend der Konzeptualisierung von Eckhardt-Henn (2004) kann dies zu einer passiven und a priori dysfunktionalen Beschädigung der Persönlichkeit führen, zugleich aber auch mehr oder weniger kreative Bewältigungsstrategien hervorbringen, die zunächst das Überleben ermöglichen, in der Folge jedoch als belastende psychiatrische „Traumafolgestörungen“ persistieren.

Zu den a priori dysfunktionalen Traumafolgen zählen dieser Sichtweise zufolge Störungen des Selbstwerts, der Affektregulation, der Identität und des Bindungsverhaltens (Kaya und Friedrich 2006, S. 81ff.) sowie Angststörungen und affektive Störungen (Teicher et al., S. 994ff.), die ihrerseits neue psychische Probleme generieren und die Ausprägung und

Persistenz weiterer psychiatrischer Störungen befördern (Schäfer 2006, S. 16).

Demgegenüber können pathologische Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen, Essstörungen oder Dissoziation vorübergehend erleichternde, lindernde oder ablenkende Funktionen erfüllen. Dies erklärt nicht nur die hohe Komorbidität von Borderline-Störungen, Ess-Störungen, Dissoziativen Störungen und anderen mit traumatischen Erfahrungen, sondern legt auch nahe, warum die Therapie dieser Störungen bei traumatisierten Patienten besonders schwierig ist.

Abgesehen von den evident mit frühen traumatischen Erlebnissen in ätiologischem Zusammenhang stehenden Erkrankungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (z.B. Scott 2007; Copeland et al. 2007; Hetzel und McCanne 2005) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (z.B. Sar et al 2006; Bierer et al 2003) sind von den nach dem oben genannten Modell als „funktionale Störungen“ bei traumatisierten Patienten klassifizierten Störungen inzwischen die Abhängigkeitserkrankungen und die Dissoziativen Störungen relativ gut untersucht und belegt. Dabei bleiben die Ergebnisse zur Interferenz beider Störungen bei traumatisierten Patienten widersprüchlich. Im Folgenden soll daher zunächst ein Überblick über die Forschung zu Traumatisierungen und Suchterkrankungen einerseits, zu Dissoziativen Störungen andererseits folgen und sodann eine Darstellung der bisher verfügbaren Studienergebnisse zu Sucht und Dissoziation bei traumatisierten Patienten.

1.4.2.1 Trauma und Sucht

Seitdem im Zuge von Untersuchungen an Vietnamveteranen bereits in den späten 70er Jahren festgestellt wurde, dass Traumatisierungen und Abhängigkeitserkrankungen in hohem Maße miteinander korrelieren (z.B. Stanton 1976; Boscarino 1981), sind ähnliche Zusammenhänge auch jenseits des Kriegskontextes bei Opfern anderer Traumatisierungen, wie

Naturkatastrophen, Unfällen, vor allem aber körperlich und sexuell sowie in jüngerer Zeit auch emotional missbrauchten Menschen belegt worden. In einigen Studien wurden dabei belastende Lebensereignisse im Allgemeinen einbezogen, in andere wurden nur solche Patienten eingeschlossen, bei denen die Diagnose einer PTBS nach DSM-IV vorlag. Darüber hinaus wurde hinsichtlich der Art der konsumierten Substanzen und der Konsummuster der Patienten differenziert. Empirische Ergebnisse können an dieser Stelle nur illustrierend anhand einiger methodisch anspruchsvoller Studien vorgestellt werden; für weitergehende Informationen sei auf Übersichtsartikel (z.B. Schäfer und Reddemann 2005; Simpson und Miller 2002) verwiesen. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Designs und Methoden sind Vergleiche zwischen den einzelnen Studien zurückhaltend zu bewerten; die folgende Gegenüberstellung einiger Ergebnisse kann darum nur dazu dienen, einige evidente Tendenzen aufzeigen.

Studien über die Komorbidität von körperlicher und sexueller Traumatisierung und Suchterkrankungen

Die meisten Studien zum Thema „Trauma und Sucht“ konzentrieren sich auf interpersonelle Traumatisierungen in Kindheit und Jugend und erfassen sexuellen Missbrauch und / oder körperliche Misshandlung. Besonders aussagekräftig sind die Studien, in denen nicht klinische Stichproben, sondern Menschen aus der Allgemeinbevölkerung befragt wurden: In einer retrospektiven Studie von Duncan et al. (1996) wurden über 4000 Frauen unter anderem nach Erfahrungen körperlicher Misshandlung und Substanzkonsum befragt. Von den Opfern physischer Gewalt hatten 18,7% gegenüber 6% der Kontrollgruppe harte Drogen konsumiert; in Hinblick auf Alkohol, Medikamente und Marijuana waren die Konsumraten der Opfer gegenüber den Nichtopfern ebenfalls mindestens dreimal so hoch (Duncan et al. 1996). Vergleichbare Zahlen fanden Wilsnack et al. (1997) für sexuellen Missbrauch: In einer prospektiven Studie an 1099 Frauen aus der

Allgemeinbevölkerung zeigten sie, dass Patientinnen, die vor ihrem 18. Lebensjahr sexuellen Missbrauch erlitten hatten, im Vergleich zur Kontrollgruppe (5,8%) mit 18,8% eine wesentlich höhere Prävalenz von Symptomen der Alkoholabhängigkeit aufwiesen und dreimal so häufig illegale Drogen konsumierten (Wilsnack et al. 1997).

Eine Übersichtsstudie von Simpson und Miller (2002) wertet 53 Studien über den Zusammenhang zwischen traumatischen Erlebnissen und Substanzkonsum bei Patienten aus, die sich wegen ihrer Abhängigkeit in therapeutischer Behandlung befanden. Von den behandelten Mädchen hatten durchschnittlich 60,9% vs. 27% der Allgemeinbevölkerung sexuellen Missbrauch erlitten; bei den erwachsenen Frauen waren es 44,5% gegenüber 27%. Unter den männlichen Jugendlichen und Männern in Behandlung lag die Rate bei 16,2% bzw. 16,8% gegenüber 16% der Allgemeinbevölkerung. Von körperlicher Misshandlung waren 46,2% der Mädchen und 38,7% gegenüber 21% der Allgemeinbevölkerung betroffen. Bei den Jungen und Männern waren 44,7% bzw. 31% Opfer körperlicher Misshandlungen (Simpson und Miller 2002, S. 33ff.).

Darüber hinaus zeichnet sich in den Studien die Tendenz ab, dass Patienten, die harte Drogen konsumieren, besonders häufig kindliche Traumatisierungen erlebt hatten: In einer Übersicht von Schäfer, die Studienergebnisse bei Opiatabhängigen aus dem deutschsprachigen Raum zusammenfasst, liegen die Raten für sexuellen Missbrauch zwischen 41% und 60% bei den Frauen und 25%-40% bei den Männern. Die Missbrauchserlebnisse waren bei den opiatabhängigen Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe zudem signifikant schwerer, häufiger und früher. Erfahrungen körperlicher Misshandlung hatten 72% der Patienten gemacht (Schäfer 2006).

Nach diesen Ausführungen ist es nicht überraschend, dass sich hohe Raten von Suchterkrankungen auch bei Patienten finden, bei denen eine PTBS nach DSM-IV diagnostiziert wurde. In klinischen Stichproben litten von

Kriegsveteranen, die eine PTBS entwickelt hatten, 75% unter einer Abhängigkeitserkrankung (Jacobsen et al. 2001).

In der Allgemeinbevölkerung finden sich bei Menschen, die unter einer PTBS leiden, Lebenszeitprävalenzen für Abhängigkeitserkrankungen zwischen 22% - 43% im Vergleich zu 8% - 25%, die keine PTBS haben (ebd.). Umgekehrt liegt bei Patienten, die Substanzabusus betreiben, die Prävalenz einer gleichzeitigen PTBS bei 8,3%; bei Patienten, die sich wegen einer Suchterkrankung in Behandlung befinden, ist sie rund fünf mal so hoch (ebd.). Auch bei PTBS ist die Korrelation mit harten Drogen stärker als bei Patienten mit Alkoholproblemen (Najavits et al. 1997).

Studien über die Komorbidität von emotionaler Traumatisierung und Suchterkrankungen

Über psychische Misshandlung und Vernachlässigung im Zusammenhang mit Suchtproblemen gibt es bislang nur wenige Studien. Die Gründe dafür sind vor allem methodischer Natur: Zum einen lassen sich psychische Formen der Misshandlung schwer von noch tolerierten Erziehungspraktiken wie z.B. Hausarrest, abgrenzen (Claussen und Crittenden 1991; Engfer 2000). Zum anderen lässt sich emotionaler Missbrauch im Vergleich zu körperlichen und sexuellen Übergriffen kaum quantifizieren (Kaplan et al. 1999). Und schließlich geschehen körperliche oder sexuelle Misshandlungen in den meisten Fällen in einer Atmosphäre emotionaler Kälte und Nichtverfügbarkeit (ebd.), so dass sich beide Formen der Misshandlung in Hinblick auf die Folgen methodisch nicht voneinander trennen lassen. Einzelne Studien wie die von Erickson et al. (1989) legen jedoch nahe, dass die Folgen emotionaler Vernachlässigung, auch wenn diese in der Regel subtil erfolgt, ebenso gravierend sind wie die körperlicher und sexueller Misshandlungen. Inwiefern psychische Vernachlässigung und emotionaler Missbrauch zu Suchterkrankungen prädisponieren, ist Gegenstand einiger retrospektiver Studien, welche die Familienverhältnisse

und das soziale Verhalten von Eltern drogenabhängiger Kinder untersuchen. So zeigte sich in einer Studie von Glavak et al. (2003) über heroinsüchtige Jugendliche, dass diese ihre Eltern signifikant häufiger als zurückweisend, aggressiv und weniger warm erlebten als die Personen der nicht-abhängigen Kontrollgruppe. Campo und Rohner (2002) untersuchten in einer Studie mit 40 polyvalent abhängigen jungen Erwachsenen, inwiefern diese ihre Eltern als ablehnend oder annehmend empfunden hatten und wie gut sie psychisch mit dem Verhalten ihrer Eltern umgehen konnten. Nach Kontrolle weiterer Variablen wie sozialer Schicht und Bildungsgrad zeigte sich, dass die abhängigen Teilnehmer im Vergleich zur Kontrollgruppe ihre Eltern überwiegend als mehr ablehnend denn annehmend erlebt hatten. Außerdem waren sie 1,7 mal so häufig von väterlicher Ablehnung betroffen. Auch in Hinblick auf mütterliche Ablehnung waren die Ergebnisse signifikant: Die abhängigen Patienten erlebten ihre Mütter 1,4mal häufiger als ablehnend als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Die Nicht-Abhängigen zeigten zudem ein höheres Niveau psychologischer Anpassung, so dass die Autoren nahe legen, dass Substanzmissbrauch eine mögliche Folge elterlicher Zurückweisung sein könne (Campo und Rohner 1992).

Erklärungsmodelle zum Zusammenhang von Trauma und Sucht

Während die hohe Komorbidität von traumatischen Erlebnissen und Substanzmissbrauch empirisch zweifelsfrei nachgewiesen ist, werden verschiedene Modelle diskutiert, um diesen Zusammenhang zu erklären. Einfachen kausalen Ansätzen steht entgegen, dass die meisten traumatisierten wie auch viele an Suchterkrankungen leidende Patienten zusätzlich hohe Raten an depressiven- und Angststörungen aufweisen (Jacobsen et al., S. 1185). Nichtsdestotrotz haben sich einige funktionale Erklärungsansätze durchgesetzt: Breite Akzeptanz findet die so genannte „Selbstmedikations-Hypothese“ (Khantzian 1985). Ihr zufolge entsteht die Suchterkrankung in Folge der Traumatisierung, und der Substanzkonsum

dient dazu, Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung oder andere Beschwerden, wie eine infolge des Traumas reduzierte Emotionalität, bei Bedarf überwinden oder steigern zu können.

Ein anderer Ansatz erklärt Traumatisierungen als Folge von Suchtmittelmissbrauch. Dieser prädisponiert zu riskantem Verhalten und erhöhe so die Wahrscheinlichkeit, Opfer körperlicher oder sexueller Misshandlung zu werden (z.B. Cottler et al., 1992).

Darüber hinaus gibt es mehrere Hypothesen, die den Zusammenhang von Suchterkrankungen mit PTBS erklären. Weil Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen häufig ein erhöhtes Niveau von Arousal und Angst und ein sensitiviertes neurobiologisches Stresssystem haben, vermuten Stewart et al. (1998), dass sie sensibler dafür seien, in Folge traumatischer Lebensereignisse eine PTBS zu entwickeln.

Brady und Sinha (2005) fassen Studien zu neurobiologischen Befunden bei traumatisierten Personen mit Substanzabusus und anderen psychiatrischen Störungen zusammen, insbesondere in Hinblick auf den Cortisolhaushalt. Diese Ergebnisse können zumindest teilweise (neben behaviouralen Faktoren) erklären, dass eine PTBS durch Substanzgebrauch unterhalten oder verschlimmert wird.

Schäfer (2006b, S. 28f.) weist darauf hin, dass die verschiedenen Erklärungsansätze einander nicht ausschließen. Für die Klinik bedeutsam ist, dass sich aufgrund der funktionalen Verbindung beider Störungen Auswirkungen auf den Therapieverlauf ergeben. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit der Doppeldiagnose „PTBS und Sucht“ häufiger Rückfälle erleiden oder die Therapie abbrechen als Patienten, die „nur“ unter einer der beiden Erkrankungen leiden. Zudem sind diese Patienten häufiger von weiteren psychiatrischen Störungen betroffen und haben darüber hinaus in höherem Maße rechtliche, soziale und gesundheitliche Probleme (z.B. Brady et al. 1994; Brown et al. 1996; Najavits et al. 1997; Ouimette et al. 1999; Kang et al. 2002).

1.4.2.2 Trauma und Dissoziation

Nach der Definition des DSM-IV ist das „Wesensmerkmal dissoziativer Störungen [...] die Unterbrechung normalerweise integrierter Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt. Die Störung kann plötzlich, vorübergehend oder chronisch verlaufen“ (APA 1994; Übersetzung A. Dilling). Das Konzept der Dissoziativen Störungen, das in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts seine Wurzeln hat (Janet 1887), war viele Jahrzehnte in Vergessenheit geraten und wurde erst im Zuge des Vietnam-Krieges gemeinsam mit der Beschreibung und Erforschung der posttraumatischen Störungen für die psychiatrische Forschung und Praxis wieder entdeckt (Hoffmann und Eckhardt-Henn 2004a, S. 4). Inzwischen ist die Existenz einer Vielzahl dissoziativer psychischer Phänomene in der Psychiatrie anerkannt; seit 1980 sind sie sowohl in die ICD als auch das DSM aufgenommen. Allerdings unterscheiden sich beide Klassifikationssysteme in der Einordnung der verschiedenen dissoziativen Störungen: Während das DSM-IV lediglich die „psychoformen“ (Nijenhuis 2004, S. 94) Störungen wie die Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Dissoziative Identitätsstörung und Depersonalisationsstörung erfasst und „somatoforme“ Phänomene wie Dissoziative Bewegungsstörungen, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Dissoziativen Stupor und Krampfanfälle den Konversionsstörungen zuordnet, zählen in der ICD-10 sämtliche der genannten Phänomene zu den Dissoziativen Störungen (s. Hoffmann und Eckhardt-Henn 2004b, S. 307ff.).

Diagnostische Schwierigkeiten und Prävalenz dissoziativer Störungen

Die einzelnen dissoziativen Störungen unterscheiden sich stark in ihrer Prävalenz. Erkrankungen wie die Dissoziative Identitätsstörung, die durch spektakuläre Fallberichte im Bewusstsein der Öffentlichkeit als „Multiple

Persönlichkeitsstörung“ sehr präsent ist, sind im Vergleich zu dissoziativen Phänomenen wie Absorption, Trance, Depersonalisation und Derealisation sehr selten. Letztere treten auch „physiologisch“ im Rahmen von emotionalem oder körperlichem Stress, etwa bei Schlafmangel oder unter Einfluss psychoaktiver Substanzen auf (Fiedler 2000, S. 55ff.). Dies hat in der Vergangenheit die Kontinuums-Hypothese genährt, der zufolge dissoziative Phänomene von alltäglichen Formen wie Tagträumen bis hin zu schweren klinischen Symptomen wie z.B. Amnesien reichen (Spitzer 2004, S. 316). Diese Hypothese kann jedoch nicht erklären, warum in Studien an klinischen Populationen regelmäßig hohe Dissoziationswerte ermittelt werden (z.B. Goldner et al. 1991; Saxe et al. 1994; Warshaw et al. 1993). Vor diesem Hintergrund stellt eine Studie von Putnam et al. (1996), in der hohe Dissoziationscores spezifischen Diagnosegruppen zugeordnet werden konnten, eine wegweisende Präzisierung der Kontinuumshypothese zugunsten eines „typologischen Modells“ der Dissoziation dar (ebd.). Sie führte schließlich zum Versuch, pathologische und nichtpathologische Formen anhand eines spezifischen Auswertungsverfahrens der „Dissociative Experiences Scale“ (DES, Bernstein und Putnam 1986), des weltweit am häufigsten verwendeten Instrumentes zur Erfassung dissoziativer Symptome, voneinander zu unterscheiden. Dieser sogenannte DES-Taxon-Score (DES-T) wird aus Items der DES gebildet, die faktorenanalytisch ermittelt wurden (Waller et al 1996). Unter Verwendung des DES-T (s.o.) wurde eine Rate pathologischer Dissoziation von 3,3% in der Allgemeinbevölkerung ermittelt (Waller und Ross 1997) Lebenszeitprävalenzen von 34-70% für Depersonalisation und Derealisation in Stichproben der Allgemeinbevölkerung (Sedman 1972; Trueman 1984) werden somit relativiert. Nichtsdestotrotz bleibt die Quantifizierung dissoziativer Phänomene schwierig, was nicht zuletzt auf methodische Probleme bei der Erhebung zurückzuführen ist (Spitzer 2004, S. 316ff.). Unter diesem Vorbehalt sind auch Prävalenzraten zu interpretieren, welche die Gesamtheit dissoziativer Störungen in der Allgemeinbevölkerung auf zwischen 2-7% beziffern (Gast 2004, S. 209ff.). In psychiatrischen

Stichproben liegen die Raten entsprechend höher; in einer deutschen Studie lag die Quote für sämtliche dissoziativen Störungen bei 5-15% (Gast et al. 2001).

Ätiologie pathologischer Dissoziation

Bereits in Fallbeschreibungen von Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung durch Janet war der Zusammenhang der Störung mit erlittenen traumatischen Erfahrungen der Betroffenen evident (Janet 1889). In den vergangenen Jahren konnte dieser Zusammenhang zwischen dissoziativen Störungen und belastenden Erlebnissen empirisch belegt werden. In einer Meta-Analyse von 38 Studien wiesen Neumann et al. (1996) die Korrelation von sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit und späteren dissoziativen Symptomen nach. Der Zusammenhang konnte auch für physischen Missbrauch (z.B. Mulder et al. 1998; Chu et al. 1999; Foote 2006) und fehlende elterliche Zuwendung bzw. dysfunktionale Bindungsstile (z.B. Draijer und Langeland 1999; Brown et al. 2005; Simeon et al. 2001) gezeigt werden.

In allen Studien zeichnet sich zudem ab, dass die Schwere dissoziativer Symptome signifikant von der Art, Schwere und Dauer der Traumatisierung, vom Alter des Betroffenen zu Beginn der belastenden Erlebnisse und vom Vorhandensein bzw. der Abwesenheit stützender Bezugspersonen abhängt. So konnte in vielen Studien gezeigt werden, dass sexueller Missbrauch und emotionale elterliche Vernachlässigungen der stärkste Prädiktor für die Entwicklung dissoziativer Symptome sind (Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004b, S. 258; Brunner et al 2000); diese waren umso stärker ausgeprägt, wenn sich der Missbrauch in der eigenen Familie vollzog und je schwerer und häufiger die vollzogenen Handlungen waren (z.B. Chu und Dill 1990; Sanders und Giolas 1991). Ein weiterer Risikofaktor scheint das Alter der Betroffenen zu sein: Je früher die Traumatisierungen, desto ausgeprägter sind in der Folge die dissoziativen

Symptome (Kirby et al 1993; Swett und Halpert 1993; anders Brunner et al 2000).

Erklärungsmodelle zum Zusammenhang von Trauma und Dissoziation

Mittlerweile liegen verschiedene Erklärungsansätze, um diese gut belegten und kaum noch kontrovers diskutierten Zusammenhänge zu erklären:

Aus psychoanalytischer Perspektive stößt sexueller Missbrauch durch die eigenen Eltern die Betroffenen mehr noch als bei anderen Formen der Traumatisierung in eine tiefe Verwirrung; er verursacht ein „Orientierungstrauma“ (Fischer und Riedesser 1998, S. 67): Die Personen, die das Kind missbrauchen, sind zugleich diejenigen, von denen es Liebe und Zuwendung erfährt oder doch zumindest in der Vergangenheit erfahren hat. So ist es aus psychoanalytischer Perspektive „insbesondere dieser psychische Verlust der missbrauchenden Elternfigur, der enorme Verrat, den es empfindet, die Hilflosigkeit und die Ohnmacht, die traumatische Sexualisierung und Überstimulation“ (Eckhardt-Henn 2004, S. 284), welcher die Bewältigungsmöglichkeiten des Kindes überfordert. Die Fähigkeit zur Dissoziation wird vor diesem Hintergrund als „genuine Leistung der Psyche“ (ebd.) verstanden, denn sie ermöglicht es dem Betroffenen, trotz der unerträglichen Widersprüchliche zu überleben und „die lebensnotwendige Bindung und Liebe zu den missbrauchenden Eltern zu erhalten“ (Spiegel 1986). Bedrohliche Reize aus der Außen- oder Innenwelt können also durch dissoziative Mechanismen abgespalten werden (Sachsse 2003, S. 10f.).

Die psychoanalytische Hypothese wird durch aktuellere gedächtnispsychologische und neurobiologische Erkenntnisse ergänzt und unterstützt (z.B. Le Doux 1998; Schacter 1999; Fiedler 2004; Kapfhammer 2004). Grundlage gedächtnispsychologischer Erklärungsansätze ist die Unterscheidung expliziter und impliziter Gedächtnisfunktionen auf Basis

neuroanatomischer Forschungsergebnisse (Kapfhammer 2004): Während das explizite Gedächtnis, repräsentiert durch das Hippocampus-Temporallappen-System, der Einordnung und Auslöschung faktischen Wissens dient, speichert das implizite Gedächtnis, dessen anatomisches Korrelat unter anderem in der Amygdala verortet werden kann, Fertigkeiten, Gewohnheiten, Handlungen und Emotionen (ebd. S. 10). Unter Bedingungen extremen Stresses versagt die Einordnung des Erlebten durch das explizite Gedächtnis. Dies ist zum einen auf eine neurochemische Dysregulation, vor allem des Hypothalamus-Hypophysen-Nebenrindensystems, zurückzuführen (ebd., S. 23ff.). Zum anderen wird während traumatischer Erfahrungen die bewusste Aufmerksamkeit durch einzelne sensorische Aspekte des Traumas absorbiert (Fiedler 2004, S. 50). Diese werden im impliziten Gedächtnis gespeichert, welches wahrscheinlich „weniger vergesslich“ ist als das explizite (LeDoux 1998, S. 219). Diese zumeist negativen affektiven Sensationen in Zusammenhang mit dem Trauma stehen der willkürlichen Erinnerung nicht mehr zur Verfügung, womit dissoziative Amnesien erklärt werden können. Unwillkürlich, etwa in Form eines *flashbacks*, können diese Erinnerungen jedoch wachgerufen werden, wenn ein adäquater, d.h. sensorischer, dem Trauma ähnlicher Reiz, das implizite Gedächtnis aktiviert (Fiedler 2004, S. 51).

Ungeachtet dieser plausiblen und einander stützenden Erklärungsansätze muss davor gewarnt werden, monokausale Zusammenhänge zwischen traumatischen Erlebnissen und dissoziativen Störungen herzustellen. Die Entwicklung dissoziativer Symptome ist multifaktoriell bedingt (Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004b, S. 270), und die Rolle mediiierender Faktoren und komorbider psychischer Störungen ist nicht abschließend geklärt und Gegenstand aktueller klinischer Studien (z.B. Rufer et al. 2006).

Insbesondere in Hinblick auf Substanzmissbrauch betreibende traumatisierte Patienten sind die empirischen Ergebnisse wie auch die Erklärungsansätze widersprüchlich. Dies soll im folgenden Abschnitt deutlich gemacht werden.

1.4.3 Sucht und Dissoziation bei traumatisierten Patienten

Traumatisierte Patienten haben, wie oben skizziert wurde, ein erhöhtes Risiko, in der Folge des traumatischen Lebensereignisses psychiatrische Störungen zu entwickeln. Inzwischen ist gut belegt, dass dissoziative Störungen (z.B. Chu und Dill 1990) und Substanzabusus (z.B. Schäfer und Reddemann 2005) zu den häufigsten Folgestörungen nach Traumatisierungen zählen. Verschiedene Hypothesen erklären diese Zusammenhänge in dem Sinne, dass Dissoziation und Substanzmissbrauch eine erleichternde und ablenkende Funktion für die Opfer haben, wenn diese mit Folgesymptomen ihres Traumas konfrontiert sind (Eckhardt-Henn und Hoffmann 2004b; Khantzian 1985).

Nichtsdestotrotz ist bislang unklar, ob und wie dissoziative Störungen – insbesondere bei traumatisierten Patienten – mit Suchtstörungen zusammenhängen. Die Studien, die zu diesem Thema durchgeführt worden sind, haben zu inkonsistenten Ergebnissen und unterschiedlichen Erklärungsansätzen geführt: In fünf von neun Studien fand sich ein starker Zusammenhang zwischen dissoziativen Symptomen und Substanzkonsum (Ross et al. 1992; Dunn et al. 1993; Dunn et al. 1995; Wenzel et al. 1996; Zlotnick et al. 1997), in vier anderen hatten Suchtpatienten im Vergleich zu anderen psychiatrischen Kollektiven weniger bzw. in etwa gleich häufig dissoziative Symptome (Hodgins et al. 1996; Langeland et al. 2002; Karadag et al. 2005; Evren et al. 2007). Diese widersprüchlichen Befunde ziehen in den einzelnen Studien unterschiedliche Hypothesen - und damit mittelfristig auch unterschiedliche Therapieansätze – über die Zusammenhänge zwischen dissoziativen Symptomen bei Suchtpatienten nach sich. Da es Hinweise dafür gibt, dass dissoziative Symptome den Verlauf und Erfolg einer Suchttherapie negativ beeinflussen können (Karadag et al. 2005, S. 1252), scheint eine Aufklärung und Plausibilisierung der widersprüchlichen Studienergebnisse dringend geboten. Da sich die neun erwähnten Studien hinsichtlich des Studiendesigns und der Methodik unterscheiden und mit diesen

Unterschieden ein Teil der inkonsistenten Ergebnisse erklärt werden kann, sollen sie im Folgenden dargestellt werden:

In einer Studie von **Ross et al. (1992)** wurden 100 Patienten (Männer und Frauen) in einer Behandlungseinheit für substanzabhängige Patienten anhand der Dissociative Experiences Scale (DES) und des Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS; Ross et al. 1989) auf dissoziative Symptome hin befragt. Dabei ergab sich eine Rate dissoziativer Störungen von 39%. Hinsichtlich der Schwere ihres Substanzmissbrauchs und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit unterschieden sich die von Dissoziation betroffenen Patienten nicht von den übrigen 61% der Stichprobe. Die Autoren folgerten aus diesen Daten, dass Suchterkrankungen mit erhöhten Raten dissoziativer Störungen assoziiert sind.

Eine Studie von **Dunn et al. (1993)** untersuchte 265 männliche Kriegsveteranen auf einer Suchtstation mithilfe der DES auf dissoziative Symptome sowie mittels weiterer Instrumente auf relevante klinische und soziodemographische Variablen. Die Autoren fanden, dass 41% der Patienten einen DES-Score von >15 hatten und somit einer weiteren Abklärung bedurften (Steinberg et al. 1991); 22% der Befragten hatten Werte >30 und damit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf das Vorliegen einer Dissoziativen Störung, die weiterer Abklärung durch strukturierte Interviews bedurfte (Ross et al. 1989). Hohe DES-Werte korrelierten am stärksten mit allgemeiner psychischer Beeinträchtigung, aber auch ein niedrigerer IQ und die Zugehörigkeit zur schwarzen Bevölkerung erhöhten das Risiko für eine dissoziative Symptomatik. Ohne explizit auf Vergleichspopulationen zu rekurrieren, schätzten die Autoren die DES-Scores in ihrer Stichprobe als hoch ein.

Dieselben Autoren replizierten 1995 die oben beschriebene Studie von Ross et al. (1992), um die hohe Rate von 39% dissoziativer Störungen zu

verifizieren (**Dunn et al. 1995**). Dazu wurden 100 Patienten (davon 99 Männer) in einer stationären Suchtbehandlungseinheit auf eine Dissoziative Störung hin untersucht. Messinstrumente waren wie in der Studie von Ross et al. die DES, der DDIS sowie zusätzlich der Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED; Riley 1988). Gemäß dem DDIS konnte bei 15% der Stichprobe eine Dissoziative Störung diagnostiziert werden. Patienten, die harte Drogen konsumierten, hatten ein signifikant höheres Risiko gegenüber jenen, die ausschließlich Alkohol oder Marijuana konsumierten. Wie bereits in der Studie von Ross et al., unterschieden sich auch in der Nachfolgestudie die Patienten mit Dissoziativer Störung vom Rest der Stichprobe nicht in Hinblick auf Erfahrungen kindlichen Missbrauchs. Auch wenn in dieser zweiten Studie die Rate Dissoziativer Störungen bei Suchtpatienten um mehr als die Hälfte niedriger war als in der ersten, ist sie nach Einschätzung der Autoren immer noch hoch.

Hodgins et al. (1996) bewerten Studien von Ross et al. und Dunn et al. insofern kritisch, als sie keine Angaben darüber machen, wie viel Zeit jeweils zwischen der Entgiftung der Patienten und der Erhebung dissoziativer Symptome lag. Die Autoren vermuten, dass in vielen Fällen keine eigenständige Dissoziative Störung vorlag, sondern die entsprechenden Symptome den Langzeiteffekten bzw. Entzugserscheinungen von Suchterkrankungen geschuldet gewesen seien. Entsprechend untersuchten sie 78 weibliche und männliche Anwärter auf einen Platz in einer Entzugsklinik mithilfe der DES und stellten die Ergebnisse in Bezug zur Dauer der Abstinenz der Patienten. Aus den erhobenen DES-Scores (12% >29) extrapolierten die Autoren eine mutmaßliche Quote Dissoziativer Störungen von 17% (s. Carlson et al., 1993). Sie fanden einen schwachen negativen Zusammenhang zwischen der Dauer der Abstinenz und dem Ausmaß dissoziativer Symptome. Angesichts dieser Befunde stellen Hodgins et al. die zuvor behaupteten hohen Raten Dissoziativer Störungen bei Suchtpatienten in Frage.

Wenzel et al. (1996) untersuchten in ihrer Studie, ob es zwischen akutem Substanzkonsum und langjährigem Konsum Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung dissoziativer Symptome gibt. Außerdem verglichen sie ihre Stichprobe von 138 männlichen Kriegsveteranen in einer Suchthilfeeinheit in Hinblick auf die konsumierten Substanzen (Alkohol vs. harte Drogen) und dissoziative Belastung. Bei insgesamt hohen DES-Scores fanden sich – anders als in der Studie von Dunn et al. 1995 – deutlich höhere Werte für die alkoholabhängigen Patienten (M=26,2) im Vergleich zu den Drogen konsumierenden (M=18,0). Überraschenderweise wirkte sich aktueller Konsum weder bei den Alkohol- noch bei den Drogenpatienten auf die DES-Scores aus; die erhöhten Werte korrelierten ausschließlich mit der Chronizität des Konsums. Die Autoren schließen daraus, dass insbesondere Alkoholmissbrauch chronische Residualeffekte nach sich ziehe, wobei das neurale Substrat bislang unbekannt sei.

Eine weitere Studie von **Zlotnick et al. (1997)** untersucht den Einfluss traumatischer Erfahrungen auf die Ausprägung Dissoziativer Störungen bei Suchtpatienten. Es wurden 85 männliche und weibliche Anwarter auf eine Suchttherapie mittels DES auf dissoziative Symptome und mit der „Life Stress Checklist“ auf traumatische Lebensereignisse hin untersucht. Jene 56% der Stichprobe, die ein als „sehr“ oder „extrem“ belastend empfundenen Trauma erlitten hatten, wiesen bei insgesamt relativ hohen DES-Scores signifikant höhere Werte auf als die nicht von einem Trauma belasteten (DES M= 24,8 vs. M=15,2). Dieser Befund steht im Widerspruch zu den oben referierten Ergebnissen von Ross et al. (1992) und Dunn et al. (1995), bei denen sich die Patienten mit und ohne dissoziative Symptome nicht in Hinblick auf traumatische Lebensereignisse unterschieden.

Langeland et al. (2002) versuchen in ihrer Untersuchung diese inkonsistenten Ergebnisse anhand dreier Hypothesen zu überprüfen. 155 männliche und weibliche Patienten, die an einem stationären Alkohol-Entzugsprogramm teilnahmen, wurden anhand der DES auf dissoziative

Symptome hin untersucht. Außerdem wurden die Schwere des Alkoholmissbrauchs und traumatische Erfahrungen mit dem Structured Trauma Interview (STI; Draijer 1989) und dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI; APA 1990) erhoben. Dabei fanden sich insgesamt relativ niedrige Raten dissoziativer Symptome: Der DES-Mittelwert betrug 11,4 und der Anteil Patienten mit einem DES-Score >30 betrug 6,5%. Die Hypothese, dass der fehlende Zusammenhang zwischen Dissoziativen Störungen und Traumata bei Suchtpatienten auf unzureichende Erhebung von Traumatisierungen bei Suchtpatienten zurückzuführen sei, konnten die Autoren widerlegen: Auch nach sorgfältiger Untersuchung fanden sich in der Stichprobe keine höheren Raten kindlicher Traumatisierung.

Die Ergebnisse waren jedoch zumindest teilweise mit der zweiten Hypothese zu vereinbaren, der zufolge der fehlende Zusammenhang in den Studien von Ross et al. und Dunn et al. darauf beruhe, dass Suchtpatienten aufgrund langjährigen Konsums Entzugssymptome mit dissoziativen Symptomen verwechselten: Bei den Patienten, die regelmäßig Medikamente konsumierten oder polyvalenten Drogenabusus betrieben, gab es einen positiven Zusammenhang mit höheren DES-Scores. Für Patienten mit langjährigem Alkohol-, Kokain-, Heroin-, Amphetamin- oder Marijuanaabusus konnte dieser Zusammenhang jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die gefundenen geringen Dissoziationswerte waren zudem auch mit der dritten Hypothese vereinbar, der zufolge Suchtpatienten Schwierigkeiten hätten, „psychologisch zu dissoziieren“ und daher auf die „chemische Dissoziation“ angewiesen seien. Niedrige DES-Werte ließen sich insbesondere für Männer nachweisen.

Der Beitrag von **Karadag et al. (2005)** zur Aufklärung der widersprüchlichen Prävalenzraten dissoziativer Störungen bei Suchtpatienten liegt darin, neben der DES und dem DDIS auch das Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)

zur Erhebung dissoziativer Belastung eingesetzt zu haben. In einer gemischten Population von 104 Drogen- und 111 Alkoholabhängigen wurde zunächst eine Vordiagnostik mittels DES vorgenommen. Die meisten der Patienten mit DES-Scores >30 (36,7%) und <10 (24,2%) konnten in einer zweiten Phase mit Hilfe des SCID-D einer exakteren Diagnostik zugeführt werden. Die Rate Dissoziativer Störungen lag bei 17,2%, wobei durchschnittlich mehr Frauen als Männer betroffen waren. In Übereinstimmung mit Dunn et al. (1995), aber anders als bei Wenzel et al. (1996) fanden sich unter den drogenabhängigen Patienten mehr mit zusätzlicher Dissoziativer Störung als unter den alkoholabhängigen. Anders als bei Ross et al. (1992) und Dunn et al. (1995), aber in Übereinstimmung mit Zlotnick et al. (1997) war die Rate von Opfern kindlichen Missbrauchs bei den Patienten mit Dissoziativen Störungen mit 86,5% höher als die bei Patienten ohne dissoziative Symptomatik (54,7%). Diese Studie von Karadag et al. ist zudem die erste, in welcher die Reihenfolge von Problemen mit Substanzabusus und Dissoziation erhoben wurde: 64,9% der Patienten mit Dissoziativer Störung hatten diese, bevor sie begannen, Substanzen zu konsumieren. Die 17,2% Dissoziativer Störungen bei Suchtpatienten liegen dieser Studie zufolge nur wenig höher als die Rate, die für allgemeinspsychiatrische Kollektive in der Türkei ermittelt worden waren (10,2%).

Die Studie von Karadag et al. (2005) wurde mit den gleichen Messinstrumenten und dem gleichen zweiphasigen Ablauf von Evren et al. (2007) repliziert. Von den 111 Alkoholabhängigen (darunter 5,4% Frauen), die auf einer stationären Suchtbehandlungseinheit therapiert wurden, hatten 30,6% DES-Scores >30 . Mit Hilfe des SCID-D konnte eine Quote von 9% Dissoziativer Störungen ermittelt werden. 90% dieser Patienten hatten diese Störung, bevor sie alkoholabhängig wurden. Im Vergleich zu allgemeinspsychiatrischen Populationen in der Türkei (10,2%) ist die Quote Dissoziativer Störungen bei Suchtpatienten dieser Studie zufolge also nicht erhöht.

1.5 Fragestellung

Die widersprüchlichen Ergebnisse der vorliegenden Studien verdeutlichen, dass trotz zunehmend verfeinerter Untersuchungsmethoden der Stellenwert von dissoziativen Symptomen bzw. Störungen bei (traumatisierten) Suchtpatienten bislang nicht zufrieden stellend belegt und erklärt werden konnten: Während Ross et al. (1992), Dunn et al. (1993; 1995), Wenzel (1996) und Zlotnick et al. (1997) jeweils relativ hohe Prävalenzraten dissoziativer Symptome bzw. Störungen bei Suchtpatienten ermittelten, konnten weder Hodgins et al. (1996) noch Wenzel et al. (1996), Karadag et al. (2005) oder Evren et al. (2007) in ihren Untersuchungen erhöhte Quoten feststellen. Langeland et al. (2002) fanden sogar geringere Raten als in der Allgemeinbevölkerung. Allerdings erschweren verschiedene Faktoren die Beurteilung dieser Ergebnisse. So wurden die meisten Studien bei inhomogenen Stichproben von Patienten mit unterschiedlichen substanzbezogenen Störungen durchgeführt, obgleich manche Studien für einen Einfluss dieser Variable sprechen (z.B. Dunn et al. 1995, Wenzel et al. 1996). Weiter beschränken sich die existierenden Untersuchungen fast ausschließlich auf Zusammenhänge mit sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung, obgleich andere Formen interpersonaler Traumatisierung, insbesondere emotionaler Misshandlung, inzwischen ein wichtiger Einfluss auf dissoziative Symptome zugemessen wird. Schließlich wurden weitere potenziell bedeutsame Variablen, wie die Chronizität der Suchterkrankung, nur von wenigen Studien einbezogen. Vor diesem Hintergrund bleiben die folgenden Fragen nach wie vor offen, so dass es wünschenswert scheint, sie einer weiteren Untersuchung zuzuführen:

1. Welche Prävalenzraten dissoziativer Symptome finden sich in einer homogenen Stichprobe alkoholabhängiger Patienten?
2. Finden sich Zusammenhänge zwischen frühen Traumatisierungen (insbesondere auch emotionale Misshandlung und

Vernachlässigung) und dissoziativen Symptomen auch bei dieser Patientengruppe?

3. Finden sich Zusammenhänge zwischen dem Verlauf der Alkoholabhängigkeit und der dissoziativen Symptomatik?

1.6. Hypothesen

Hypothese zu Fragestellung 1:

In einer homogenen Stichprobe alkoholabhängiger Patienten finden sich relativ niedrige Raten dissoziativer Symptome, die denen in der Allgemeinbevölkerung entsprechen.

Hypothese zu Fragestellung 2:

Wenn bestimmte Formen früher Traumatisierungen, wie emotionale Misshandlung, berücksichtigt werden, lassen sich Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen auch bei alkoholabhängigen Patienten finden.

Hypothese zu Fragestellung 3:

Dissoziative Symptome als Reaktion auf kindliche Traumatisierungen sind mit dem Verlauf der Abhängigkeitserkrankung, genauer: mit einem frühen Beginn der Sucht, assoziiert.

2. METHODEN

2.1 Forschungsdesign

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine klinische, hypothesenprüfende Querschnittsstudie. Sie ist Teil einer umfassenderen Studie zur Bedeutung von Traumatisierungen bei alkoholabhängigen Patienten.

Teilnehmer der Studie waren Patienten, die konsekutiv mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV auf der Entzugsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf aufgenommen worden sind. Vor der Datenerhebung musste die Entgiftung abgeschlossen sein, sodass zwischen dem Zeitpunkt der Aufnahme und der Datenerhebung jeweils mindestens 10 Tage lagen.

2.2 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche

Für die vorliegende Untersuchung waren die folgenden vier Merkmalsbereiche von Bedeutung:

1. Allgemeine Angaben (2.3.1)
 - * Soziodemographische Daten (2.3.1.1)
 - * Körperlicher Zustand (2.3.1.2)
 - * Psychischer Status (2.3.1.3)

2. Psychopathologie (2.3.2)
 - * Dissoziative Symptome (2.3.2.1)
 - * Suizidalität (2.3.2.2)

3. Traumatische Erfahrungen (2.3.3)

- | | |
|--|-----------|
| 4. Verlauf der Abhängigkeit | (2.3.4) |
| * Schwere und Chronizität des Alkoholkonsums | (2.3.4.1) |
| * Beginn alkoholbezogener Probleme | (2.3.4.2) |

2.3 Operationalisierungen

2.3.1 Allgemeine Angaben

2.3.1.1 Soziodemographische Daten

Der **Addiction Severity Index (ASI)** ist ein semistrukturiertes klinisches Interview zur Erfassung substanzbezogener Probleme. Neben unmittelbar mit dem Substanzkonsum in Zusammenhang stehenden Aspekten erfasst er fünf weitere Problembereiche, die dem Untersucher ein differenziertes Verständnis der Lebenssituation des Suchtkranken ermöglichen sollen: Körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, rechtliche Situation, psychischer Status sowie Familie und Sozialbeziehungen. Mithilfe dieser Kategorien sollen das Ausmaß bestehender Probleme und der eventuelle Handlungsbedarf eingeschätzt werden.

Die europäische Version dieses Interviews (EuropASI) geht auf die 1980 in den USA eingeführte Vorlage des ASI zurück. Sie wurde auf Basis der 5. Auflage des ASI (McLellan 1992) von Kokkevi et al. (1993) für Europa adaptiert. Seit 1994 liegt der EuropASI auch als deutsche Version vor (Gsellhofer et al. 1994). In klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass die deutsche Version des EuropASI gute psychometrische Eigenschaften besitzt und gut als Instrument zur Verlaufskontrolle geeignet ist (Scheurich et al. 2000; Schmidt et al. 2007).

Die sieben oben genannten Problembereiche werden im EuropASI in 150 Items abgefragt. Zu jedem Themenfeld werden zunächst eine Anzahl

objektiver Daten erfragt, beispielsweise, ob der Patient eine gültige Fahrerlaubnis besitzt. Im Anschluss daran wird der Patient um eine Selbsteinschätzung gebeten, die z.B. seinen Leidensdruck oder seinen Wunsch nach Behandlung betrifft und auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 4 (extrem) quantifiziert wird. In jedem der sieben Bereiche können die so erhobenen Daten vom Interviewer in Hinblick auf den Schweregrad potentieller Probleme und die Zuverlässigkeit der vom Patienten getroffenen Aussagen eingeschätzt werden, wobei der Schweregrad anhand einer Skala von 0 (keine Behandlung nötig) bis 9 (Behandlung nötig) quantifiziert wird. Die so ermittelten Daten werden zu sogenannten „Composite Scores“ addiert, gewichteten Indices, welche eine übersichtliche Darstellung der Belastung und Behandlungsbedürftigkeit des Patienten in jedem der sieben Problembereiche ermöglichen. In die Berechnung der Composite Scores fließen jedoch nur jene Items ein, die sich auf die vergangenen 30 Tage im Leben des Patienten beziehen. So wird zum einen gewährleistet, dass die Scores die aktuelle Situation erfassen, zum anderen erlauben sie im Rahmen von Prä- und Postbefragungen eine Einschätzung der Behandlungseffektivität.

Die Composite Scores können Zahlenwerte von 0-0,44 (Probleme geringen Ausmaßes) über 0,45-0,74 (Probleme mäßigen Ausmaßes) bis hin zu 0,75-1,00 (Probleme schweren Ausmaßes) annehmen.

Soziodemographische Daten werden mit dem EuropASI in den Themenfeldern „Allgemeine Angaben“, „Arbeits- und Unterhaltssituation“ sowie „Familie und Sozialbeziehung“ erfasst. Im Bereich „Allgemeine Angaben“ werden Alter, Staatsangehörigkeit, die Größe des Wohnorts und die Zeit erfasst, seit der sich der Patient an diesem Ort aufhält. Außerdem wird danach gefragt, ob der Patient sich innerhalb der letzten 30 Tage in institutioneller Umgebung aufgehalten hat. Unter „Arbeits- und Berufssituation“ wird nach Bildungsgrad, Berufsausbildung, aktueller Arbeitssituation und Schulden des Patienten gefragt sowie danach, wie viele Menschen vom Einkommen des Patienten abhängig sind. Im Bereich

„Familie und Sozialbeziehung“ wird nach dem Familienstand gefragt, nach der Wohnsituation, verlässlichen Personen in der Umgebung des Patienten, nach Bezugspersonen, dem Verhältnis zu Angehörigen und Freunden, nach Missbrauchserfahrungen mit Bezugspersonen und nach Freizeitaktivitäten.

2.3.1.2 Körperlicher Zustand

Der EuropASI erfasst unter der Rubrik „Körperlicher Zustand“ Krankenhaus- und Arztbesuche, regelmäßige Medikamenteneinnahmen sowie aktuelle gesundheitliche Probleme im Allgemeinen. Im Besonderen fragt der EuropASI zudem nach HIV- und Hepatitis-Infektion beim Patienten.

2.3.1.3 Psychischer Status

Neben der Suchterkrankung werden weitere psychiatrische Probleme wie Depressionen, Angststörungen und Halluzinationen im EuropASI unter „Psychischer Status“ erfasst.

2.3.2 Psychopathologie

2.3.2.1 Dissoziative Symptome

Dissoziative Symptome wurden mit der deutschen adaptierten Version der Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein und Putnam 1986), dem „Fragebogen zu dissoziativen Symptomen“ (FDS; Freyberger et al. 1999), erhoben. Um eine bessere Vergleichbarkeit zu den international publizierten Befunden herzustellen, wurden der vorliegenden Auswertung jedoch die Originalitems der DES und deren Summen- bzw. Subskalenscores zugrunde

gelegt. Unter den Selbstbeurteilungsverfahren für Erwachsene ist die DES das international am häufigsten eingesetzte Instrument. Die amerikanische Originalversion orientiert sich am DSM und fragt in 28 Items nach dissoziativen Symptomen in den Bereichen Gedächtnis, Bewusstsein und Identität. Um pathologische und nichtpathologische Dissoziation zu differenzieren (s. Abschnitt 1.4.2.2) wurde zusätzlich der 8 Items (Items 3,5,7,8,12,13, 22 and 27) umfassende DES-Taxon Score eingeführt (Waller et al 1997). Reliabilität und Validität der amerikanischen Version der DES wurden vielfach und mit guten Ergebnissen untersucht (Übersicht bei Carlson und Putnam 1993; van Ijzendoorn u. Schuengel 1996). Reliabilität und Validität der FDS, die 16 weitere Items zu Konversionssymptomen beinhaltet, wurden umfassend überprüft und ergaben ähnlich gute Kennwerte wie die DES (Spitzer et al. 1998).

In der Einleitung des Fragebogens wird der Patient ausdrücklich gebeten, nur von solchen Ereignissen zu berichten, bei denen er nicht unter dem Einfluss psychotroper Substanzen stand. Die Fragen sind so formuliert, dass die jeweiligen Phänomene als allgemein mögliche Erfahrungen dargestellt werden, z.B. „Einige Menschen erleben gelegentlich...“.

Die Antwortskala gliedert sich in 10%-Schritte und reicht von 0% (nie) bis 100% (immer); höchstens zwei Items dürfen unbeantwortet bleiben. In der Auswertung werden die Prozentangaben der jeweiligen Items addiert; der Summenwert wird durch die Zahl der beantworteten Items geteilt, so dass sich ein Mittelwert ergibt. Dieser erlaubt als allgemeines Dissoziationsmaß eine Einschätzung über die Schwere der dissoziativen Symptome eines Patienten.

2.3.2.2 Suizidalität

Nach Selbstmordgedanken und –versuchen in den letzten 30 Tagen sowie insgesamt wird im EuropASI im Bereich „Psychischer Status“ gefragt (vgl. 2.3.1).

2.3.4 Traumatische Erfahrungen

Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die spätere Entwicklung dissoziativer Symptome wurde ein Schwerpunkt auf traumatische Erfahrungen im Kindesalter gelegt, die anhand der **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)** von Bernstein und Fink (1998) erhoben wurden. Dieser Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das ab dem Alter von 12 Jahren eingesetzt werden kann. Der Fragebogen erfasst retrospektiv Ereignisse kindlicher Misshandlung und Vernachlässigung.

Die hier verwendete Fassung des CTQ stellt eine Kurzfassung dar, die auf Basis der mit 70 Items relativ langen amerikanischen Originalversion mittels explorativer Faktorenanalysen entwickelt worden ist. Sowohl die Lang- als auch die Kurzfassung wiesen in testatischen Überprüfungen eine hohe innere Konsistenz (Cronbach's α zwischen 0.79 und 0.94 für die einzelnen Subskalen) und gute Ergebnisse hinsichtlich Validität und Retest-Reliabilität in klinischen Populationen (Bernstein et al. 1994 und 1997) und der Allgemeinbevölkerung auf (Scher et al. 2001).

Im Bereich Missbrauch umfasst der CTQ drei Subskalen für emotionalen, sexuellen und physischen Missbrauch mit jeweils fünf Items. Der Bereich Vernachlässigung gliedert sich in die Subskalen emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung mit ebenfalls jeweils fünf Items. Eine weitere Skala mit drei Items misst die Tendenz, Missbrauchserfahrungen in der Kindheit zu bagatellisieren oder zu

verleugnen (z.B. „Als ich aufwuchs, gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.“). Mit sieben weiteren Fragen wird der Proband um Auskunft gebeten, in welchem Alter er bestimmte traumatische Erfahrungen gemacht hat (z.B. „Falls man gut für Sie gesorgt und Sie so unterstützt hat, wie Sie es sich wünschten, wann war das?“). Für jedes Item hat der Befragte die Möglichkeit, auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr häufig“) zu antworten. Somit ergeben sich für jede der fünf Subskalen Summenwerte von 5 (kein Missbrauch / Vernachlässigung) bis 25 (schwerwiegende Missbrauchs- bzw. Vernachlässigungserfahrungen). Für jede der fünf Formen traumatischer Erfahrungen liegen Cut-off-Werte vor, um die Schwere der Traumatisierung einzuschätzen („keine oder minimal“, „niedrig bis mäßig“, „mäßig bis schwer“, „schwer bis extrem“), die auch in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz kamen (Bernstein & Fink 1998).

2.3.5 Verlauf der Abhängigkeit

2.3.5.1 Schwere und Chronizität des Alkoholkonsums

Die Schwere und Dauer des Alkoholkonsums der Patienten wurden mit der unter 2.3.1 eingeführten deutschen Version des EuropASI erfasst (Gsellhofer et al. 1994). Der Schweregrad wird mittels einer 10-Punkte-Skala erfasst, wobei 0 bedeutet, dass keine Behandlungsbedürftigkeit besteht, während bei 9 aufgrund der lebensbedrohlichen Situation des Patienten eine Behandlung erforderlich ist.

Die Chronizität wurde auf Grundlage der Patientenangaben über die Dauer ihres Konsums geschätzt, wobei als Alkoholkonsum der Gebrauch an mindestens drei Tagen der Woche oder als Binge-Trinken an mindestens zwei aufeinander folgenden Tagen pro Woche definiert war.

2.3.5.2 Beginn alkoholbezogener Probleme

Wie oben dargestellt, liegt ein Schwerpunkt des EuropASI auf der Erfassung der aktuellen Lebens- und Konsumsituation des Patienten. Da die vorliegende Arbeit jedoch im Rahmen der Traumaanamnese die gesamte Lebensspanne der Befragten in den Blick nimmt, muss neben dem EuropASI ein zusätzliches Instrument zum Einsatz kommen, mit welchem der Substanzkonsum im Verlauf des Lebens erfasst werden kann. Dies wird geleistet mit dem „Fragebogen zum Verlauf von alkoholbezogenen Problemen“ von Driessen et al. (2006).

Der Fragebogen ist ein Selbstauskunftsinstrument, in dem der Patient in 16 Items nach dem Alter gefragt wird, in dem er zum ersten Mal jedes der einzelnen die Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV definierenden Kriterien erlebt hat. Abgefragt wird das Alter beim ersten Alkoholkonsum, beim Beginn regelmäßigen Konsums, bei ersten Symptomen der Toleranz und ersten Entzugserscheinungen, das Alter in dem der Patient bemerkte, dass sich sein Konsum auf die Aktivitäten, die Lebenssituation und soziale Beziehungen auswirkte sowie der Zeitpunkt, zu dem der Patient sich seiner Alkoholprobleme erstmals bewusst wurde und sich deswegen in eine Behandlung begeben hat.

2.4 Stichprobenansatz

In die vorliegende Untersuchung wurden konsekutiv zwischen Juli 2004 und Mai 2005 auf der Entzugsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE) aufgenommene Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Dabei erfolgte die Rekrutierung so lange, bis N=100 Personen untersucht werden konnten.

Einschlusskriterien

- Alkoholabhängigkeit nach den Kriterien des DSM-IV
- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache

Ausschlusskriterien

- Das Vorliegen einer weiteren Suchtstörung
- Das Vorliegen psychotischer Syndrome
- Schwere kognitive Beeinträchtigung

2.5 Vorgehen bei der Datenerhebung

Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war die abgeschlossene körperliche Entgiftung und Stabilisierung der Patienten auf der Entzugsstation, so dass die Befragung frühestens zehn Tage nach der stationären Aufnahme erfolgte. Alle Teilnehmer der Studie nahmen freiwillig an der Befragung teil. Sie erhielten für die Teilnahme keine finanziellen Gratifikationen. Der erste Kontakt mit den Patienten erfolgte in Rücksprache mit dem betreuenden Arzt und dem Behandlungsteam. Er diente dazu, die Patienten ausführlich über die Ziele und den Ablauf der Studie zu informieren und ggf. einen individuellen Termin für die Befragung zu vereinbaren.

Zu Beginn der Befragung erhielten die Patienten Gelegenheit, ausstehende Fragen zu klären; anschließend wurden sie um die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung gebeten. Die Reihenfolge der Instrumente wurde so gewählt, dass zunächst die klinischen Interviews und der Fragebogen zu dissoziativen Symptomen vorgegeben wurden. Erst danach erfolgte die Erfassung traumatischer Erfahrungen. Beim Ausfüllen der Selbstbeurteilungsinstrumente stand ein Untersucher zur Beantwortung eventueller Fragen zur Verfügung und etwa nach der Hälfte der

Untersuchungszeit wurde den Patienten eine Pause angeboten. Im Anschluss an die Befragung erhielten die Patienten nochmals Gelegenheit, Fragen zu stellen. Zudem wurde sorgfältig auf etwaige negative Reaktionen der Teilnehmer geachtet, Betroffenen erhielten das Angebot, mit dem Untersucher oder mit dem Personal des Betreuungsteams ein Folgegespräch zu führen. In diesen Fällen wurde mit dem Einverständnis des Patienten eine entsprechende Rückmeldung an das Behandlungsteam gemacht. Die Untersuchung nahm pro Patient durchschnittlich zwei Stunden in Anspruch.

2.6 Analyseverfahren

Zusammenhänge zwischen Alkoholabhängigkeit und traumatischen Erlebnissen in der Kindheit wurden mit Spearman's Korrelationskoeffizienten (zweiseitige Wahrscheinlichkeiten) berechnet. Um Variablen zu identifizieren, die signifikant mit den DES-Durchschnittswerten assoziiert waren, wurden univariate Regressionsanalysen verwendet. Die nicht-normal verteilten DES(-T)-Scores wurden mittels Quadratwurzeltransformation korrigiert. Die DES(-T)-Mittelwerte sowie die CTQ-Gesamt- und Subskalenscores als Prädiktorvariablen wurden zunächst unter Verwendung hierarchischer Regressionsanalysen zum Alter bei Beginn des Alkoholkonsums sowie zum Alter bei Beginn der Abhängigkeit in Bezug gesetzt. Begonnen wurde mit der Variable, die jeweils am stärksten mit den DES- und DES-T-Mittelwerten assoziiert war. Das Alter der Patienten und die Schwere der Alkoholabhängigkeit wurden als wichtigste a-priori-Störvariablen hinzugefügt. Im nächsten Schritt wurden nach und nach soziodemographische und klinische Variablen in die Regressionsgleichung eingefügt, wobei wiederum mit der Variable begonnen wurde, die am stärksten mit dem Ausmaß der Dissoziation zusammenhing. Für alle multivariaten Analysen wurden die Prädiktorvariablen auf Multikollinearität überprüft, um Toleranzen und Varianzinflationsfaktoren (VIF) zu

untersuchen. Als signifikant wurden den statistischen Konventionen folgend Ergebnisse dann anerkannt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit gleich oder unter 5% lag. P-Werte zwischen 0,05 und 0,1 wurden maximal als Trend gewertet.

Für alle Datenanalysen wurde das „Statistical Package for Social Sciences“ (SPSS) 12.0 für Windows verwendet.

3. ERGEBNISSE

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Im Folgenden werden nach einem einleitenden Abschnitt zur Teilnehmerquote zunächst die soziodemographischen Daten der Stichprobe wiedergegeben. Daran anschließend erfolgt die deskriptive Beschreibung von psychopathologischen Befunden, die mit den oben erwähnten Messinstrumenten ermittelt worden sind, wobei die Ergebnisse männlicher und weiblicher Studienteilnehmer getrennt dargestellt werden. Im Kapitel 3.3 werden die für die Fragestellungen dieser Arbeit relevanten Ergebnisse der statistischen Analysen berichtet. Abschließend wird die Validität und innere Konsistenz der DES bei der untersuchten Stichprobe dargestellt.

3.2 Merkmale der Stichprobe

3.2.1 Stichprobengröße und Teilnehmerquote

Die für die Studie vorgesehene Teilnehmerzahl von N=100 konnte im Verlauf von neun Monaten (Juli 2005 bis Mai 2006) erreicht werden.. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum N=351 Patienten aufgenommen, einschließlich mehrfacher Aufnahmen derselben Patienten. Von diesen N=351 Patienten erfüllten N=143 die Einschlusskriterien für die Studie. Von den 43 Patienten, die nicht teilnahmen, lehnten N=25 die Teilnahme ab, 11 brachen die Therapie vorzeitig ab, und 7 konnten aufgrund von Terminproblemen nicht befragt werden, so dass insgesamt 70% der ursprünglichen Stichprobe an der Befragung teilnahmen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Teilnehmerquote

	<i>N</i>	%
Einschlusskriterien erfüllt	143	100
Teilnahme abgelehnt	25	18
Therapie abgebrochen	11	8
Terminprobleme	7	5
Studienteilnehmer	100	70

In Hinblick auf das Alter der Patienten und das Verhältnis Männer zu Frauen unterschied sich die Drop-Out-Gruppe nicht signifikant von der Teilnehmer-Gruppe ($F [1, 140] = 0.812, p > .05$) bzw. ($X^2 [1] = 0.15, p > .05$). Auch in Bezug auf das Alter, in dem die Patienten begannen, exzessiv Alkohol zu konsumieren ($U = 1862, p > .05$), die Anzahl der Jahre exzessiven Konsums ($U = 1472.5, p > .05$) und die Zahl der Behandlungen und Therapien aufgrund der Alkoholabhängigkeit ($U = 1895, p > .05$) unterschieden sich die beiden Gruppen nicht.

3.2.2 Allgemeine Angaben

3.2.2.1 Soziodemographische Daten

Von den 100 Studienteilnehmern waren $N=32$ Frauen und $N=68$ Männer. Das Durchschnittsalter lag bei 43,8 Jahren ($SD=9,6$; Range 21-63), wobei die Frauen mit 45,2 Jahren ($SD=9,9$; Range 21-62) im Mittel etwas älter waren als die Männer mit 43,1 Jahren ($SD=9,5$; Range 21-63).

Jeweils 94% der Frauen und Männer hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. 16% der Frauen und 22% der Männer waren verheiratet; insgesamt lebten 38% der Befragten in einer festen Partnerschaft. Die übrigen waren ledig, leben getrennt oder sind geschieden. Jeweils 47% der Frauen und Männer wohnen allein, die übrigen mit Partner, Familienangehörigen oder Freunden zusammen. Tabelle 2 fasst die allgemeinen soziodemographischen Daten zusammen.

Tabelle 2: Staatsangehörigkeit, Familienstand und Wohnsituation

		Frauen %	Männer %	Gesamt %
Staatsangehörigkeit	Deutsch	93,8	94,1	94
	Andere	6,2	5,9	6
Familienstand	Verheiratet	15,6	22,1	20
	Verwitwet	6,2	0	2
	Getrennt lebend	6,2	5,9	6
	Geschieden	34,4	16,2	22
	Ledig	37,5	55,9	50
Wohnsituation: lebt mit	Partner und Kindern	3,1	10,3	8
	Partner allein	21,9	23,5	23
	Kindern allein	3,1	0	1
	Eltern	0	2,9	2
	Angehörigen	12,4	5,9	8
	Freunden	9,4	4,4	6
	Alleine	50	45,6	47
	Keine feste Wohnsituation	0	7,4	5

Anmerkung: N=100

Was den Bildungsstand der Studienteilnehmer betrifft, so haben die weiblichen Studienteilnehmer im Durchschnitt 10,4 Jahre (SD=1,50 ; Range=8-13) die Schule besucht, die Männer im Mittel 9,9 Jahre (SD=1,49 ; Range=6-13). Von den Befragten hatten 94% einen Schulabschluss, 19% davon das Abitur. Über einen Fach- oder Hochschulabschluss verfügten zudem 12%, 6% hatten gar keinen Schulabschluss.

Den höchsten Schulabschluss, den die Teilnehmer erreicht haben, zeigt Tabelle 3.

Tabelle 3: Höchster Schulabschluss

	Frauen	Männer	Gesamt
--	--------	--------	--------

		N	%	N	%	%
Höchster	Hauptschule	5	15,6	28	41,2	33
Schulabschluss	Mittlere Reife	14	43,7	16	23,5	30
	Abitur	8	25	11	16,2	19
	Fachakademie	2	6,3	4	5,9	6
	Hochschule	2	6,3	4	5,9	6
	Keiner	1	3,1	5	7,4	6

Eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten 77% der Befragten, 58% sind in den vergangenen drei Jahren einer Beschäftigung oder Ausbildung nachgegangen bzw. waren berentet, 41% waren arbeitslos. Diese Zahlen entsprechen in etwa denen für die Beschäftigungssituation innerhalb der letzten 30 Tage. Alleinversorger waren 77% der Patienten, die übrigen waren mit ihrem Einkommen für die Versorgung von durchschnittlich 1,7 Personen verantwortlich. Verschuldet waren 61%. Tabelle 4 veranschaulicht diese Daten noch einmal nach Geschlecht differenziert.

Tabelle 4: Berufliche Situation

		Frauen	Männer	Gesamt
		%	%	%
Abgeschlossene Berufsausbildung	Ja	31,3	75	77
	Nein	18,8	23,5	22
Erwerbstätigkeit letzte 3 Jahre	Ganztags	34,4	45,6	42
	Teilzeit regelmäßig	9,4	5,9	7
	Teilzeit unregelmäßig	0	1,5	1
	Schüler/Student/Azubi	9,4	1,5	4
	Rentner	12,4	0	4
	arbeitslos	31,3	45,6	41
	geschlossene Einrichtung	3,1	0	1
Versorgt andere Personen mit	Ja	15,6	26,5	23
	Nein	84,4	73,5	77
Schulden	Ja	50	66,2	61

Nein 50 33,8 39

Anmerkung: N=100; „Abgeschlossene Berufsausbildung“ N=99

Tabelle 5 zeigt, aus welcher Haupteinnahmequelle die Befragten ihren Lebensunterhalt bestreiten. Insgesamt waren 40% der Befragten erwerbstätig, 39% bezogen Arbeitslosengeld („ALG II“).

Tabelle 5: Haupteinnahmequelle

	Frauen		Männer		Gesamt
	N	%	N	%	%
Erwerbstätig	14	43,8	26	38,2	40
ALG I	1	3,1	2	2,9	3
ALG II	8	25	31	45,6	39
Rente	5	15,6	2	2,9	7
Unterstützung durch Freunde etc.	2	6,3	1	1,5	3
Illegale Einkünfte	0	0	1	1,5	1
Andere	2	6,3	5	4,4	7

Anmerkung: N=100

3.2.2.2 Körperlicher Zustand

Knapp die Hälfte der Befragten (48%) gaben an, unter einer chronischen körperlichen Krankheit zu leiden, ein Drittel von ihnen nahmen deswegen regelmäßig Medikamente ein. Drei Patienten hatten eine Hepatitis, zwei waren HIV-positiv. 5 Patienten bezogen aufgrund körperlicher Probleme eine Rente. Tabelle 6 zeigt die Angaben zum körperlichen Zustand der Befragten noch einmal im Detail.

Tabelle 6: Körperlicher Zustand

	Frauen	Männer	Gesamt
--	--------	--------	--------

		N	%	N	%	%
Chronische Erkrankungen	Ja	17	53,1	31	45,6	48
	Nein	15	46,9	37	54,4	52
Hepatitis (A,B,C)	Ja	2	6,3	1	1,5	3
	Nein	30	93,8	65	95,6	95
	Weiß nicht	0	0	2	2,9	2
HIV-positiv	Ja	1	3,1	1	1,5	2
	Nein	20	62,5	38	55,9	58
	Weiß nicht	11	34,4	29	42,6	40
Regelmäßige Medikation	Ja	14	43,8	19	27,9	33
	Nein	18	56,3	49	72,1	67
Rente wegen körperlicher Probleme	Ja	3	9,4	2	2,9	5
	Nein	29	90,6	66	97,1	95

3.2.2.3 Psychischer Status

Knapp ein Viertel der Patienten (24%) haben sich aufgrund einer psychischen Erkrankung bereits in stationärer Behandlung befunden, mehr als ein Drittel (38%) auch in ambulanter Therapie. Eine Person bezog aufgrund psychischer Probleme eine Rente. 19% der Befragten haben schon einmal Psychopharmaka verschrieben bekommen.

Insgesamt hohe Quoten fanden sich in der Subskala Depression: 43% hatten jemals eine Depression, 55% in den letzten 30 Tagen vor der Behandlung, wobei die Frauen deutlich stärker betroffen waren. Auch Angst- und Spannungszustände waren ein häufiges Problem: rund ein Drittel der Patienten waren davon betroffen. Tabelle 7 illustriert diese Daten sowie einige weitere Items zur Psychopathologie.

Tabelle 7: Psychischer Status

	Frauen	Männer	Gesamt
--	--------	--------	--------

	N	%	N	%	%
Stationäre Behandlung wegen psychischer Probleme	13	40,6	11	16,2	24
Ambulante Behandlung	21	65,6	17	25	38
Rente wegen psychischer Probleme	1	3,1	0	0	1
Psychopharmaka-Verschreibung	9	28,1	10	14,7	19
Depression insgesamt	14	43,8	29	42,6	43
Angst- und Spannungszustände	16	50	18	26,5	34
Verständnis-/Gedächtnis-/Konzentrationsprobleme	7	21,9	10	14,7	17
Halluzinationen	1	3,1	1	1,5	2
Probleme, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	1	3,1	6	8,8	7

3.2.3 Psychopathologie

3.2.3.1 Dissoziative Symptomatik

Die DES-Gesamtscores in der vorliegenden Stichprobe waren insgesamt eher niedrig. Den üblicher Weise gewählten Cut-Off-Wert für die Identifikation dissoziativer Störungen (DES-Gesamtscore >30), überschritten nur 3% der Patienten. Auch höhere Scores zwischen 26 und 30 fanden sich nur bei 3% der Befragten.

Wie Tabelle 8 zeigt, war bei einem Mittelwert von 4,1 (SD=5,8) auch das Ausmaß pathologischer Dissoziation, gemessen mit der DES-T, gering. Die niedrigen Mittelwerte in den einzelnen Subskalen Amnesie, Depersonalisation und Absorption unterstreichen diesen Befund: Der DES-Mittelwert für Amnesie betrug 5,2 (SD=7,0), für Depersonalisation 4,5 (SD=6,8). Mit 13,1 (SD=10,9) ist der DES-Score für Absorption noch am höchsten. Die Frauen hatten jeweils etwas höhere Durchschnittsscores als die Männer.

Tabelle 8: Übersicht Dissoziative Symptomatik

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Subskala Absorption	14,4	10,0	12,5	11,3	13,1	10,9
Subskala Amnesie	5,6	6,3	5,1	7,4	5,2	7,0
Subskala Depersonalisation	6,6	8,0	3,5	6,0	4,5	6,8
DES-Gesamtscore	10,1	7,7	8,5	8,1	9,0	8,0
DES-T-Gesamtscore	5,2	5,3	3,5	6,0	4,1	5,8

Anmerkungen: N=100; „Subskala Absorption“: N=99; „DES-Gesamtscore“: N=99; „DES-T-Gesamtscore“: N=99

3.2.3.2 Suizidalität

22% der Patienten gaben an, schon ernsthafte Suizidgedanken gehabt zu haben, knapp die Hälfte der Befragten litt innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung unter Suizidgedanken. 2% gaben an, bereits einen Selbstmordversuch unternommen zu haben, 20% hatten in den 30 Tagen vor der Befragung versucht, sich das Leben zu nehmen. 7% hatten bereits mehrere Selbstmordversuche hinter sich.

3.2.4 Traumatische Erfahrungen

Im CTQ zeigten sich substanzielle Missbrauchsquoten. Der Gesamtscore betrug im Mittel 51,6 (SD=14,9; Range=32-106). Insbesondere in den Bereichen emotionaler Missbrauch und emotionale Vernachlässigung fanden sich hohe Werte, so betrug die Subskala für emotionalen Missbrauch 9,7 (SD=5,2 ; Range=5-24) und für emotionale Vernachlässigung durchschnittlich 12,2 (SD=5,2 ; Range=5-25). Tabelle 9 stellt die CTQ-Mittelwerte für die Subskalen, differenziert nach Geschlecht, dar.

Tabelle 9: CTQ-Mittelwerte in den Subskalen

	Frauen		Männer		Gesamt	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Emotionale Vernachlässigung	12,87	5,34	11,9	5,08	12,2	5,15
Emotionaler Missbrauch	11,53	5,67	8,87	4,8	9,68	5,2
Physische Vernachlässigung	8,88	4,63	7,4	3,03	7,87	3,66
Physischer Missbrauch	8,23	5,25	7,15	3,97	7,49	4,42
Sexueller Missbrauch	9,03	6,21	5,48	2,11	6,58	4,18

Anmerkungen: *N*=100; „Emotionale Vernachlässigung“ *N*=98; „Emotionaler Missbrauch“ *N*=98; „Physischer Missbrauch“ *N*=98; „Sexueller Missbrauch“ *N*=97.

Noch aussagekräftiger werden diese Befunde unter Beachtung der Cut-Off-Scores. Wie Tabelle 10 zeigt, gaben bei den Frauen 28% an, „schweren oder extremen emotionalen Missbrauch“ erlitten zu haben. Ein Viertel der weiblichen Patienten gab an, „mäßig oder schwer“ emotional vernachlässigt worden zu sein, knapp ein Fünftel sogar „schwer oder extrem“. Auch die Quote für sexuellen Missbrauch war unter den Frauen mit 28% hoch.

Tabelle 10: Cut-Off-Scores für Missbrauch und Vernachlässigung bei den weiblichen Patienten

	Nicht oder minimal	Gering oder mäßig	Mäßig oder schwer	Schwer oder extrem
	%	%	%	%
Emotionale Vernachlässigung	25	28,1	25	18,8
Emotionaler Missbrauch	40,6	12,5	12,5	28,1
Physische Vernachlässigung	50	15,6	15,6	18,8
Physischer Missbrauch	65,6	9,4	3,1	18,8
Sexueller Missbrauch	56,3	3,1	6,3	28,1

Anmerkungen: *N*=32; „Emotionale Vernachlässigung“ *N*=31; „Emotionaler Missbrauch“ *N*=30; Physischer Missbrauch *N*=31; „Sexueller Missbrauch“ *N*=30.

Bei den Männern sind die Scores insgesamt niedriger, aber auch hier sind 15% „schwer oder extrem“ und 37% immerhin „gering oder mäßig“ emotional vernachlässigt worden. Ein Fünftel der Männer ist „gering oder mäßig“ emotional missbraucht worden (Tabelle 11).

Tabelle 11: Cut-Off-Scores für Missbrauch und Vernachlässigung bei den männlichen Patienten

	Nicht oder minimal %	Gering oder mäßig %	Mäßig oder schwer %	Schwer oder extrem %
Emotionale Vernachlässigung	35,3	36,8	11,8	14,7
Emotionaler Missbrauch	61,8	20,6	7,4	10,3
Physische Vernachlässigung	69,1	10,3	11,8	8,8
Physischer Missbrauch	75	7,4	5,9	10,3
Sexueller Missbrauch	88,2	4,4	4,4	1,5

Anmerkungen: N=68; „Emotionale Vernachlässigung“ N=67; Physischer Missbrauch N=67; „Sexueller Missbrauch“ N=67.

3.2.5 Verlauf der Abhängigkeit

3.2.5.1 Schwere und Chronizität des Alkoholkonsums

Im Mittel haben die Patienten 20 Jahre Alkohol getrunken (SD=9,5; Range=2-49), davon 11,5 Jahre übermäßig, d.h. an mehr als drei Tagen in der Woche bzw. an zwei aufeinander folgenden Tagen pro Woche Binge-Trinken (SD=8,2; Range=0-38). Das Durchschnittsalter beim ersten Gebrauch war 21 Jahre (SD=7,2; Range=13-52), beim ersten übermäßigen Gebrauch 29,6 Jahre (SD=10,1; Range=15-56). 15% hatten schon einmal ein alkoholbedingtes Delirium Tremens. Zwischen Männern und Frauen bestehen hinsichtlich der Dauer und Intensität des Alkoholkonsums keine signifikanten Unterschiede.

3.2.5.2 Beginn alkoholbezogener Probleme

Tabelle 12 fasst die Eckdaten zum Verlauf des Alkoholkonsums der Befragten zusammen. Bei ihrem ersten Kontakt mit Alkohol waren die Patienten durchschnittlich 14 Jahre alt (SD=2,7; Range=5-21), den ersten

übermäßigen Konsum hatten sie durchschnittlich im Alter von 16 Jahren (SD=4,1; Range=5-39). Regelmäßiger Konsum begann ca. mit 22,5 Jahren (SD=8,5; Range=13-53). Entzugssymptome bemerkten die Befragten im Schnitt im Alter von 35 Jahren (SD=10,4; Range=15-57). Vom ersten Konsum bis zur Diagnose Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV sind im Mittel 20 Jahre vergangen. Auch diese Befunde unterscheiden sich bei Männern und Frauen so geringfügig, dass auf eine separate Darstellung verzichtet werden kann.

Tabelle 12: Verlauf des Alkoholkonsums

Alter bei...	N	M	SD	Range
Erstem Kontakt mit Alkohol	99	14,27	2,65	5-21
Erstem Alkoholrausch	94	16,14	4,11	5-39
Beginn regelm. Konsums	99	22,52	8,52	13-53
Beginn starken Verlangens	91	29,25	9,95	14-56
Beginn, größere Mengen für Rausch zu benötigen	90	30,52	10,43	13-56
Geringere Wirkung bei gleicher Menge	84	32,07	9,8	15-58
Mehr / längerer Konsum als beabsichtigt	93	32,05	10,38	16-58
Wunsch, Konsum zu kontrollieren	91	33,91	10,42	17-59
Entzugssymptome	83	34,92	10,43	15-57
Versuch, durch Konsum Entzugssymptome zu lindern	80	35,05	10,56	15-57
Einschränkung von Interessen	87	35,18	10,9	15-60
Hoher Zeitaufwand zur Beschaffung von Alkohol	81	35,01	10,72	15-60
Konsum trotz Erkennen schädlicher Folgen	94	35,34	10,56	14-61
Bewusstsein über Alkoholproblem	99	34,72	9,57	18-56
Erste Behandlung / SHG wegen Alkohol	97	38,58	9,26	18-59
DSM-IV-Diagnose	47	33,83	10,2	16-59

3.3 Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen, Dissoziation und weiteren Parametern

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, die mit den unter 2.6 genannten Analyseverfahren ermittelt wurden. Im Abschnitt 3.3.1 sollen zunächst Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und Alkoholabusus dargestellt werden. In den folgenden Abschnitten werden dann jene Ergebnisse präsentiert, die eine Überprüfung der unter 1.6 beschriebenen Hypothesen erlauben.

3.3.1 Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und Symptomen der Alkoholabhängigkeit

Zwischen dem Alter der Patienten beim ersten Kontakt mit Alkohol und dem CTQ-Gesamtscore bestand ein signifikant negativer Zusammenhang ($\rho=-0.21$, $p=0.038$). Auch in Hinblick auf das Alter bei der ersten Alkoholvergiftung ist der negative Zusammenhang signifikant ($\rho=-0.26$, $p=0.014$). Dies legt nahe, dass jene Patienten, die frühkindliche Traumatisierungen erfahren haben, besonders früh begannen, Alkohol zu konsumieren. Am deutlichsten zeigt sich dieser Zusammenhang bei jenen Betroffenen, die körperlich missbraucht worden sind (erste Alkoholvergiftung: $\rho=-0.23$, $p=0.028$; regelmäßiger Konsum: $\rho=-0.21$, $p=0.042$; Toleranz: $\rho=-0.22$, $p=0.037$; Kontrollverlust: $\rho=-0.26$, $p=0.013$; Entzugserscheinungen: $\rho=-0.24$; $p=0.032$). Patienten mit hohen CTQ-Scores in diesen Subskalen waren demnach im Vergleich zu nicht körperlich missbrauchten Menschen jünger, als sie das erste Mal übermäßig Alkohol konsumierten bzw. mit den damit verbundenen Folgeproblemen konfrontiert waren. Ein weiterer (negativer) Zusammenhang zeigte sich zwischen der CTQ-Subskala für emotionalen Missbrauch und dem Alter, in dem zum ersten Mal ein erhöhtes Maß an Alkoholtoleranz festgestellt wurde ($\rho=-0.23$, $p=0.034$) sowie dem Alter, an dem die Patienten begannen, die Kontrolle

über ihren Konsum zu verlieren ($p=-0.24$, $p=0.023$). Zwischen der Chronizität des Alkoholabusus gemäß EuropASI und den einzelnen CTQ-Scores gab es hingegen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang.

3.3.2 Zusammenhänge zwischen Symptomen der Alkoholabhängigkeit, Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen

Als allgemeines Ergebnis der univariaten Regressionsanalyse zeigte sich, dass die jüngeren unter den Patienten ein signifikant höheres Maß an Dissoziation gemäß DES aufwiesen als die älteren ($B[95\%CI]=-0.33$ [-0.06 bis -0.01]; $\beta=-0.25$; $P=0.011$). Dies gilt auch für das Maß an pathologischer Dissoziation gemäß DES-T ($B[95\%CI]=-0.04$ [-0.06 bis -0.01]; $\beta=-0.25$; $P=0.014$). Zwischen dem Geschlecht und dem Ausmaß an Dissoziation gab es hingegen keine signifikanten Zusammenhänge. Die Schwere der Alkoholabhängigkeit gemäß EuropASI korrelierte signifikant mit dem Ausmaß an pathologischer Dissoziation gemessen anhand der DES-T ($B[95\% CI]=0.38$ [0.03 bis 0.74]; $\beta=0.21$; $P=0.033$). Die Dauer der Alkoholabhängigkeit gemäß EuropASI korrelierte hingegen weder mit dem DES-Mittelwert ($B[95\% CI]=0.02$ [-0.01 bis 0.05]; $\beta=0.11$; $P=0.28$) noch mit dem DES-T-Mittelwert ($B[95\% CI]=0.01$ [-0.02 bis 0.04]; $\beta=0.06$, $P=0.56$).

3.3.2.1 Zusammenhänge zwischen dem Alter bei Beginn alkoholbedingter Probleme und dissoziativen Symptomen

Es zeigte sich, dass ein jüngeres Alter zu Beginn der ersten Alkoholprobleme signifikant mit den DES- und DES-T-Mittelwerten korrelierte: Je jünger die Patienten beim ersten Kontakt mit Alkohol waren und je früher sie begannen, Alkohol regelmäßig zu konsumieren, desto höher waren die DES-Scores ($B[95\% CI]=-0.04$ [-0.07 bis -0.01] ; $\beta=-0.12$;

P=0.012) und DES-T-Scores (B[95% CI]=-0.02 [-0.05 bis 0.01] ; β =-0.11; P=.264 in der DES-T).

Ein signifikant negativer Zusammenhang zeigte sich auch zwischen den DES-Scores und dem Alter bei Beginn von Symptomen der Toleranz infolge anhaltenden Alkoholkonsums im DES (B[95% CI]=-0.04 [-0.06 bis -0.01]; β =-0.32; P=0.003) und im DES-T (B[95% CI]=-0.04 [-0.07 bis -0.01]; β =-0.31; P=0.004). In Übereinstimmung mit diesen Befunden waren die Patienten mit höheren DES- und DES-T-Mittelwerten auch jünger, als sie die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum zu verlieren begannen: DES (B[95% CI]=-0.05 [-0.07 bis -0.02]; β =-0.39; P=<0.001); DES-T (B[95% CI]=-0.05 [-0.07 bis -0.02]; β =-0.33; P=0.001) und zum ersten Mal Entzugserscheinungen hatten: DES (B[95% CI]=-0.05 [-0.07 bis -0.02]; β =-0.38; P=<0.001); DES-T (B[95% CI]=-0.05 [-0.08 bis -0.02]; β =-0.35; P=0.001).

3.3.2.2 Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß dissoziativer Symptome und Traumatisierungen

Während sich zwischen dem CTQ-Gesamtscore und dem DES-Gesamtscore keine signifikanten Zusammenhänge feststellen ließen (B[95% CI]=0.01 [-0.003 bis 0.03]; β =0.17; P=0.101), zeigte sich eine signifikant positive Korrelation zwischen dem CTQ-Gesamtscore und der DES-T-Gesamtskala (B[95% CI]=0.02 [0.01 bis 0.04]; β =0.26; P=0.013), d.h. je schwerer die Patienten von kindlicher Traumatisierung betroffen waren, desto höher war bei ihnen das Ausmaß an pathologischer Dissoziation. Besonders deutlich zeigte sich dieser Zusammenhang im Falle emotionalen Missbrauchs. Hier korrelierten die Scores der CTQ-Subskala für emotionalen Missbrauch sowohl mit den DES-Mittelwerten signifikant (B[95% CI]=0.053 [0.005 bis 0.010]; β =0.22; P=0.031) als auch mit den DES-T-Mittelwerten (B[95% CI]=0.08 [0.03 bis 0.14]; β =0.31; P=0.002). Diese Zusammenhänge sind insbesondere den relativ hohen Werten in den DES-Subskalen für

Depersonalisation (B[95% CI]=0.39 [0.14 bis 0.64]; $\beta=0.30$; P=0.003) und Amnesie (B[95% CI]=0.34 [0.08 bis 0.61]; $\beta=0.25$; P=0.021) geschuldet. Ferner fand sich auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem CTQ-Gesamtscore und der DES-Subskala für Amnesie (B[95% CI]=0.11 [0.03 bis 0.20]; $\beta=0.28$; P=0.007).

Diese Ergebnisse der univariaten Regressionsanalyse wurden unter Verwendung hierarchischer linearer Regressionsanalysen genauer untersucht. Hier zeigt sich, dass der oben beschriebene Zusammenhang zwischen dem DES-T-Gesamtscore und der CTQ-Unterskala für emotionalen Missbrauch dann nicht mehr signifikant ist, wenn das Alter der Patienten beim ersten Kontrollverlust über das Trinkverhalten in die Rechnung einbezogen wird. Tabelle 13 illustriert das Ergebnis der hierarchischen Regressionsgleichung:

Tabelle 13: Haupteffekte emotionalen Missbrauchs und des Alters zu Beginn von Entzugserscheinungen auf die DES-Mittelwerte als Zielvariable

Schritt	Vorhersagevariablen	B(95%CI)	β	P	R ²
1	CTQ Emotionaler Missbrauch	0.05 (0.001 bis 0.01)	0.21	0.045	0.173
2	CTQ Emotionaler Missbrauch	0.03 (-0.02 bis 0.08)	0.13	0.191	
	Alter zu Beginn des Kontrollverlustes	-0.04 (-0.07 bis -0.02)	-0.37	<0.001	

In Hinblick auf das Alter zu Beginn der ersten Entzugserscheinungen blieb jedoch, wie Tabelle 14 zeigt, auch bei Einbeziehung des Alters und der Schwere der Alkoholabhängigkeit als a priori Störfaktoren der signifikante Zusammenhang zwischen der CTQ-Subskala für emotionalen Missbrauch und dem DES-T-Mittelwert bestehen. Außerdem zeigten sich signifikante Haupteffekte der CTQ-Gesamtscores (B=0.02, 95% CI 0.001 to 0.04, $\beta=0.22$, p=0.043) und des Alters zu Beginn von Entzugserscheinungen (B=-0.04, 95% CI -0.08 to -0.0001, $\beta=-0.29$, p=0.050), adjustiert für das Alter der Patienten und die Schwere der Alkoholabhängigkeit gemäß EuropASI.

Tabelle 14: Adjustierte Haupteffekte emotionalen Missbrauchs und des Alters bei Beginn von Entzugserscheinungen auf DES-Mittelwerte als Outcome-Variable

DES-T-Hauptscores					
Schritt	Vorhersagevariablen	<i>B</i> (95% CI)	β	<i>P</i>	<i>R</i> ²
1	CTQ Emotionaler Missbrauch	0.08 (0.03 bis 0.14)	0.31	0.005	0.095
2	CTQ Emotionaler Missbrauch	0.07 (0.01 bis 0.12)	0.25	0.020	0.196
	Alter zu Beginn von Entzugserscheinungen (>1Symptom)	-0.05 (-0.07 bis -0.02)	0.32	0.002	
3	CTQ Emotionaler Missbrauch	0.06 (0.01 bis 0.12)	0.24	0.026	
	Alter zu Beginn von Entzugserscheinungen (>1Symptom)	-0.04 (-0.08 bis -0.0001)	-0.28	0.048	0.208
	Alter	-0.003 (-0.04 bis 0.04)	-0.02	0.886	
	EuropASI Schwere	0.21 (-0.19 bis 0.60)	0.11	0.300	

3.4 Innere Konsistenz der DES

Der DES und der DES-T zeigten in der vorliegenden Stichprobe eine hohe innere Konsistenz (DES: Cronbachs $\alpha = .92$; DES-T: Cronbachs $\alpha = .67$) bzw. Dies gilt auch für die DES-Subskalen (Amnesie: Cronbachs $\alpha = .82$; Absorption: Cronbachs $\alpha = .83$; Depersonalisation: Cronbachs $\alpha = .70$).

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die in die Untersuchung einbezogene Stichprobe umfasste 32 Frauen und 68 Männer. Alle erfüllten die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV.

Insgesamt fand sich mit 3% eine niedrige Rate von Patienten, die über dem Cut-off-Score für das Screening dissoziativer Störungen lagen (DES Gesamt-Score >30), und auch die Subskala zur Erhebung pathologischer Dissoziation war niedrig (Mittelwert des DES-T: $M=4.1$; $SD=5.8$).

Im CTQ fanden sich hohe Raten insbesondere emotionaler Traumatisierungen. 25% der Stichprobe hatten mindestens „mittleren bis schweren“ emotionalen Missbrauch erlitten, 32% mindestens „mittlere bis schwere“ emotionale Vernachlässigung erfahren. Mit 18% bzw. 15% waren die Raten der Patienten, die mindestens „mittleren bis schweren“ physischen resp. Sexuellen Missbrauch erlitten hatten, ebenfalls relativ hoch.

In der statistischen Auswertung zeigte sich, dass Patienten mit höherem CTQ-Gesamtscore signifikant früher in Kontakt mit Alkohol kamen ($\rho = -0.21$; $P = .038$) und signifikant früher verschiedene alkoholbezogene Probleme aufwiesen.

Ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter bei Beginn alkoholbezogener Probleme fand sich außerdem bei Patienten mit hohen DES- und DES-T-Scores (DES: $B[95\% \text{ CI}] = -0.11 [-0.21 \text{ bis } -0.02]$; $\beta = -0.24$; $P = 0.016$; DES-T: $B[95\% \text{ CI}] = -0.15 [-0.26 \text{ bis } -0.05]$; $\beta = -0.30$; $P = 0.004$). Während die Dauer der Alkoholabhängigkeit nicht im Zusammenhang mit dem Ausmaß dissoziativer Symptome stand, korrelierte die Schwere der Suchterkrankung signifikant mit dem Ausmaß an pathologischer Dissoziation ($B[95\% \text{ CI}] = 0.02 [0.01 \text{ bis } 0.04]$; $\beta = 0.26$; $P = 0.013$).

Neben den schwer von der Alkoholabhängigkeit Betroffenen wiesen auch Patienten mit hohen CTQ-Scores für emotionalen Missbrauch hohe Werte pathologischer Dissoziation im DES-T auf ($B[95\% \text{ CI}] = 0.08 [0.03 \text{ bis } 0.14]$; $\beta = 0.31$; $P = 0.002$).

4. DISKUSSION

4.1 Diskussion der Methoden

4.1.1 Forschungsansatz und Studiendesign

Versuchsleiterartefakte

Wie im Kapitel 2.5 („Vorgehen bei der Datenerhebung“) erörtert, wurden die Patienten bei der Beantwortung der Fragebögen durchgehend von den Untersuchern begleitet, um etwaige Fragen seitens der Patienten beantworten zu können und im Falle psychischer Beeinträchtigung, etwa durch Triggerung aufgrund von in den Messinstrumenten verwendeten Reizwörtern, die Befragung abubrechen und Unterstützung anbieten zu können. Um Versuchsleiterartefakte so gering wie möglich zu halten, wurde der Ablauf der Befragung für jeden Patienten möglichst identisch gestaltet. Die Reihenfolge der Befragungsinstrumente und die Anweisungen durch die Untersucher waren standardisiert. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Durchführung der Interviews durch zwei verschiedene Personen die jeweilige Untersuchungssituation beeinflusst haben könnte.

Interindividuell variierende Untersuchungszeitpunkte

Ein weiteres Problem bestand darin, dass aus organisatorischen Gründen, aber auch unter Berücksichtigung des klinischen Zustands der Patienten der individuelle Befragungszeitpunkt nach Aufnahme auf die Entgiftungsstation variierte. Während einige Patienten unmittelbar nach der für die körperliche Entgiftung vorgesehenen Aufenthaltsdauer, also am Tag 11 des stationären Aufenthalts, befragt wurden, geschah dies bei anderen Studienteilnehmern zum Teil bis zu einer Woche später. Auch wenn klinisch davon ausgegangen wird, dass der körperliche Entzug bereits am Tag 11

abgeschlossen ist, muss doch damit gerechnet werden, dass etwaige Entzugssymptome mit zunehmender Dauer der Abstinenz seltener werden. In Hinblick auf die Einschätzung ihrer dissoziativen Symptomatik durch die Patienten ist dieser Umstand relevant, da es – trotz der Instruktion, zwischen alkoholbedingten und dissoziativen Symptomen zu unterscheiden – möglich ist, dass jenen Patienten, deren Entgiftung erst kurze Zeit zurück liegt, diese Unterscheidung schwerer fällt als jenen, die bereits einige Tage oder Wochen Abstand dazu haben. Dieses Problem kann jedoch auch allgemein als ein strukturelles der DES angesehen werden. Die Unterscheidung dissoziativer und alkoholbedingter Symptome mag auch nach längerer Abstinenz für einige Patienten schwierig sein. Da in dieser Studie ausschließlich alkoholabhängige Patienten befragt wurden, muss davon ausgegangen werden, dass es teilweise zur Überschätzung dissoziativer Symptome aufgrund von Fehlbeurteilungen durch die Patienten gekommen ist. Gegen eine solche Einschätzung spricht allerdings, dass die DES in der vorliegenden Untersuchung eine hohe innere Konsistenz aufwies, die der bei anderen Stichproben entsprach (vgl. 3.4).

Schwierigkeiten bei der Erhebung Dissoziativer Symptome und Störungen

Im Zusammenhang mit der Erfassung dissoziativer Störungen muss beachtet werden, dass die DES lediglich ein Screeninginstrument darstellt (Karadag et al. 2005), jedoch nicht die Diagnostik dissoziativer Störungen erlaubt. Um die Prävalenz dissoziativer Störungen in der Studienkohorte zu erfassen, hätten im Anschluss an die DES strukturierte Interviews (z.B. der SDID-D) durchgeführt werden müssen. Allerdings wird die im Vergleich zur DES aufwendigere Befragung mittels strukturiertem Interview erst ab DES-Scores von 30 und höher empfohlen wird (Steinberg et al. 1991). Diesen Grenzwert erreichten in der vorliegenden Stichprobe jedoch nur 3% der Patienten, so dass der Verzicht auf strukturierte Interviews in dieser Studie gerechtfertigt erscheint.

Schwierigkeiten bei der Erfassung kindlicher Traumatisierungen

Eine weitere, dem Studiendesign inhärente Schwierigkeit liegt in der retrospektiven Betrachtung kindlicher Traumatisierungen. Hier wird nach Ereignissen gefragt, die bei einigen Patienten bereits über 50 Jahre zurückliegen. Häufig wird darauf hingewiesen, dass bei einigen Patienten Erinnerungslücken oder die Realität nicht korrekt widerspiegelnde Erinnerungen vorliegen könnten, ohne dass diese Fehler im Rahmen dieser Studie, die aus praktischen Gründen nicht auf Kollateral-Informationen zurück greifen konnte, erkannt und korrigiert werden könnten. Andere Autoren (z.B. McNally 1997; Stein et al. 1999) weisen allerdings darauf hin, dass kindliche Traumatisierungen, u.a. aufgrund der hohen emotionalen Wertigkeit dieser Informationen, weniger als andere biographische Informationen den oben genannten Einflüssen unterliegen und auch bei Erwachsenen reliabel erfasst werden können. Ein weiterer Aspekt, der für eine reliable Erfassung spricht, betrifft den zumeist chronischen Charakter der erfragten traumatischen Erfahrungen, z.B. im Fall von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung.

Dennoch muss aufgrund der hohen Raten emotionaler Traumatisierungen noch einmal an die definitorischen Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang erinnert werden. Wie unter 1.4.1.3 beschrieben, sind die Grenzen zwischen weitgehend noch tolerierten Formen des Bestrafens wie Hausarrest und drastischeren „Erziehungsmaßnahmen“ wie Liebesentzug fließend (Engfer 2000). Die Beurteilung, ob Missbrauch oder Misshandlung in der Kindheit stattgefunden haben, mag im Bereich der emotionalen Traumatisierungen noch stärker von der subjektiven Befindlichkeit der einzelnen Patienten abhängen als im Bereich körperlicher oder sexueller Misshandlung.

Im Zusammenhang mit der Beurteilung traumatischer Ereignisse in der Kindheit muss ferner daran erinnert werden, dass für die deutsche Version

des CTQ noch keine validierten Cut-Off-Scores vorliegen. Die in dieser Arbeit verwendeten Grenzwerte orientieren sich an den in den Vereinigten Staaten von den Herausgebern des CTQ validierten Scores und müssen, da die dortigen Verhältnisse auf eine deutsche Patientenklientel nicht bedingungslos übertragen werden können, unter Vorbehalt beurteilt werden.

4.1.2 Stichprobenselektion

Die Teilnehmer dieser Studie wurden, wie oben erörtert, sämtlich aus Patienten rekrutiert, die sich freiwillig zur stationären Alkoholentgiftung in der Universitätsklinik Eppendorf eingefunden hatten. Dies scheint sich in der Stichprobe wider zu spiegeln, die einen für alkoholabhängige Menschen relativ hohen soziokulturellen Status aufwies. So hatten 95% der Befragten einen festen Wohnsitz, 94% der Studienteilnehmer verfügten über einen Schulabschluss verfügten und 31% hatten das Abitur oder einen noch höheren Abschluss. Auch die Quote der Erwerbstätigen (43%) ist in der vorliegenden Stichprobe hoch, ebenso wie der Anteil der in fester Partnerschaft lebenden Patienten (38%). Diese soziodemographischen Eckdaten können im Sinne protektiver Faktoren interpretiert werden, die eine bessere Bewältigung traumatischer Erfahrungen erlaubten. Vor diesem Hintergrund ist ein Bias in der vorliegenden Stichprobe nicht auszuschließen. Sehr schwer beeinträchtigte Alkoholabhängige dürften ebenso wie Personen mit sehr schweren Traumafolgestörungen eher unterrepräsentiert sein. Außerdem könnte in diesen Befunden, die freilich nur eine Tendenz in Richtung relative Stabilität der Lebenssituation aufzeigen, eine Ursache für die relativ niedrige Rate an dissoziativen Symptomen in der Stichprobe gesucht werden, wobei gezielte soziodemographische Erhebungen unter einer größeren Zahl Alkoholabhängiger erforderlich wären, um diese Vermutung zu bestätigen.

Die homogene Stichprobe alkoholabhängiger Patienten stellt dabei verglichen mit anderen Untersuchungen, die gemischte Stichproben von Personen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit untersuchten, eine Stärke der Studie dar. Anhand der Ergebnisse konnten so die Befunde vorheriger Untersuchungen überprüft werden, die auf einen Zusammenhang der Diagnose mit dem Ausmaß der dissoziativen Symptomatik hindeuten, mit eher niedrigen Raten bei alkoholabhängigen Patienten.

4.2 Diskussion der Befunde

4.2.1 Dissoziative Symptome

Sowohl die DES- als auch die DES-T-Mittelwerte waren in der vorliegenden Stichprobe gemessen an den Werten in anderen Untersuchungen an psychiatrischen Patienten eher niedrig. Nur 3% der Patienten hatten einen DES-Score von >30 und kamen somit für die Diagnose einer Dissoziativen Störung in Betracht. Im Vergleich mit den anderen in dieser Arbeit erwähnten Studien, welche die Prävalenz dissoziativer Symptome unter Suchtpatienten zum Thema haben, sind die DES-Mittelwerte bzw. die Anzahl der Patienten mit Scores >30 in der vorliegenden Arbeit am niedrigsten. So fanden Ross et al. (1992) DES-Scores >30 bei 39% und Dunn et al (1993) bei 22% der Studienteilnehmer. In einer weiteren Studie von Dunn et al. (1995) wurde bei 15% der Teilnehmer eine Dissoziative Störung diagnostiziert, bei Hodgins et al. (1996) sogar bei 17% der Studienteilnehmer. In den jüngeren Studien hatten nur in der Erhebung von Langeland et al. (2002) mit 6,5% der Befragten vergleichbar wenige Patienten DES-Scores >30, während Karadag et al. (2005) bei 36,7% und Evren et al. (2007) bei 30,6% der Patienten DES-Scores >30 erhoben hatten. Bei der Betrachtung der Studien von Karadag et al. (2005) sowie Evren et al. (2007), in denen die DES-Mittelwerte wie auch die Raten Dissoziativer Störungen mit 17,2% bzw. 9,0% zumindest nicht als

niedrig bezeichnet werden können, muss in Rechnung gestellt werden, dass die Studien in der Türkei durchgeführt wurden, wo sich in der Allgemeinbevölkerung höhere Raten dissoziativer Symptome als in Deutschland finden. Die von Karadag und Evren in der klinischen Population erhobenen Daten liegen auf dem gleichen Niveau wie DES-Scores, die in der türkischen Allgemeinbevölkerung erhoben worden sind (ebd.).

Somit bestätigt sich der unter ähnlichen Studienbedingungen bei Langeland et al. (2002), Karadag et al. (2005) und Evren et al. (2007) gefundene Trend niedriger Raten dissoziativer Störungen in einer homogenen Stichprobe alkoholabhängiger Patienten. Die anderen Studien waren, wie unter 1.4.3 erörtert, bei Patientenkollektiven durchgeführt worden, die nicht ausschließlich von Alkohol abhängig waren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Studien mit hohen DES-Scores von jenen mit niedrigen im Studiendesign dadurch unterscheiden, dass letztere bei Patienten durchgeführt wurden, die ausschließlich alkoholabhängig waren. Auch die vorliegende Untersuchung unterstützt mit niedrigen DES-Werten in einer homogenen Kohorte von Alkoholabhängigen diesen Trend. Somit kann vermutet werden, dass die Inkonsistenzen in den verschiedenen Studien über dissoziative Symptome bei substanzabhängigen, traumatisierten Patienten sich durch die Art der konsumierten Substanzen erklären lassen.

Als Ergebnis der Regressionsanalyse zeigte sich zudem, dass das Ausmaß an Dissoziation und pathologischer Dissoziation signifikant mit dem Alter der Patienten korrelierte. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die Fähigkeit zur Dissoziation bei Kindern stärker ausgeprägt ist als bei Erwachsenen (Draijer und Langeland 1999; Brown et al. 2005; Simeon et al. 2001).

Ein weiterer Befund dieser Studie ist, dass die DES-Scores in der Stichprobe, rekuriert man auf die Arbeiten von Gast (2004) und Waller &

Ross (1997), nicht höher sind als in der Allgemeinbevölkerung. Somit kann die erste Hypothese dieser Arbeit, dass sich in einer homogenen Stichprobe alkoholabhängiger Patienten niedrige Raten dissoziativer Symptome finden lassen, die denen in der Allgemeinbevölkerung in etwa entsprechen, bestätigt werden. Hypothesen dazu, warum sich dies so verhält, sollen in den folgenden Abschnitten unter Berücksichtigung der Ergebnisse zum Verlauf der Suchterkrankung und kindlicher Traumatisierungen diskutiert werden.

4.2.2 Befunde zu Traumatisierungen und Suchtverlauf

In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen kindlicher Traumatisierungen bei Suchtpatienten (z.B. Schäfer und Reddemann 2005; Simpson und Miller 2002) finden sich auch in dieser Stichprobe hohe Raten früher traumatischer Erlebnisse bei den Patienten, die über denen in der Allgemeinbevölkerung liegen. So liegt die Prävalenz körperlichen Missbrauchs mit 20% über der in der Allgemeinbevölkerung mit ca. 10-15% (Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8181, 2002, S. 220).

Sexuellen Missbrauch haben mit 37,4% vs. 6-18% bei den Frauen und 10,3% vs 2-7% bei den Männern (vgl. Wetzels 1997) ebenfalls die Alkoholpatienten wesentlich häufiger erlitten als die Allgemeinbevölkerung. Wie unter 1.4.2.1 erörtert, ist die Erhebung und Vergleichbarkeit von Daten zu emotionalen Traumatisierungen aus methodischen Gründen schwierig (Kaplan et al. 1999). Der Elfte Kinder- und Jugendbericht des Deutschen Bundestages beziffert die Prävalenz von „Vernachlässigung“ unter Kindern und Jugendlichen der deutschen Allgemeinbevölkerung auf 50,6% und von „seelischer Misshandlung“ auf 12,5%, ohne dabei jedoch die zugrund liegende Definition dieser Misshandlungsformen transparent zu machen (Deutscher Bundestag 2002). Ungeachtet der Grenzen, die sich vor diesem Hintergrund einem Vergleich stellen, sind die in der vorliegenden Studie erhobenen Raten emotionaler Misshandlung und emotionalen Missbrauchs

eindrucksvoll. So haben 75% der Frauen emotionale Vernachlässigung erfahren, 44% von ihnen mindestens in mäßiger Form. Knapp 60% sind emotional missbraucht worden, 41% zumindest mittelschwer oder schwerer. Bei den Männern gaben knapp 65% an, emotional vernachlässigt worden zu sein, 27% mäßig bis schwer. 38% sind emotional misshandelt worden, 18% der Männer mindestens in mäßiger Form. Damit bestätigen die Befunde dieser Studie vorhergehende Untersuchungen, denen zufolge die Prävalenz von Traumatisierungen unter Suchtpatienten hoch ist (Schäfer und Krausz 2006).

Unter Beachtung der Ergebnisse der statistischen Analyse zeigte sich zudem, dass die schwerer traumatisierten Patienten signifikant früher ihre Suchtkarriere begannen. So entwickelten beispielsweise die körperlich misshandelten Patienten signifikant früher Toleranz, verloren die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum und begannen früher unter Entzugserscheinungen zu leiden.

4.2.3 Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen

In der klinischen Literatur gilt der Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen weitgehend als unumstritten (Gast et al. 2001; Gershuny und Thayer 1999; Irvin 1998; Mulder et al. 1998). Zugleich ergaben Untersuchungen homogener Stichproben alkoholabhängigen Patienten (Langeland et al. 2002; Karadag et al. 2005; Evren et al. 2007), dass diese relativ selten bzw. wenig zu Dissoziation neigten und sich die in den Studien ermittelten DES-Scores und DES-T-Scores nicht signifikant von denen der Allgemeinbevölkerung unterschieden. Entsprechend der 2. Hypothese dieser Arbeit, der zufolge sich unter Berücksichtigung auch emotionaler Traumatisierungen dissoziative Symptome auch bei Alkoholabhängigen finden lassen könnten,

gab es in der untersuchten Stichprobe tatsächlich einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Schwere der Alkoholabhängigkeit und dissoziativen Symptomen, und zwar korrelierte die Schwere der Sucht mit dem Ausmaß an pathologischer Dissoziation. Da dies den Ergebnissen von Langeland et al. (2002) widerspricht, sollen im Folgenden zur weiteren Klärung die Ergebnisse der Regressionsanalyse herangezogen werden.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich in der linearen Regressionsanalyse ein signifikanter additiver Effekt des CTQ-Gesamtscores auf den DES-Taxon-Score. Dies bedeutet, dass die Korrelation auf einem spezifischen Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und *pathologischer* Dissoziation beruht. Bei Differenzierung zwischen den verschiedenen Formen kindlicher Traumatisierung zeigte sich, dass dieser Zusammenhang vor allem auf der Korrelation emotionalen Missbrauchs mit pathologischer Dissoziation beruhte. Dieses Ergebnis bestätigt die 2. Hypothese dieser Arbeit: Bei Betrachtung nicht nur körperlicher und sexueller Traumatisierung, sondern auch emotionalen Missbrauchs und emotionaler Vernachlässigung lassen sich durchaus dissoziative Symptome bei Alkoholabhängigen diagnostizieren. Dies steht im Einklang mit anderen Studien, die nicht bei Alkoholikern, sondern anderen Diagnosegruppen mit emotionaler Traumatisierung hohe dissoziative Scores feststellten.

So fanden Simeon et al. (2001) bei Patienten mit der Diagnose einer Depersonalisierungsstörung nach DSM-IV, dass emotionaler Missbrauch die stärkste Prädiktionsvariable sowohl für die Diagnose der Depersonalisierungsstörung als auch Symptomen der Depersonalisierung war. Allgemeine Dissoziationsscores korrelierten am stärksten mit der Kombination aus emotionalem und sexuellem Missbrauch (ebd.).

In einer Studie von Schäfer et al. (2006c) waren Zusammenhänge zwischen dissoziativen Symptomen und verschiedenen Formen kindlichen Missbrauchs bei Patientinnen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht worden. Es zeigte sich, dass auch nach

Stabilisierung der Patientinnen im Rahmen einer stationären Therapie der Zusammenhang zwischen der CTQ-Subskala für emotionalen Missbrauch und der DES-Subskala für Amnesie signifikant blieb (ebd., S. 136).

Diese Ergebnisse sprechen für die Hypothese, dass fehlende Zusammenhänge zwischen dissoziativen Symptomen und kindlicher Traumatisierung, etwa in den Studien von Ross et al. (1992), Dunn et al. (1993 und 1995), Hodgins (1996) ihre Ursache darin haben könnten, dass wichtige Formen traumatischer Erfahrungen nicht einbezogen wurden.

Stellt man in Rechnung, dass die Erhebung, Schweregradeinteilung und subjektive Empfindung emotionaler Traumatisierungen sich der wissenschaftlichen Objektivierung aufgrund definitorischer Schwierigkeiten bislang in gewissem Maße entzieht, so sind diese Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu bewerten. So weisen Giesbrecht und Merckelbach (2005) darauf hin, dass bei klinischen Populationen gefundene Zusammenhänge zwischen kindlicher Traumatisierung und dissoziativen Symptomen auf Artefakten beruhen könnten. So würden Patienten „auf der Suche nach einem Grund für ihre Probleme“ häufiger über Ereignisse berichten, die als Missbrauch klassifiziert werden können, als gesunde Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Die Autoren untermauern ihre Argumentation durch Studien, die Zusammenhänge zwischen der Neigung zur Dissoziation und der Neigung zu kognitiven Fehlern, erhöhter Suggestibilität und Fantasie feststellten. In einer weiteren Untersuchung von Merckelbach et al. (2000) konnte nicht widerlegt werden, dass Dissoziation selbst zu einer erhöhten Neigung zum Fantasieren führe und daher Angaben der Patienten über Missbrauchserlebnisse herbeiführe, die der Wirklichkeit nicht entsprechen. Ein wichtiger Einwand gegen das Modell von Merckelbach et al. (2000) ist, dass es nicht erklärt, warum die Patienten überhaupt unter den dissoziativen Symptomen, die als Ausgangspunkt genommen werden, leiden.

Dennoch sind die Einwände von Giesbrecht und Merckelbach (2005) insofern wertvoll, als sie zeigen, dass insbesondere in klinischen Stichproben Zusammenhänge zwischen kindlicher Traumatisierung und

Dissoziation kritisch hinterfragt und künftig nach Möglichkeit durch objektive Befunde (Polizeiakten, Patientenakten) untermauert werden sollten. Die Tatsache, dass die Verifizierung von Traumata gerade bei emotionalen Misshandlungen schwierig ist, darf jedoch nicht zu der Schlussfolgerung führen, dass bei dieser Form der Traumatisierung lediglich eine Scheinkorrelation mit dissoziativen Symptomen bestehe. Die Gefahr, die Patienten durch Bagatellisierung oder ein Nicht-Ernst-Nehmen ihrer Angaben zu retraumatisieren, wäre zu groß. Letztlich ist es auch methodisch nicht möglich, Nicht-Traumatisierte eindeutig als solche zu identifizieren (Briere 1992).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der dank der genauen Erhebung emotionaler Traumatisierungen gefundene Zusammenhang von dissoziativen Symptomen und Kindheitstraumata bei Alkoholikern die Inkonsistenzen in den Studien zu diesem Thema teilweise aufklären konnte, wobei eine Erhärtung dieses Befundes durch weitere Studien mit größeren Stichproben wünschenswert wäre. Eine offene Frage bleibt dennoch, warum die Quoten dissoziativer Symptome und Störungen in der untersuchten Stichprobe insgesamt niedrig waren. Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden, indem der Einfluss des Verlaufs der Alkoholabhängigkeit in die Diskussion einbezogen wird.

4.2.4 Zusammenhänge zwischen Schwere und Verlauf der Alkoholabhängigkeit und dissoziativen Symptomen

Trotz der erhellenden Ergebnisse, die in der vorliegenden Studie gefunden worden sind, bleibt die Frage offen, warum die Quoten dissoziativer Symptome und Störungen in der untersuchten Stichprobe insgesamt niedrig waren. Langeland et al. (2002), die, wie in Abschnitt 1.4.3 erörtert, in einer homogenen Stichprobe von Alkoholabhängigen ebenfalls niedrige DES-Scores fanden, erklärten diesen Umstand mit der Hypothese der

„chemischen Dissoziation“ (Neiss 1993; Roesler und Dafler 1993). Dem zufolge erreichen süchtige Patienten mittels ihrer Substanzen einen Zustand, der es ihnen in ähnlicher Weise wie dissoziierenden Patienten erlaube, sich unangenehmen Traumafolgen zu entziehen. Langeland et al. (2002) hatten die niedrigen Raten dissoziativer Symptome als Bestätigung der Hypothese von der „chemischen Dissoziation“ interpretiert. Doch so bestechend und plausibel dieser Erklärungsansatz ist, so schwer lässt er sich nachweisen. Eine Überprüfung ließe sich nur im Rahmen aufwendiger longitudinaler Langzeitstudien überprüfen. Wünschenswert wäre dabei die Erfassung einer Vielzahl soziodemographischer und psychopathologischer, eventuell auch neurochemischer Variablen, um zu erklären, warum Alkoholkonsum und Dissoziation als Traumabewältigungsstrategien miteinander konkurrieren.

Diese bislang nicht gelösten Probleme im Zusammenhang mit der Hypothese von der „chemischen Dissoziation“ verdeutlichen, dass sie als Erklärung für niedrige Raten dissoziativer Symptome nicht ausreicht. Zudem vermag sie nicht zu erklären, warum der fehlende Zusammenhang zwischen kindlichen Traumata und dissoziativen Symptomen nur bei Alkoholkranken, nicht jedoch bei von anderen Substanzen Abhängigen besteht. Dies lenkt wiederum den Blick darauf, dass weitere Variablen die psychopathologische Entwicklung der Patienten beeinflussen.

Ein Faktor, der in dieser Arbeit signifikant sowohl mit der Schwere traumatischer Erfahrungen als auch mit dissoziativen Symptomen zusammenhing, war der Verlauf der Suchterkrankung und dabei insbesondere das Alter bei Beginn alkoholbedingter Probleme.

Der negative Zusammenhang beispielsweise zwischen dem CTQ-Gesamtscore und dem Alter beim ersten Kontakt mit Alkohol oder dem Alter bei der ersten Alkoholvergiftung zeigt, dass traumatisierte Menschen früher Suchtprobleme entwickelten als nicht Traumatisierte. Dieser Zusammenhang ist auch in anderen Studien schon festgestellt worden (z.B. Dom et al. 2007).

Zusammenhänge zwischen der Suchtvorgeschichte und dissoziativen Symptomen bei Alkoholpatienten sind hingegen bislang kaum untersucht worden. Da sich in der vorliegenden Studie verschiedene signifikante Zusammenhänge mit entsprechenden Variablen, scheint es angebracht, nach Erklärungen für diese Befunde zu suchen. Das Alter, in dem die Befragten erstmals Alkohol konsumiert hatten, korrelierte sowohl mit den DES-Mittelwerten als auch mit den DES-T-Mittelwerten. Noch deutlicher waren die Zusammenhänge in Hinblick auf das Alter bei Beginn regelmäßigen Konsums, das Alter zu Beginn der Entwicklung von Toleranz und Entzugserscheinungen.

Eine Möglichkeit, den Zusammenhang von jungem Alter bei Beginn von Alkoholproblemen und dissoziativen Symptomen zu erklären, besteht darin, Dissoziation als chronischen Residualeffekt langjährigen Alkoholmissbrauchs zu interpretieren, wie es Wentzel et al. (1996) vorgeschlagen haben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie stützen diesen Ansatz jedoch insofern nicht, als sich kein Zusammenhang zwischen der Schwere der dissoziativen Symptomatik und der Chronizität des Alkoholabusus fand. Das hierarchische lineare Regressionsmodell zeigte zudem, dass sich emotionaler Missbrauch unabhängig von der Dauer des Alkoholkonsums und damit möglichen chronischen Residualeffekten auf die Schwere der Dissoziation auswirkte (vgl. Tabelle 15).

Ein anderer Erklärungsansatz besteht darin, der Frage auf den Grund zu gehen, warum die jüngeren unter den Alkoholabhängigen in Hinblick auf Dissoziation Patienten mit anderen Suchtstörungen ähnlich sind. Aufschlussreiche Erklärungsvariablen sind möglicherweise protektive Faktoren in der Kindheit, welche die älteren, wenig von Dissoziation Betroffenen bis zu einem gewissen Alter auch vor dem Konsum von Alkohol bewahrt haben.

4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu Zusammenhängen zwischen verschiedenen Formen kindlicher Traumatisierung und dissoziativen Symptomen bei alkoholabhängigen Patienten wurden drei Hypothesen aufgestellt, um inkonsistente Ergebnisse in bisherigen Untersuchungen zu diesem Thema zu überprüfen.

Alle drei Hypothesen konnten bestätigt werden: So zeigte sich der 1. Hypothese entsprechend, dass die Raten dissoziativer Störungen und Symptome in einer homogenen Stichprobe Alkoholabhängiger nicht höher waren als die in der Allgemeinbevölkerung.

Dennoch bestand ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß kindlicher Traumatisierung und dissoziativer Symptome auch in dieser Stichprobe, sofern Formen emotionalen Missbrauchs, die in bisherigen Studien wenig berücksichtigt worden waren, in die Analyse einbezogen wurden (Hypothese 2). Auch die 3. Hypothese, der zufolge dissoziative Symptome bei alkoholabhängigen Patienten mit einem frühen Beginn der Suchterkrankung zusammenhängen, konnte durch die Ergebnisse der empirischen Untersuchung bestätigt werden. Somit kann das Alter der Patienten bei Beginn alkoholbedingter Probleme als eine Variable dienen, um die insgesamt relativ niedrigen Quoten dissoziativer Symptome bei Alkoholabhängigen zu erklären. Wünschenswert wären weitere Studien, die diesen Zusammenhängen vergleichend bei großen Stichproben von Patienten mit unterschiedlichen substanzbezogenen Störungen nachgehen und damit den Einfluss der oben genannten Variablen weiter aufklären könnten.

5. LITERATUR

Amann G, Wipplinger R (Hrsg) (2005) Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie, 3. Auflage, dgvt, Tübingen

American Psychiatric Association (1990) Composite International Diagnostic Interview 1.1 (CIDI), Interviewer Heft, Beltz, Weinheim

American Psychiatric Association (1994) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Hogreve, Göttingen

Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale, *J Nerv Ment Dis*, 174:727-735

Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect, *Am J Psych*, 151(8):1132-1136

Bernstein DP, Fink L (1998) Manual for the Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report. The Psychological Corporation, Harcourt Brace, New York

Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L (1997) Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population, *J Am Acad Child Adolesc Psych*, 36:340-348

Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ (2003), Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses, *CNS Spectr.*, 8 (10):737-54

Boscarino J (1981) Current excessive drinking among Vietnam veterans: a comparison with other veterans and non-veterans, *Int J Soc Psychiatry*, 27(3):204-12

Brady KT, Killeen T, Saladin ME, Dansky B, Becker S (1994) Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment, *Am J Addictions*, 3:160-164

Brady KT, Sinha R (2005) Co-Occuring Mental and Substance Use Disorders: The Neurobiological effects of Chronic Stress, *Am J Psychiatry* 162:1483-1493

Briere J (1992) Methodological issues in the study of sexual abuse effects, *J Consult Clin Psychol* 60:196-203

Brown PJ, Stout RL, Mueller T (1996) Posttraumatic stress disorder and substance abuse relapse among women: A pilot study, *Psychology of Addictive Behaviors* 13:115-122

Brown RJ, Schrag A, Trimble MR (2005) Dissociation, Childhood Interpersonal Trauma, and Family Functioning in Patients with Somatization Disorder, *Am J Psychiatry*, 162:899-905

Brunner R, Parzer P, Resch F (2000) Dissociative symptomatology and traumatogenetic factors in adolescent psychiatric patients, *J Nerv Ment Disease*, 188:71-77

Campo AT, Rohner RP (1992) Relationships between perceived parental acceptance-rejection, psychological adjustment, and substance abuse among young adults, *Child Abuse Negl* 15:429-440

Carlson EB, Putnam FW (1993) An update on the Dissociative Experience Scale, *Dissociation* 6:16-27

Chu JA, Dill DL (1990) Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse, *Am J Psychiatry*, 147:887-892

Chu JA, Frey LM, Ganzel BL, Matthews JA (1999) Memories of Childhood Abuse: Dissociation, Amnesia, and Corroboration, *Am J Psychiatry*, 156:749-755

Claussen AH, Crittenden PM (1991) Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment, *Child Abuse & Neglect* 15:5-18

Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ (2007) Traumatic events and posttraumatic stress in childhood, *Arch Gen Psychiatry* 64(5):577-584

Cottler LB, Compton WM III, Mager D, Spitznagel EL, Janca A (1992) Posttraumatic stress disorder among substance users from general population, *Am J Psychiatry*, 149:664-670

Deutscher Bundestag, Drucksache 14/8181 (2002) Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Elfter Kinder- und Jugendbericht

Dom G, De Wilde B, Hulstijn W, Sabbe B (2007) Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients, *Compr Psychiatry*, 48:178–185

Draijer N (1989) Structured Trauma Interview, Amsterdam, Vrije Universiteit, Department of Psychiatry, 1989

Draijer N, Langeland W (1999) Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction in the Etiology of Dissociative Symptoms in Psychiatric Inpatients, *Am J Psychiatry*, 156:379-385

Driessen M, Schulte S, Wulff H, Sutmann F (2006) Diagnostische Aspekte bei Trauma und Substanzabhängigkeit. In: Schäfer I, Krausz M (Hrsg.) Trauma und Sucht – Konzepte, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag, S. 108-126

Duncan RD, Saunders BE, Kilpatrick DG, Hanson RF, Resnick HS (1996) Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression and substance abuse: Findings from a national survey, *Am J Orthopsych* 66(3):437-448

Dunn GE, Paolo AM, Ryan JJ, Van Fleet J (1993) Dissociative Symptoms in a Substance Abuse Population, *Am J Psychiatry* 150(7):1043-1047

Dunn GE, Ryan JJ, Paolo AM, Van Fleet J (1995) Comorbidity of Dissociative Disorders Among Patients With Substance Use Disorders, *Psychiatric Services* 46(2):153-156

Eckhardt-Henn A (2004) Dissoziation als spezifische Abwehrfunktion schwerer traumatischer Erlebnisse – eine psychoanalytische Perspektive. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO: Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Schattauer, Stuttgart, S.276-294

Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (2004a) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie, Schattauer, Stuttgart

Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (2004b) Die Trauma-Pathogenese dissoziativer Bewusstseinsstörungen: empirische Befunde. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO: Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie. Schattauer, Stuttgart, S.265-275

Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (2000) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart, New York

Engfer A (2000) Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (2000) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, 2. Auflage, Schattauer, Stuttgart, New York

Erickson MF, Egeland B, Pianta R (1989) The effects of maltreatment on the development of young children. In: Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect, Cicchetti D, Carlson V (Hrsg.), Cambridge University Press, Cambridge, S. 647-684.

Ernst C (2005) Zu den Problemen der epidemiologischen Erforschung des sexuellen Missbrauchs. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg) Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie, 3. Auflage, dgvt, Tübingen

Evren C, Sar V, Karadag F, Tamar-Gurol D, Karagoz M (2007) Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients, Psychiatry Research 152:233-241

Fiedler P (2000) Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung, 2. Auflage, Beltz, Weinheim

Fiedler P (2004) Erinnerung, Vergessen und Dissoziation – neuro- und kognitionspsychologische Perspektiven. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg.) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie, Schattauer, Stuttgart, S. 46-59

Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M (1995) Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma, Am J Psych, 152:1329-1335

Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt, München Basel

Foa EB, Hearst-Ikeda D (1996) Emotional Dissociation in Response to Trauma: An information-processing approach. In: Michelson LK, Ray WJ (Hrsg) Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives. Plenum Press, New York, S. 207-226

Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D (2006) Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Outpatients, Am J Psychiatry, 163:623-629

Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD (1999) Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual, Bern: Verlag Hans Huber

Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM (2001) Prevalence of Dissociative Disorder among psychiatric inpatients in a German university clinic, J Nerv Ment Disorders, 189:249-257

Gast U (2004) Die Dissoziative Identitätsstörung. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg.) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie, Schattauer, Stuttgart, S. 195-225

Gershuny BS, Thayer JF (1999) Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration, *Clin Psychol Rev*, 19:631-637

Giesbrecht T, Merckelbach H (2005) Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. Ein kritischer Überblick, *Nervenarzt* 76:20-27

Glavak R, Kuterovac-Jagodić G, Sakoman S (2003) Perceived Parental Perception-Rejection, Family-Related Factors and Socio-Economic Status of Families of Adolescent Heroin Addicts, *Croatian Medical Journal* 44(2):199-206

Goldner EM, Cockhill LA, Bakan R, Birmingham CL (1991) Dissociation experiences and eating disorders, *Am J Psychiatry* 148:1274-1275

Gsellhofer B, Küfner H, Vogt M, Weiler D (1994) European Addiction Severity Index EuropASI. Manual für Training und Durchführung, Hohengehren: Schneider

Hetzel MD, McCanne TR (2005) The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse, and child sexual abuse in the development of posttraumatic stress disorder and adult victimization, *Child Abuse Negl.* 29(8):915-930

Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1990) Development of diagnostic checklists for use in routine clinical care, *Arch Gen Psychiatry* 47: 782-784

Hiller W, Zaudig M, Mombour W (1995) Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV. Manual. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Hodgins DC, Pennington M, el-Guebaly N, Dufour M (1996) Correlates of Dissociative Symptoms in Substance Abusers, *J Nerv Ment Dis* 184(10):636-639

Hoffmann SO, Eckhardt-Henn A (2004a) Die Dissoziation: Eine Standortbestimmung. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg.) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie, Schattauer, Stuttgart, S. 3-8

Hoffmann SO, Eckhardt-Henn A (2004b) Probleme der aktuellen Klassifikation dissoziativer Störungen. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO

(Hrsg.) Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie, Schattauer, Stuttgart, S. 307-310

Irvin HJ (1998) Dissociative tendencies and the sitting duck: are self-reports of dissociation and victimization symptomatic of neuroticism? *J Clin Psychol* 54:1005-1015

Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR (2001) Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature, *Am J Psychiatry*, 158(8):1184-1190

Janet P (1889) *L'automatisme psychologique*, Felix Alcan, Paris. Reprint : Société Pierre Janet, Paris

Kang SY, Deren S, Goldstein MF (2002) Relationships between childhood abuse and neglect experience and HIV risk behaviors among methadone treatment drop-outs, *Child Abuse Negl* 26:1275-1289

Kapfhammer HP (2004) Dissoziation und Gedächtnis als Ergebnisse neurobiologisch beschreibbarer Prozesse. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg.) *Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie*, Schattauer, Stuttgart, S. 9-36

Kaplan MJ, Klinetob NA (2000) Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Disease*, 9:596-601

Kaplan, SJ, Pelcovitz D, Labruna V (1999) Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38 (10):1214-1222

Karadag F, Sar V, Tamar-Gurol D, Evren C, Karagoz M, Erkiran M (2005) Dissociative Disorders Among Inpatients With Drug or Alcohol Dependency, *J Clin Psychiatry*, 66(10):1247-1253

Kaya M, Friedrich MH (2006) Von der frühkindlichen Traumatisierung zur Abhängigkeit im Jugendalter. In: Schäfer I, Krausz M (Hrsg) *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung*, Klett-Cotta, Stuttgart

Kendall-Tackett K, Meyer Williams L, Finkelhor D (2005) Die Folgen von sexuellem Missbrauch bei Kindern. In: Amann G, Wipplinger R (Hrsg) *Sexueller Missbrauch: Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie*, 3. Auflage, dgvt, Tübingen

Khantzian EJ (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence, *Am J Psychiatry* 142(11):1259-64

Khantzian EJ (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications, *Harv Rev Psychiatry* 4(5):231-244

Kirby JS, Chu JA und Dill DL (1993) Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories, *Compr Psychiatry*, 34(4):258-63

Kokkevi A, Hartgers Ch, Blanken P, Fahrner EM, Pozzi G, Tempesta E, Uchtenhagen A (1993) Europäische Version des ASI

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (1999) Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen, KFN, Hannover

Langeland W, Draijer N, van den Brink W (2002) Trauma and Dissociation in Treatment-Seeking Alcoholics: Towards a Resolution of Inconsistent Findings, *Comprehensive Psychiatry* 43(3):195-203

LeDoux J (1998) *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*, Hanser, München

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

McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index, *Journal of Substance Abuse Treatment* 9:199-213

McNally RJ (1997) Implicit and explicit memory for trauma-related information in PTSD, *Ann N Y Acad Sci*, Jun 21; 821:219-23

Merckelbach H, Murlis P, Rassin E et al. (2000) Dissociative experiences and interrogative suggestibility in college students, *Pers Individ Differ*, 29:1133-1140

Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, Fergusson DM (1998) Relationship Between Dissociation, Childhood Sexual Abuse, Childhood Physical Abuse, and Mental Illness in a General Population Sample, *Am J Psychiatry*, 155:806-811

Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR (1997) The Link Between Substance Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Women. A Research Review, *Am J Addict*, 6:273-283

Neiss R (1993) The role of psychobiological states in chemical dependency: who becomes addicted? *Addiction* 88:745-756

Neumann D, Houskamp BM, Pollock VE, Briere J (1996) The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child maltreatment*, 1:6-16

Nicholas KB, Bieber SL (1996) Parental abusive versus supportive behaviors and their relation to hostility and aggression in young adults, *Child Abuse Negl* 20(12), S. 1195-1211

Ouimette PC, Finney JW, Moos RH (1999) Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse and posttraumatic stress disorders, *Psychology of Addictive Behaviours* 23: 785-795

Putnam FW, Carlson, Ross CA, Anderson GA, Clark P, Torem M, Bowman ES, Coons P, Chu JA, Dill DL, Loewenstein RJ, Braun BG (1996) Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples, *J Nerv Ment Disease*, 184:673-679

Riley, K.C. (1988) Measurement of dissociation, *J Nerv Ment Disease*, 176: 449-450

Roesler TA, Dafler CE (1993) Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: alcohol and drug use in adult survivors, *J Substance Abuse Treatment* 10:537-543

Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D, Anderson G, Burchet P (1989) The Dissociative Disorders Interview Schedule: a structured interview, *Dissociation* 1989; 2:169-189

Ross CA, Kronson J, Koensgen S, Barkman K, Clark P, Rockman G (1992) Dissociative Comorbidity in 100 Chemically Dependent Patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 43(8):840-842

Rufer M, Held D, Cremer J, Fricke S, Moritz S, Peter H, Hand I (2006) Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder, *Psychother Psychosom*, 75:40-46.

Sachsse U (2003) Distress-Systeme des Menschen, *Persönlichkeitsstörungen*, 7:4-15

Sanders B, Giolas MH (1991) Dissociation and childhood trauma in psychooogically disturbed adolescents, *Am J Psychiatry*, 148:50-54

Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H (2006) Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder an reports of childhood trauma, *J Clin Psychiatry*, 67 (19): 1583-90

Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, van der Kolk BA (1994) Somaziation in patients with dissociative disorders, *Am J Psychiatry* 151:1329-1334

Schacter DL (1999) *Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit*, Rowohlt, Reinbek

Schäfer I, Krausz M (2006a) *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung*, Klett-Cotta, Stuttgart

Schäfer I (2006b) Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen. In: Schäfer I, Krausz M (2006) *Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung*, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 11-32

Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, et al. (2006c) Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study, *J Nerv Ment Dis*, 194:135-138

Schäfer I, Reddemann L (2005) Traumatisierung und Sucht – eine Literaturübersicht, *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3. Jg Heft 3, S. 9-18

Scheurich A, Müller MJ, Wetzell H, Anghelescu I, Klawe C, Ruppe A, Lörch B, Himmerich H, Heidenreich M, Schmid G, Hautzinger M, Szegedi A (2000) Reliability and validity of the German version of the European Addiction Severity Index (EuropASI), *J Stud Alcohol* 61(6):916-919

Schmidt P, Küfner H, Hasemann S, Löhnert B, Kolb W, Zemlin U, Soyka M (2007) Ist der European Addiction Severity Index ein sinnvolles Diagnoseinstrument bei Alkoholabhängigkeit? *Fortschr Neurol Psychiatr* 75:541-548

Scott ST (2007) Multiple traumatic experiences and the development of posttraumatic stress disorder, *J Interpers Violence*, 22(7):932-938

Sedman G (1972) An investigation of certain factors concerning the aetiology of depersonalization, *Acta Psychiatr Scand*, 48:191-219

Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Knutelska M (2001) The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalization Disorder, *Am J Psychiatry*, 158:1027-1033

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

Spiegel D (1986) Dissociating Damage, *American Journal of Clinical Hypnosis* 29/2: 123-131

Spitzer C, Freyberger HJ, Stieglitz RD, Carlson EB, Kuhn G, Magdeburg N, Kessler C (1998) Adaption and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale, *J Trauma Stress*, 11(4):799-809

Spitzer C (2004) Psychometrische Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen. In: Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (Hrsg.) *Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Theorie, Symptomatik, Therapie*, Schattauer, Stuttgart, S. 311-320

Stanton MD (1976) Drugs, Vietnam, and the Vietnam veteran: an overview, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 3(4):557-70

Stein MB, Hanna C, Vaerum V, Koverola C (1999) Memory functioning in adult women traumatized by childhood sexual abuse, *J Trauma Stress* Jul; 12(3):527-34

Stewart SH, Pihl RO, Conrod PJ, Dongier M (1998) Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders, *Psychology of Addictive Behaviors*, 23:797-812

Swett C, Halpert M (1993) Reported history of physical and sexual abuse in relation to dissociation and other symptomatology in women psychiatric inpatients, *J Interperson Viol*, 8(4):545-555

Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE (2006) Sticks, Stones and Hurtful Words:Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment, *Am J Psychiatry*, 163:993-1000

Trueman D (1984) Depersonalization in a nonclinical population, *J Psychol*, 116:107-112

Van Ijzendoorn MH, Schuengel C (1996) The measurement of dissociation in normal and clinical populations. Meta-analytic validation of the Dissociative Experience Scale (DES), *Clin. Psychol. Rev.* 16:365-382

Waller NG, Putnam FW, Carlson EB (1996) Types of dissociation and dissociative types. A taxometric analyses of dissociative experiences, *Psychol Methods*, 1:300-321

Waller NG, Ross CA (1997) The Prevalence and Biometric Structure of Pathological Dissociation in the General Population: Taxometric and Behavior Genetic Findings, *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4):499-510

Warshaw MG, Fierman E, Pratt L, Hunt M, Yonkers KA, Massion AO, Keller MB (1993) Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with history of trauma or PTSD, *Am J Psychiatry*, 150:1512-1516

Wenzel K, Bernstein DP, Handelsman L, Rinaldi P, Ruggiero J, Higgins B (1996) Levels of Dissociation in Detoxified Substance Abusers and Their Relationship to Chronicity of Alcohol and Drug Use, *J Nerv Ment Dis*, 184(4):220-227

Wetzels P (1997) Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit: Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) e.V., Hannover

Wiltschko SC, Vogeltanz ND, Klassen AD, Harris TR (1997) Childhood Sexual Abuse and Women's Substance Abuse: National Survey Findings, *J. Stud. Alcohol* 58:264-271

Zlotnick C, Shea MT, Recupero P, Bidadi K, Pearlstein T, Brown P (1997) Trauma, Dissociation, Impulsivity, and Self-Mutilation Among Substance Abuse Patients, *Am J Orthopsychiatry* 67(4):650-654

6. ANHANG

6.1 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Teilnehmerquote.....	S.44
Tabelle 2: Staatsangehörigkeit, Familienstand und Wohnsituation.....	S.45
Tabelle 3: Höchster Schulabschluss.....	S.46
Tabelle 4: Berufliche Situation.....	S.46
Tabelle 5: Haupteinnahmequelle.....	S.47
Tabelle 6: Körperlicher Zustand.....	S.48
Tabelle 7: Psychischer Status.....	S.49
Tabelle 8:Übersicht Dissoziative Symptomatik.....	S.50
Tabelle 9: CTQ-Mittelwerte in den Subskalen.....	S.51
Tabelle 10: Cut-Off-Scores für Missbrauch und Vernachlässigung bei den weiblichen Patienten.....	S.51
Tabelle 11: Cut-Off-Scores für Missbrauch und Vernachlässigung bei den männlichen Patienten.....	S.52
Tabelle 12: Verlauf des Alkoholkonsums.....	S.53
Tabelle 13: Haupteffekte emotionalen Missbrauchs und des Alters zu Beginn von Entzugserscheinungen auf die DES-Mittelwerte als Zielvariable.....	S.57
Tabelle 14: Adjustierte Haupteffekte emotionalen Missbrauchs und des Alters bei Beginn von Entzugserscheinungen auf DES-Mittelwerte als Outcome-Variable.....	S.58

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich den zahlreichen Patienten danken, die bereit waren, sich den langwierigen Befragungen zu unterziehen. Ohne ihre Kooperation wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Herrn Prof. Dr. Haasen möchte ich für die Überlassung des Themas und die Unterstützung durch die Station PS 5 danken.

Herr Dr. med. Ingo Schäfer hat diese Arbeit mit viel persönlichem Einsatz begleitet. Bei Fragen und Problemen stand er stetes schnell und mit zielführenden Anregungen zur Stelle. Dank seines Engagements und seiner Freundlichkeit war die Anfertigung dieser Arbeit nicht nur lehrreich, sondern auch freudvoll. Ihm gilt mein besonderer Dank.

Herrn Dipl.-Psych. Ulrich Reininghaus danke ich herzlich für die Durchführung der statistischen Analysen.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie von Herzen für die moralische und materielle Unterstützung während meines Studiums und der Promotion danken.

LEBENS LAUF

30. Oktober 1977 Geboren in Oldenburg als Tochter von Friederike Dilling, geb. Trupke, und Dr. med. Ulrich Dilling

Schule

1984-1988 Grundschule Uhlandstraße, Bad Zwischenahn

1988-1990 Orientierungsstufe Bad Zwischenahn

1990-1997 Gymnasium Bad Zwischenahn-Edeweicht

Studium

April 1998 – Juli 1999 Studium der Politikwissenschaft und Philosophie an der Universität Hamburg

August 1999 – März 2000 Studium der Politikwissenschaft und Philosophie an der Lomonosov-Universität, St- Petersburg, Rußland

April 2000 – März 2003 Studium der Politikwissenschaft und Philosophie an der Universität Hamburg mit dem Abschluss als Diplompolitologin

April 2003 – April 2005 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin (April 2005 Ärztliche Vorprüfung)

April 2005 – November 2009 Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg

ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.