

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Jürgen Gallinat

Zusammenhänge zwischen posttraumatischen Störungen und der Nutzung von Hilfsangeboten bei Patienten mit Substanzabhängigkeit

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Kathrin Anne Karsch
aus Hechingen

Hamburg 2015

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 22.06.2016**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: PD Dr. Ingo Schäfer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. Olaf Kuhnigk

Abstract

Einleitung:

Bei bis zu 40% der Patienten in stationärer Suchtbehandlung findet sich eine komorbide Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Untersuchungen bei unterschiedlichen anderen Patientengruppen zeigen, dass Personen mit PTBS deutlich häufiger klinische Hilfsangebote nutzen. Allerdings liegen zum Einfluss der Schwere einer PTBS und weiterer klinischer Faktoren auf die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten bei Suchtkranken mit komorbider PTBS bislang kaum Befunde vor.

Methoden:

Patienten, die konsekutiv eine von 5 Fachkliniken zur stationären Suchtrehabilitation aufsuchten, wurden auf das Vorliegen einer mindestens subsyndromalen PTBS gescreent. Bei betroffenen Patienten (N=539) wurden Daten zur Soziodemographie, zu Vorbehandlungen und mithilfe etablierter psychometrischer Instrumente zu frühen Traumatisierungen (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ), der Symptomschwere der PTBS (Posttraumatic Diagnostic Scale; PDS) und zu weiteren klinischen Parametern (Addiction Severity Index; ASI-Lite) erhoben, um Charakteristika zu identifizieren, die mit einer besonders intensiven Nutzung von Versorgungsangeboten assoziiert sein könnten.

Ergebnisse:

Von insgesamt 428 Patienten lagen ausreichend Daten zur Auswertung der Vorbehandlungen vor. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht, früher Traumatisierung in der Kindheit, der Symptomschwere der akuten PTBS und der Inanspruchnahme des Hilfesystems vor Aufnahme gefunden werden. Einzig die ASI-Subskalen „Psychischer Status“ ($p=.007$) und „Arbeits- und Unterhaltsituation“ ($p=.013$) korrelierten signifikant mit einer erhöhten Inanspruchnahme des Hilfesystems.

Diskussion:

In der vorliegenden Untersuchung zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen der Schwere der PTBS bzw. der frühen Traumatisierungen und der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten. Dies könnte auch in der Tatsache begründet sein, dass, im Gegensatz zu anderen Untersuchungen, ausschließlich traumatisierte Patientinnen und Patienten eingeschlossen wurden. Der globale psychische Status und die soziale Situation könnten hingegen auch innerhalb der untersuchten Patientengruppe hilfreiche Indikatoren für eine höhere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten sein.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
1.1	Problemstellung	6
1.2	Theoretischer Hintergrund	7
1.2.1	Traumatisierung und Sucht	7
1.2.1.1	Traumatisierungen und ihre Bedeutung bei Suchterkrankungen	7
1.2.1.2	Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Suchtkranken	9
1.2.1.3	Zusammenhänge zwischen posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchterkrankungen	11
1.2.2	Nutzung von Versorgungsangeboten durch traumatisierte Personen	14
1.2.2.1	Nutzung von Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung durch traumatisierte Personen	14
1.2.2.2	Nutzung psychiatrischer Versorgungsangebote durch traumatisierte Personen	17
1.2.2.3	Befunde zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungsangeboten durch traumatisierte Personen mit Abhängigkeitserkrankung	19
1.3	Ziel der Studie, Fragestellung und Hypothesen	21
2	Material und Methoden	22
2.1	Forschungsdesign	22
2.2	Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche	23
2.3	Operationalisierung	23
2.3.1	Soziodemographische Angaben	23
2.3.2	Vorbehandlungen	24
2.3.3	Erhebung der Traumatisierung und posttraumatischen Störungen	25
2.3.4	Erhebung weiterer klinischer Parameter	28
2.4	Stichprobenzugang	30
		4

2.5	Datenerhebung, Messzeitpunkte und Datenanalyse	31
3	Ergebnisse	32
3.1	Art der Ergebnisdarstellung	32
3.2	Stichprobe	32
3.3	Deskriptive Darstellung der Stichprobe in den Merkmalsbereichen	33
3.3.1	Soziodemographische Angaben	33
3.3.2	Vorbehandlungen	35
3.3.3	Traumatisierung und Symptomatik der Traumafolgestörung	36
3.3.4	Symptomschwere der posttraumatischen Störung	39
3.3.5	Weitere klinische Parameter	40
3.4	Ergebnisse der psychometrischen Merkmalsbereiche	41
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	44
4	Diskussion	45
4.1	Diskussion der gewählten Methodik	45
4.2	Diskussion der Ergebnisse	48
4.2.1	Soziodemographischen Angaben und Vorbehandlungen	48
4.2.2	Traumatisierung und Symptomatik der Traumafolgestörung	49
4.2.3	Weitere klinische Parameter	52
4.3	Zusammenfassung und Ausblick	54
5	Literaturverzeichnis	55
6	Danksagung	63
7	Lebenslauf	64
8	Eidesstattliche Erklärung	65

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die Wahrscheinlichkeit, Opfer eines traumatischen Erlebnisses zu werden, ist höher als im Allgemeinen angenommen. So wird die Lebenszeitprävalenz für eine Traumatisierung je nach Region auf 50-60% geschätzt (Reddemann, 2006). Eine häufige Folge dieser Erlebnisse ist die sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Eine besonders hohe Punktprävalenz von 15-40% der PTBS findet sich bei Suchterkrankten in stationärer Behandlung (Schäfer und Najavits, 2007). Aus Untersuchungen bei unterschiedlichen Patientengruppen geht hervor, dass Personen mit PTBS deutlich häufiger als gesunde Personen klinische Hilfsangebote nutzen, etwa Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung (Kartha et al., 2008, Gillock et al., 2005). Doch auch psychiatrische Einrichtungen werden durch Personen mit posttraumatischen Störungen häufiger auf der Suche nach Hilfe aufgesucht (Calhoun et al., 2002) als von gesunden Personen. Die Schwere der Traumafolgestörung, die Art des erlebten Traumas oder auch soziodemographische Faktoren wie das Geschlecht, der Wohnort oder die ethnische Zugehörigkeit werden als mögliche Einflussfaktoren diskutiert (Brooks et al., 2012, El-Khoury et al., 2004, Lipsky et al., 2006, Calhoun et al., 2002). Zu Patienten mit posttraumatischen Störungen und einer Abhängigkeitserkrankung liegen bisher jedoch nicht viele Befunde vor. In einer der wenigen Untersuchungen konnte das Vorliegen einer akuten Posttraumatischen Belastungsstörung bei Patienten mit Substanzabhängigkeit als prädiktiver Einflussfaktor für häufigere stationäre Aufnahmen in eine Suchtklinik identifiziert werden (Brown et al., 1995). Allerdings handelt es sich bei Patienten mit der Komorbidität von PTBS und Suchterkrankung um ein heterogenes Kollektiv (z.B. in Bezug auf die Ausprägung beider Störungen und die Intensität der traumatischen Erfahrungen) und es ist bislang nicht bekannt, welche Charakteristika bei dieser Gruppe mit einer besonders intensiven Nutzung von Versorgungsangeboten verbunden sind. Dies soll in der vorliegenden Arbeit genauer untersucht werden.

1.2 Theoretischer Hintergrund

1.2.1 Traumatisierung und Sucht

1.2.1.1 Traumatisierungen und ihre Bedeutung bei Suchterkrankungen

Die Lebenserfahrungen vieler Menschen sind durch traumatische Erlebnisse geprägt. Unter Traumatisierung versteht man eine Erfahrung, welche nicht mit den üblichen Bewältigungsstrategien zu verarbeiten ist. Dies wird noch einmal mehr durch die folgende, häufig zitierte Definition von Fischer und Riedesser (2009) beleuchtet: Ein psychisches Trauma wird hier als: „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“, beschrieben. Hier wird verdeutlicht, dass es zum einen von den individuellen Ressourcen und zum anderen auch vom Schweregrad der Traumatisierung abhängt, ob sich durch das Erlebte langfristige Folgen ergeben. Die Lebenszeitprävalenz für das Erleben eines traumatischen Ereignisses wird weltweit, auch abhängig von der Region in der man lebt, auf 50-90% geschätzt (Reddemann, 2006). In einer repräsentativen deutschen Studie, die Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 21 Jahren befragte, ergab sich eine Häufigkeit von 18% bei den weiblichen Jugendlichen und 26% bei den männlichen Jugendlichen für das Erleben traumatischer Ereignisse (Perkonigg et al., 2000). Besonders schwerwiegend sind traumatische Erfahrungen im Kindesalter. Insbesondere Frauen bzw. junge Mädchen sind häufig von sexueller Gewalt in der Kindheit betroffen. So berichteten deutlich mehr Frauen (6-25%) als Männer (2-8%) von sexuellen Gewalterfahrungen in der Kindheit in einer Studie in der Allgemeinbevölkerung (Engfer, 2005). Erlebnisse körperlicher Misshandlung im Kindesalter werden weitgehend unabhängig vom Geschlecht mit einer Prävalenz von etwa 10% angegeben (Wetzels, 1997).

Bei Suchtkranken sind noch höhere Raten interpersoneller Gewalterfahrungen anzutreffen. So konnten Simpson und Miller (2002) in einer umfangreichen Analyse zu sexuellem Missbrauch in der Kindheit zeigen, dass die durchschnittliche Prävalenzrate bei weiblichen Suchtpatientinnen in 47 untersuchten Studien 45% betrug, im

Gegensatz zu den männlichen Patienten in insgesamt 20 untersuchten Studien mit einer durchschnittlichen Prävalenzrate von 16%. Auch im deutschsprachigen Raum wurden Untersuchungen hierzu angestellt. Sexueller Missbrauch wurde in einem Interview von 32% der Patientinnen berichtet, im Vergleich zu 4% der männlichen Patienten (Kemmner et al., 2004). Ein ähnliches Bild lässt sich auch für körperlichen Missbrauch in der Kindheit bei Suchtpatienten zeichnen. So konnten Kemmner et al. (2004) zwar zeigen, dass die Prävalenzrate für leichtere Formen körperlicher Gewalterfahrungen in der Kindheit sowohl für die weiblichen als auch für die männlichen Patienten bei ungefähr 50% lag. Allerdings fand sich wieder eine höhere Prävalenz bei Frauen, die schwere Formen von körperlicher Gewalt in ihrer Kindheit erlebt hatten, im Gegensatz zu den befragten Männern (25% vs. 15,2%).

Eine Reihe von Studien konnte für die Allgemeinbevölkerung zeigen, dass das Erleben früher interpersoneller Traumatisierungen häufig mit einem späteren Suchtverhalten einhergeht. Innerhalb einer hochtraumatisierten Stichprobe von erwachsenen Patienten, die sich zur Behandlung in einer Klinik in Atlanta vorstellten, wurden durchschnittliche Lebenszeit-Prävalenzen von 39% für eine Alkohol- von 34% für eine Kokain-, 6,2% für eine Heroin- bzw. Opiatabhängigkeit und 44% für eine Cannabisabhängigkeit gefunden (Khoury et al., 2010). Die Schwere der Abhängigkeit korrelierte hier stark mit der Schwere des Kindheitstraumas. In einer repräsentativen Stichprobe von mehr als 12.000 Jugendlichen von Shin et al. (2009) wurde ersichtlich, dass körperlicher und sexueller Missbrauch sowie Vernachlässigung auch nach Kontrolle von elterlicher Alkoholabhängigkeit, mangelndem Aufsichtsverhalten und soziodemographischen Variablen sichere Risikofaktoren für exzessiven Alkoholkonsum („binge drinking“) der Jugendlichen darstellten. Die Untersuchung einer neuseeländischen Kohorte, welche prospektiv von Geburt an bis zum 18 Lebensjahr begleitet wurde und retrospektiv im Alter von 18 Jahren zu körperlichen und sexuellen Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen befragt wurde, konnte ebenfalls einen deutlichen Zusammenhang zwischen frühen interpersonellen Gewalt- bzw. Missbrauchserfahrungen und einer aktuellen Substanzproblematik aufzeigen. So konnten Fergusson et al. (1996) in ihrer 1996 veröffentlichten Arbeit zeigen, dass frühe kindliche Missbrauchserfahrungen das Risiko, eine spätere Substanzabhängigkeit zu entwickeln, auch nach Berücksichtigung potenzieller konfundierender Variablen

deutlich erhöhten. Insbesondere schwere Formen sexueller Gewalt, die mit Geschlechtsverkehr einhergingen, konnten als wichtige Risikofaktoren für eine spätere Suchterkrankung identifiziert werden. In einer weiteren Arbeit zu dieser Kohorte von Fergusson et al. (1997) wurde zudem berichtet, dass auch diejenigen, welche körperliche Gewalt in der Kindheit erlitten, später deutlich häufiger eine substanzbezogene Störung wie eine Alkoholabhängigkeit entwickelten. Einen Zusammenhang zwischen früher interpersoneller Gewalt bzw. Missbrauchserfahrung und späteren Suchtproblemen konnte auch eine australische Studie verdeutlichen. Hier wurde der Einfluss von kindlichen Missbrauchserfahrungen auf die Entwicklung einer Suchterkrankung bei Zwillingen untersucht. Sexueller Missbrauch in der Kindheit erhöhte dabei das Risiko der Entwicklung einer Nikotinabhängigkeit oder einer Abhängigkeitserkrankung von illegalen Substanzen (Nelson et al., 2006). Weitgehend ausgeschlossen wurden so genetische oder familiäre Umweltfaktoren als Störvariablen. Im Folgenden soll näher auf die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei suchterkrankten Patienten als Folge des Erlebens traumatischer Ereignisse eingegangen werden.

1.2.1.2 Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Suchtkranken

Neben anderen komorbiden Störungen (St Cyr et al., 2014) liegen gerade zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zahlreiche Befunde bei Patienten in Suchtbehandlung vor. Eine PTBS wird neben dem Kriterium ein traumatisches Erlebnis gehabt zu haben im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ (DSM-IV) über die drei Symptomkomplexe Wiedererleben, Vermeidung und erhöhtes vegetatives Erregungsniveau definiert. Die Symptome müssen über mindestens einen Monat vorgelegen haben und Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen wie im sozialen und beruflichen Leben bedingen (American Psychiatric Association., 1994). In der letzten Revision des DSM (DSM-V, (American Psychiatric Association., 2013)) wurden einige Änderungen vorgenommen. Unter anderem wurde ein weiterer Symptomcluster hinzugefügt („Negative Veränderungen von Gedanken und Gefühlen“), der neben Symptomen, die vorher dem Vermeidungscluster zugerechnet wurden, auch einige neue Symptome enthält wie etwa eine negative Einstellung zu sich selbst und der Welt.

Schon frühe Studien aus dem angloamerikanischen Raum konnten zeigen, dass kokain- und opiatabhängige Patienten aus der Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger als Personen ohne Suchterkrankungen auch die Diagnosekriterien einer PTBS erfüllten (8% vs. 0,3%, (Cottler et al., 1992)). Besonders zahlreiche und eindruckliche Ergebnisse finden sich jedoch für Suchterkrankte in Behandlung. Eine Übersichtsarbeit, die vor allem Studien aus dem angloamerikanischen Raum einschloss, berichtete von einer Punktprävalenz von 15-41% und von einer Lebenszeitprävalenz von 26-52% der PTBS bei Patienten in Suchtbehandlung (Schäfer und Najavits, 2007). Ähnliche Ergebnisse zur Prävalenz einer PTBS bei Patienten in Suchtbehandlung werden auch in Studien aus dem europäischen Raum angegeben. Reynolds et al. (2005) konnten für eine britische Population eine Punktprävalenz von knapp 39% für eine akute PTBS und eine Lebenszeitprävalenz von rund 52% feststellen. Dragan et al. (2007) untersuchten eine Stichprobe von polnischen Alkoholabhängigen in sowohl ambulanter als auch stationärer Suchtbehandlung in und um Warschau. Unter den alkoholkranken Patienten fand sich eine Prävalenz von 25% für die Diagnose einer aktuellen PTBS. Ähnlich hohe Prävalenzraten konnten auch für den deutschsprachigen Raum gefunden werden. So konnte Kutscher et al. (2002) eine akute PTBS bei 9% der männlichen Teilnehmer und 22% der weiblichen Teilnehmerinnen aus einem untersuchten Kollektiv von 128 Abhängigen im qualifizierten Entzug finden. Dies konnten auch Schäfer et al (2007) in ihrer Stichprobe zeigen. Hier wiesen 11% der männlichen Patienten und 26% der weiblichen Patientinnen mit einer Alkoholabhängigkeit eine akute PTBS auf. Auch Driessen et al. (2008) konnten diese Zahlen bestätigen. In ihrer Studie fanden sie in einem großen Kollektiv von Suchterkrankten (N=459) eine Punktprävalenz der PTBS von 25%. Die Prävalenzraten unterschieden sich dabei deutlich zwischen Patienten mit verschiedenen Arten von Abhängigkeitserkrankungen. So hatten Patienten mit einer alleinigen Alkoholabhängigkeit eine Prävalenz der PTBS von 15%, diejenigen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen eine Prävalenz von 30% und Patienten mit einer Abhängigkeit sowohl von Alkohol als auch von illegalen Substanzen eine Prävalenz von 34%. Ähnliche Unterschiede fanden sich auch in anderen Arbeiten. So zeigten Abhängige von „harten Drogen“ oder mit Mischkonsum deutlich höhere Prävalenzen der PTBS als alkohol- oder cannabisabhängige Patienten (Najavits et al., 1997). Eine Studie aus Australien konnte diesen Zusammenhang weiter untermauern.

So hatten Opioid Abhängige die höchste Prävalenz einer gegenwärtigen PTBS von 32% im Vergleich zu Abhängigen anderer Suchtmittel wie beispielsweise Sedativa von 28% (Mills et al., 2006). Dom und Sabbe (2007) konnten zudem darstellen, dass Alkoholiker, welche vor dem 25. Lebensjahr abhängig wurden, signifikant häufiger von schweren traumatischen Kindheitserlebnissen berichteten als Alkoholiker, die erst nach dem 25. Lebensjahr abhängig wurden. Außerdem konnte in dieser Arbeit gezeigt werden, dass Frauen sehr viel häufiger die Diagnosekriterien einer PTBS erfüllten als ihre männliche Vergleichsgruppe (48% vs. 17%). Es zeigt sich also, dass für Menschen mit Suchtproblemen eine hohe Prävalenz für eine PTBS zu finden ist, aber dass auch Patienten mit einer PTBS hohe Prävalenzen einer Suchterkrankung aufweisen.

Im folgenden Abschnitt soll noch einmal genauer auf Zusammenhänge zwischen den Erkrankungen sowie mögliche Ursachen und Mechanismen, die zur Entwicklung dieser komorbiden Störungen beitragen, eingegangen werden.

1.2.1.3 Zusammenhänge zwischen posttraumatischen Belastungsstörungen und Suchterkrankungen

Zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen PTBS und Suchterkrankungen gibt es verschiedene Erklärungsansätze. Besonders anschaulich und bereits häufig diskutiert ist die sogenannte Selbstmedikationshypothese. Diese besagt, dass Substanzen konsumiert werden, um den quälenden Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung, beispielsweise dem Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses, sowie Symptomen eines erhöhten Erregungsniveaus zu entkommen. Ebenso könnten weitere Traumafolgen, zum Beispiel die mangelnde Fähigkeit zur adäquaten Interaktion mit dem sozialen Umfeld oder auch die verminderte Fähigkeit, emotionale Gefühlszustände zu beeinflussen, auf diese Weise besser bewältigt werden (Brady et al., 2004, Chilcoat und Breslau, 1998, Khantzian, 1985, Stewart und Conrod, 2003). Offensichtlich hilft der Substanzkonsum dabei, die Symptome der PTBS, welche häufig als sehr belastend empfunden werden, zu unterdrücken und gleichermaßen zu vermeiden. Auf diese Art müssen schmerzhaft emotionale, Gedanken an vergangene Erlebnisse und negative Intrusionen nicht mehr

bewusst wahrgenommen werden. Befunde, welche die Theorie unterstützen, werden im Folgenden dargestellt. Stewart et al. (1999) untersuchten 295 Alkohol- und Medikamentenabhängige, um klassische Konsumsituationen zu erfragen. Eine Untergruppe von 46% der Patienten wies hier zudem eine PTBS auf. Es zeigte sich deutlich, dass verstärkter Konsum in negativen Situationen wie beispielsweise in Konflikten, somatische Erkrankungen oder negative emotionale Zustände jeweils stark mit der Schwere der gegenwärtigen PTBS-Symptomatik korrelierte. In positiven Situationen, beispielsweise beim „geselligen Trinken“, wurde deutlich weniger konsumiert. Auch Gefühle, die sonst gar nicht erlebt werden können, werden mithilfe bestimmter Substanzen wieder erfahren (Khantzian, 1997, Kaysen et al., 2007). Back et al. (2006) zeigten, dass sich bei Verschlechterung einer PTBS der Konsum von Kokain deutlich erhöhte und umgekehrt eine Verbesserung der Symptomatik zu geringerem Kokain-Konsum führte. Ouimette et al. (2007) konnte ähnliche Zusammenhänge in Bezug auf Rückfälle deutlich machen. Die Patienten wurden nach Gründen für ihren ersten Substanzkonsum nach Entlassung aus einer Suchtbehandlung befragt. Die Patienten mit PTBS wurden dabei in negativen emotionalen Zuständen signifikant häufiger rückfällig als die Suchtpatienten ohne PTBS. Weiter konnte eine experimentelle Studie eine Beziehung zwischen traumabezogenen Erinnerungen und dem Suchtverlangen herstellen, was die Selbstmedikationshypothese weiter unterstützt. Patienten mit PTBS hatten ein stärker ausgeprägtes Suchtverlangen sobald ihnen traumabezogene Erinnerungsreize angeboten wurden, im Vergleich zum Angebot neutraler Reize. Im Vergleich zur Kontrollgruppe nahm außerdem das Craving, also das Verlangen nach der Substanz, in der Gruppe ab, die eine traumabezogene Expositionstherapie absolviert hatte (Coffey et al., 2006).

Ein besseres Verständnis des schwerwiegenden Einflusses früher interpersoneller Traumatisierungen auf die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bieten auch die folgenden Arbeiten. Nach Hien et al. (2005) wirken sich insbesondere interpersonelle Traumatisierungen auf bestimmte psychische Funktionsbereiche und Persönlichkeitsstrukturen aus, die für eine spätere Suchtentwicklung von entscheidender Bedeutung sein können. Dazu zählen die Autorinnen unter anderem die Emotionsregulation und interpersonelle Probleme. Simons et al. (2003)

untersuchten den Einfluss von körperlichen, sexuellen und emotionalen Misshandlungen in der Kindheit auf verschiedene Copingstrategien. So wurde insbesondere ein häufiger Gebrauch vermeidender Copingstrategien bei den 112 alkohol- oder drogenabhängigen Patientinnen der Studie, die emotionalen Missbrauch erfahren mussten, gefunden. Kassel et al. (2007) konnte zudem eine signifikante Korrelation zwischen ängstlichem Bindungsverhalten, Stress als Konsummotiv und der Häufigkeit des Konsums von Cannabis, Alkohol und Nikotin innerhalb einer Stichprobe von Studierenden finden. Demnach scheinen zahlreiche Faktoren, insbesondere interpersonelle Gewalterfahrungen wie Missbrauch, Misshandlung aber auch das Bindungsverhalten, Persönlichkeitsstrukturen und erlernte Copingstrategien in Bezug auf die Entstehung von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen, eine Rolle zu spielen.

Allerdings finden sich bei Patienten mit Suchterkrankungen und Traumatisierungen in ausgeprägtem Maße auch weitere komorbide Störungsbilder, welche die Gesamtproblematik deutlich verstärken und Behandlungsversuche erschweren. Besonders hervorzuheben sind die häufig weitreichenden, zusätzlichen psychiatrischen Folgen von frühen interpersonellen Gewalterfahrungen, etwa affektive Störungen, Essstörungen und dissoziative Störungen (Mullen et al., 1993, Wartel, 1991, Browne und Finkelhor, 1986). In einer prospektiven Studie zeigten Clark et al. (2003) an einer Kohorte von 400 Jugendlichen mit substanzgebundenen Störungen einen Zusammenhang zwischen kindlichen sexuellem Missbrauch und Misshandlung und dem Auftreten von sowohl primären als auch sekundären depressiven Störungen. Bei Substanzabhängigen mit der Diagnose einer akuten PTBS konnten Mills et al. (2006) in einer großen epidemiologischen Studie zeigen, dass zwei Drittel der Patienten zusätzlich die Kriterien einer affektiven Störung und die Hälfte der untersuchten Patienten außerdem die Kriterien einer Angststörung erfüllten. In der untersuchten Gruppe erfüllten auch zwei Drittel die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung. In einer Arbeit von Najavits et al. (2012) wurde der Zusammenhang zwischen einer PTBS mit komorbider Abhängigkeitserkrankung und dissoziativen Störungen untersucht. Die 77 untersuchten Patientinnen wurden anhand des Schweregrades ihrer dissoziativen Störung in zwei Gruppen eingeteilt und mittels ihrer trauma- und substanzbezogenen Symptome, Kognitionen, Copingstrategien,

sozialer Interaktionen, Trauma-Vorgeschichte und suizidalen Handlungen verglichen. Die Patientinnen mit einer schweren dissoziativen Störung wiesen deutlich mehr traumabezogene Symptome auf und hatten häufiger emotionalen Missbrauch und physische Vernachlässigung erfahren als die Vergleichsgruppe mit einer weniger ausgeprägten dissoziativen Störung.

Die Auswirkungen einer Abhängigkeitserkrankung mit komorbider PTBS auf das Auftreten somatischer Krankheitsbilder wurden ebenfalls genauer untersucht. So konnte gezeigt werden, dass eine PTBS bei Suchtpatienten häufig mit dem Auftreten kardiovaskulärer, neurologischer und gastrointestinaler Symptome bzw. Erkrankungen assoziiert war (Ouimette et al., 2006, Del Gaizo et al., 2011). Eine somatische Erkrankung bei Suchtpatienten mit PTBS geht auch häufig mit einem verschlechterten Gesundheitszustand einher, welcher die Patientinnen und Patienten zusätzlich belastet. Durch riskantes Verhalten in sexueller Hinsicht, z.B. im Hinblick auf das Risiko einer HIV-Infektion, kann diese Problematik weiter verschärft werden (Stevens et al., 2003).

1.2.2 Nutzung von Versorgungsangeboten durch traumatisierte Personen

1.2.2.1 Nutzung von Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung durch traumatisierte Personen

Für die Häufigkeit und Intensität der Nutzung von Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung sind traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit und die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung offensichtlich von immenser Bedeutung. Besonders viele Daten dazu liegen aus dem angloamerikanischen Raum vor. So zeigten Kartha et al. (2008) in einer Querschnittsstudie an 592 Patienten einer Ambulanz, die an ein Krankenhaus der medizinischen Grundversorgung angegliedert war, dass traumatisierte Personen generell mehr Behandlungskontakte für ein psychisches Problem hatten (Incidence rate ratio (IRR)=3.9). Zudem wiesen 22% der befragten Patienten die Diagnose einer akuten PTBS auf. Diese wiederum hatten längere stationäre Aufenthalte in dieser Klinik wahrgenommen (IRR=2.6) und wurden häufiger ins Krankenhaus eingewiesen (IRR=2.2). Hier wurden jegliche medizinisch

indizierten Einweisungs- und Aufenthaltsgründe berücksichtigt. Gillock et al. (2005) konnten an einer Stichprobe von insgesamt 232 Patienten zeigen, dass die Patienten mit entweder einer akuten (9%) oder einer subsyndromalen PTBS (25%) signifikant häufiger medizinische Behandlungsangebote in Anspruch nahmen als Patienten ohne PTBS. Zudem wies die PTBS-Gruppe auch signifikant schwerwiegendere physische Symptome und einen schlechteren Gesundheitszustand auf als die Vergleichsgruppe ohne PTBS.

In Bezug auf diese Zusammenhänge ist ein besonderes Augenmerk auf interpersonelle Gewalterfahrungen in der Kindheit zu richten. So untersuchten Kapur et al. (2004) im Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie insgesamt 100 Patienten einer Allgemeinarztpraxis in einem Vorort von Manchester in Großbritannien. Die Anzahl vorheriger Konsultationen wurde einem nationalen Register entnommen. Die 10% der Patienten, die die meisten vorherige Konsultationen aufwiesen, wurden als „häufige Nutzer“ (N=50) bezeichnet und den „normalen Nutzern“ (N=50) gegenübergestellt. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Gruppe der „häufigen Nutzer“ signifikant mehr Konsultationen in Anspruch nahm, wenn sie in ihrer Kindheit elterliche Vernachlässigung und körperliche bzw. sexuelle Gewalt erfahren hatten. Rosenberg et al. (2000) befragten in einer Klinik in New England Patienten aus drei Gruppen nach traumatischen Erlebnissen. Eine Gruppe wurde in einer gynäkologischen Ambulanz, eine Gruppe auf einer Epilepsiestation und eine dritte in der stationären Psychiatrie rekrutiert. Es konnte gezeigt werden, dass die Anzahl an traumatischen Erlebnissen sowie das Erleben von sexuellem und körperlichem Missbrauch in der Kindheit signifikant mit einer erhöhten Anzahl an Konsultationen in dieser Klinik korrelierte. Dabei gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei untersuchten Gruppen. In einer prospektiven Kohortenstudie in den USA wurden Erwachsene mit dokumentierten Fällen körperlicher bzw. sexueller Gewalterfahrungen oder Vernachlässigung in der Kindheit nach ihrer Nutzungsfrequenz verschiedener medizinischer und sozialer Hilfsangebote befragt. In der Kontrollgruppe waren Erwachsene die diese Erfahrungen im Kindesalter nicht machen mussten. Die Fall- und Kontrollgruppe wurden nach Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit entsprechend randomisiert. Die häufigsten Gründe für die Nachfrage nach sozialen Hilfsangeboten waren hier die Suche nach einer Unterkunft und die regelmäßige

Versorgung mit Nahrungsmitteln. So konnte gezeigt werden, dass Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit signifikant mit einer vermehrten Nutzung psychiatrischer Versorgungsdienste (Odds Ratio (OR)=1.60) und sozialen Hilfsangeboten (OR=2.95) vergesellschaftet war (Yanos et al., 2010).

Besonders Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit scheinen sehr häufig und intensiv das Hilfesystem zu nutzen. In einer Arbeit aus Kalifornien wurden 602 Frauen im Warteraum einer internistischen Abteilung rekrutiert und befragt. Die Patientinnen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit hatten signifikant häufiger ärztliche Konsultationen in Anspruch genommen als die Vergleichsgruppe ohne sexuelle Missbrauchserfahrungen. Außerdem berichteten die Frauen mit Traumatisierung häufiger von krankheitsbezogenen Symptomen (Newman et al., 2000). Eine Arbeitsgruppe aus Washington hat diesen Zusammenhang über einen Kostenvergleich weiter herausgearbeitet. So haben Walker et al. (1999) in ihrer Studie veranschaulicht, dass Frauen mit der Erfahrung von Misshandlung und Vernachlässigung um durchschnittlich 97 Dollar höhere Kosten pro Jahr als Frauen ohne diese Erfahrungen im medizinischen Hilfesystem verursachten. Frauen, die in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch erfahren mussten, hatten sogar um durchschnittlich 245 Dollar höhere Kosten pro Jahr als Frauen ohne diese Erfahrungen.

Elhai et al. (2006) versuchten noch andere Einflussfaktoren, wie das Alter und die Haltung gegenüber der erhaltenen Behandlung, in Beziehung zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten zu setzen. Sie untersuchten 194 Patienten einer Einrichtung der medizinischen Grundversorgung in den USA. Es wurden unter anderem die Anzahl der Kontakte mit psychiatrischen Versorgungsangeboten, wie beispielsweise der Besuch eines Psychiaters oder eines Psychologen, sowohl bezogen auf das gesamte Leben als auch auf die letzten sechs Monate, erfragt. Eine intensivere Nutzung des Hilfesystems in den vergangenen sechs Monaten korrelierte signifikant mit weiblichem Geschlecht und einer erhöhten Frequenz an traumatischen Erlebnissen. Die Nutzung der psychiatrischen Versorgungsangebote bezogen auf das gesamte Leben zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl von gewalttätigen Angriffen durch eine fremde Person. Traumatische Erfahrungen, vor allem sexueller und körperlicher

Missbrauch in der Kindheit, das Vorliegen einer PTBS und insbesondere weibliches Geschlecht scheinen also eine wichtige Rolle in der Intensität der Nutzung von allgemeinmedizinischen Hilfsangeboten zu spielen. Für die vorliegende Arbeit ist darüber hinaus die Nutzung psychiatrischer Hilfsangebote durch traumatisierte Patienten von besonderem Interesse.

1.2.2.2 Nutzung psychiatrischer Versorgungsangebote durch traumatisierte Personen

Personen mit posttraumatischen Störungen finden sich häufig in Anlaufstellen der psychiatrischen Versorgung. Vor allem aus dem angloamerikanischen Raum wurde dies bereits von einigen Arbeitsgruppen beschrieben. So verursachen Menschen mit PTBS in den USA die höchsten jährlichen Kosten für die Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungsstrukturen (Greenberg et al., 1999). Auch Elhai et al. (2005) und Gavrilovic et al. (2005) konnten in ihren Übersichtsarbeiten zeigen, dass die Diagnose PTBS signifikant mit erhöhter Nutzungsfrequenz psychiatrischer Versorgungsangebote korreliert. Das generelle Vorliegen einer PTBS wurde auch von anderen Arbeitsgruppen als Prädiktor für die verstärkte Nutzung von psychiatrischen Hilfsangeboten identifiziert (Boscarino et al., 2002, New und Berliner, 2000, Zhang et al., 2004), wobei auch die Schwere einer PTBS für die Häufigkeit der Nutzung psychiatrischer Dienste von Bedeutung ist (Goto et al., 2002, Weine et al., 2000). Besonders unter Kriegsveteranen in den USA findet man eine hohe Prävalenz der PTBS (Kudler, 1991). Veteranen mit PTBS haben oft zahlreiche somatische Probleme und berichten häufiger über verschiedene körperliche und psychische Symptome als Veteranen ohne die Diagnose einer PTBS (Schnurr und Jankowski, 1999, Kudler, 1991). Wie andere Populationen mit PTBS nutzten auch Veteranen mit der Diagnose einer PTBS deutlich häufiger psychiatrische Versorgungsdienste (Schnurr et al., 2000, Marshall et al., 1998). Eine von Calhoun et al. (2002) durchgeführte Studie nutzte das Fallregister einer spezialisierten Klinik für traumatisierte Veteranen im Südosten der USA. Verglichen wurden zwei Gruppen von Veteranen, von denen die eine Gruppe die Kriterien einer PTBS erfüllte. Die Nutzung von Hilfsangeboten im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung, der ambulanten medizinischen Versorgung, der stationären Aufnahmen in eine psychiatrische Klinik und der stationären

Aufnahmen für ein somatisches oder chirurgisches Krankheitsbild wurde verglichen. Dabei konnte gezeigt werden, dass Veteranen mit der Diagnose PTBS signifikant häufiger stationär in die Psychiatrie aufgenommen wurden als die Veteranen der Vergleichsgruppe ohne PTBS (12% vs. 6%). Auch ambulante psychiatrische Angebote wurden von Veteranen mit PTBS signifikant häufiger genutzt. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die Schwere der PTBS- Symptomatik signifikant mit einer stärkeren Nutzung von ambulanten und psychiatrischen Versorgungsdiensten korreliert. Elhai et al. (2007a) untersuchten in einer Gruppe von 174 Kriegsüberlebenden mit Behandlungswunsch in einer ähnlichen Einrichtung die Zusammenhänge zwischen PTBS–Symptomschwere, der Nutzung psychiatrischer Versorgungsstrukturen während des Lebens und der medizinischen Probleme der Teilnehmer. Eine vorherige stationäre psychiatrische Aufnahme stand signifikant mit der Symptomschwere der PTBS und einem zukünftigen ambulanten Therapiewunsch in Beziehung.

Einige Studien untersuchten persönliche Charaktereigenschaften und Prädiktoren, die zusätzlich zur PTBS eine erhöhte Nutzung psychiatrischer Angebote vorhersagen könnten. Eine Studie von Brooks et al. (2012) beschäftigte sich dabei vor allem mit demographischen Variablen wie dem Wohnort der Veteranen und konnte zeigen, dass Veteranen aus ländlichen Gebieten deutlich weniger Hilfsangebote und Klinikaufenthalte in Anspruch nahmen als Veteranen aus dem Stadtgebiet oder der näheren Umgebung einer großen Stadt. Auch weitere komorbide Störungsbilder stellten eine Einflussgröße in Bezug auf die Nutzung der Versorgungsdienste dar. So lagen bei Veteranen mit mehreren psychiatrischen Erkrankungen zusätzlich zur PTBS 64% mehr Klinikkontakte vor als bei der Vergleichsgruppe mit der alleinigen Diagnose einer gegenwärtigen PTBS. Auch innerhalb einer Gruppe kanadischer Veteranen, die an militärischen Friedensoperationen im Ausland teilgenommen hatten, konnten Elhai et al. (2007b) zeigen, dass die vermehrte Nutzung psychiatrischer Versorgungsstrukturen durch ein jüngeres Alter, Gesundheitsprobleme und auch den Schweregrad der Symptomatik der PTBS vorhergesagt wurde.

Wie bereits erläutert sind vor allem Frauen von Traumatisierungen durch interpersonelle Gewalt betroffen. Viele der Betroffenen haben niemals psychologische

Hilfsangebote in Anspruch genommen (Lipsky et al., 2006) und falls Versorgungsstrukturen genutzt wurden, sind diese meist nicht sehr zielgerichtet. Nur wenige betroffene Frauen scheinen durch angemessene Hilfsangebote wie spezialisierte Beratungsstellen für häusliche Gewalt oder ähnliches erreicht zu werden (Macy et al., 2005). Besonders afroamerikanische Frauen nutzen deutlich weniger psychiatrische Hilfsangebote oder Beratungsstellen als kaukasische Frauen nach einem Vorfall von häuslicher Gewalt (El-Khoury et al., 2004). Johnson et al. (2007) konnten weitere Faktoren für den Zusammenhang zwischen einer PTBS und der erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsdienste bei Opfern häuslicher Gewalt sowohl afrikanischer als auch kaukasischer Ethnie finden. Mitglied einer Krankenversicherung zu sein und eine größere Anzahl an traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit korrelierte hier signifikant mit der vermehrten Nutzung von Hilfsangeboten. Weitere Faktoren wie sozioökonomischer Status, Schweregrad des Missbrauchs, Anzahl der Kinder, PTBS und psychiatrische Komorbiditäten konnten bei Opfern häuslicher Gewalt oder anderer traumatischer Erfahrungen ebenfalls mit vermehrter Hilfesuche assoziiert werden (Lipsky et al., 2006, Elhai et al., 2005).

1.2.2.3 Befunde zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Versorgungsangeboten durch traumatisierte Personen mit Abhängigkeitserkrankung

Eine besondere Gruppe im Versorgungssystem stellen Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung und Abhängigkeitserkrankung dar. Oft sind diese beiden Krankheitsbilder, wie bereits oben erläutert, eng miteinander verwoben und bisher gibt es nur wenige Befunde dazu, welche Einflüsse bei dieser oft besonders belasteten Patientengruppe auf die Häufigkeit und Intensität der Nutzung medizinischer Versorgungsdienste bestehen. Lediglich aus den Vereinigten Staaten liegen zwei Arbeiten vor, die im Folgenden dargestellt werden.

Brown et al. (1995) untersuchten den Zusammenhang zwischen einer akuten PTBS-Diagnose und der Anzahl der stationären Behandlungstage in einer privaten Suchtklinik. Dazu wurden 84 Patienten eines stationären Suchtbehandlungsprogramms rekrutiert und die Anzahl der bisherigen stationären

Suchtbehandlungen und weitere Behandlungen für psychische Probleme erfragt. Die Patienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt: Die Patienten der einen Gruppe erfüllten die Kriterien für die Diagnose einer akuten PTBS und die der anderen Gruppe erfüllten diese nicht. Die Patienten der PTBS-Gruppe hatten eine signifikant höhere Anzahl an stationären Aufnahmen für die Behandlung der Suchterkrankung als Patienten in der Gruppe ohne PTBS. In einer weiteren Studie konnten Brown et al. (1999) nochmals zeigen, dass die Diagnose einer akuten PTBS einen prädiktiven Faktor für deutlich längere stationäre Aufenthalte in einem Suchtbehandlungsprogramm darstellt. Teure stationäre Suchtbehandlungen wurden von Betroffenen signifikant häufiger genutzt.

Diesen Zusammenhang konnten auch Maguen et al. (2012) darstellen. Sie untersuchten eine Gruppe von kürzlich aus dem Einsatz im Irak und in Afghanistan zurückgekehrte Soldatinnen und Soldaten. Alle Studienteilnehmer erfüllten die Kriterien einer akuten PTBS. Zusätzlich erfüllte ein Teil der Gruppe die Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung. Weibliche Veteranen waren häufiger alleinstehend, afroamerikanischer Herkunft und nutzten deutlich häufiger Angebote der medizinischen und psychiatrischen Grundversorgung als männliche Veteranen. Männliche Veteranen nutzten hingegen häufiger stationäre Angebote. Veteranen beider Geschlechts, die sowohl die Kriterien für eine PTBS und die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllten, hatten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für die Nutzung aller untersuchten Angebote, verglichen mit den Veteranen ohne Komorbidität.

Bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankung scheint also das Vorliegen einer komorbiden PTBS einen prädiktiven Einfluss in Bezug auf eine größere Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsangebote zu haben. Bisher liegen jedoch keine Arbeiten vor, in denen untersucht wurde, welche weiteren Einflüsse und Charakteristika von Patienten mit posttraumatischen Störungen und Abhängigkeitserkrankungen eine Rolle in Bezug auf die Nutzung psychiatrischer Versorgungsangebote spielen könnten. Dies soll in der vorliegenden Arbeit genauer untersucht werden.

1.3 Ziel der Studie, Fragestellung und Hypothesen

Patienten mit der Doppeldiagnose einer Posttraumatischen Störung und einer Suchterkrankung sind häufig schwer belastet. Die oben vorgestellten Studien zeigen, dass Hilfsangebote von dieser Patientengruppe zwar häufig, oft sogar häufiger als von andere Patientengruppen, genutzt werden, diese aber oft nicht erfolgreich sind. Daher ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, ein genaueres und umfassenderes Bild von der Häufigkeit der Nutzung psychiatrischer Versorgungsangebote durch Patienten mit posttraumatischen Störungen und komorbider Suchterkrankung zu erhalten. Des Weiteren soll ein besseres Verständnis möglicher Einflussfaktoren dazu beitragen, künftig einen besseren Umgang mit dieser Patientengruppe zu erreichen, um adäquater auf ihre Bedürfnisse und Anforderungen eingehen zu können.

Fragestellung:

Welche Faktoren haben bei Patienten mit Suchterkrankungen und (mind. subsyndromaler) PTBS Einfluss auf die Intensität der Nutzung von Versorgungsangeboten?

Hypothesen:

- H1: Soziodemographische Aspekte wie Alter und Geschlecht haben einen signifikanten Einfluss auf die Intensität der Nutzung von psychiatrischen Versorgungsstrukturen.
- H2: Die Schwere der Belastung durch frühe Traumatisierungen anhand des Childhood Trauma Questionnaire (QTC) zeigt einen signifikanten Einfluss auf die Intensität der Nutzung psychiatrischer Versorgungsstrukturen.
- H3: Die Schwere der Belastung anhand der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) hat einen signifikanten Einfluss auf die Intensität der Nutzung psychiatrischer Versorgungsstrukturen.
- H4: Die Schwere der klinischen Belastung anhand der einzelnen Skalen des Addiction Severity Score (ASI-Lite) korreliert signifikant mit der Intensität der Nutzung von psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

2 Material und Methoden

2.1 Forschungsdesign

Die vorliegende Arbeit ist Teil eines größeren Forschungsprojektes, in dem ein spezifisches, integratives Therapieangebot für Suchtkranke mit Posttraumatischer Belastungsstörung bei Patienten während eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes überprüft wurde. Es handelt sich um ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm „Seeking Safety“ (Najavits, 1999). Dies zeigte im internationalen Vergleich bereits gute Ergebnisse. Die Hauptfragestellung befasste sich mit der Abstinenzrate der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe sechs Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung. Eine der Nebenfragestellungen wird in der vorliegenden Arbeit bearbeitet, im Sinne des übergeordneten Ziels der Studie, die zu einem langfristigen Aufbau verbesserter Versorgungsstrukturen in dem an posttraumatischen Störungen und einer Abhängigkeitserkrankung leidenden Patientenkollektiv beitragen soll.

Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine multizentrische, prospektive Längsschnittstudie mit sequentiellm Kontrollgruppendesign. Zunächst wurde die Kontrollgruppe rekrutiert. Es erfolgte dann in der nächsten Studienphase die Rekrutierung der Interventionsgruppe. Teilnehmer an der Studie waren Patienten aus fünf beteiligten Fachkliniken zur stationären Suchtrehabilitation. Die Patienten wurden zu drei Zeitpunkten während ihres Aufenthaltes und im Sinne einer Katamnese ein weiteres Mal sechs Monate nach der Entlassung befragt. Dabei wurden Daten zu soziodemographischen Aspekten, Traumaerfahrungen, Symptombelastung im Rahmen der Posttraumatischen Störung, Alkohol,- Medikamenten und Drogenkonsum, Selbstfürsorge und interpersonellen Problemen sowie allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand erhoben. Weiter wurden auch Daten zur Behandlungsvorgeschichte, wie der Anzahl der Vorbehandlungen in verschiedenen Teilen des Versorgungssystems, erfasst.

2.2 Konzeptualisierung der Merkmalsbereiche

Als erster Merkmalsbereich waren die soziodemographischen Angaben für die vorliegende Arbeit von Interesse. Diese beinhalteten Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familiensituation, Partnersituation, Wohnsituation, die Anzahl der Kinder, höchster Schulabschluss, abgeschlossene Berufsausbildung und insbesondere die Anzahl der Vorbehandlungen. Des Weiteren wurde die Symptomschwere der Posttraumatischen Belastungsstörung erfasst sowie das Auftreten traumatischer Erfahrungen in Kindheit und im Erwachsenenalter. Auch Daten zu relevanten klinischen Parametern, zum Gesundheitszustand, dem psychischen Status sowie dem Alkohol- und Drogengebrauch wurden erfasst.

Soziodemographische Angaben.....	2.3.1
Vorbehandlungen.....	2.3.2
Erhebung der Traumatisierung und posttraumatischen Störungen.....	2.3.3
Erhebung weiterer klinischer Parameter.....	2.3.4

2.3 Operationalisierung

2.3.1 Soziodemographische Angaben

Die Erhebung der soziodemographischen Angaben erfolgte mithilfe eines eigens für diese Studie konzipierten Interviews. In diesem wurden unter anderem Fragen zur Lebens- und Wohnsituation, der bisherigen und aktuellen Schul- und Berufsausbildung, der Anzahl der bisherigen Vorbehandlungen aus den Bereichen Entgiftung, Entwöhnungstherapie, allgemeine ambulante Psychotherapie und Traumatherapie, und zudem zur Suizidalität sowie aktueller Medikation gestellt. Weitere Angaben wie Geschlecht, Alter, Familienstand usw. wurden aus den Daten bei Patientenaufnahme in die jeweilige Fachklinik entnommen und zugeordnet.

2.3.2 Vorbehandlungen

Wie oben bereits beschrieben wurde im Rahmen der Erhebung der soziodemographischen Angaben die Anzahl der bisherigen Vorbehandlungen erhoben. Es wurde erfasst, wie häufig die Patienten vor Aufnahme der aktuellen Therapie eine ambulante, teilstationäre und stationäre Entgiftung, eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungstherapie, eine ambulante allgemeine Psychotherapie oder eine ambulante oder stationäre Traumatherapie gemacht hatten.

Um diese Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in ein quantitatives Maß umzuwandeln, wurde nach Lavik (1983) ein Index erstellt, in welchem die ungefähren Kosten, die die einzelnen Behandlungen verursachen, als Grundlage für die Bewertung der Schwereinteilung dienten. Es wurden Punktwerte von 1 bis 3 vergeben, wobei nach klinischer Einschätzung der durchschnittlichen Kosten und Behandlungszeiträume ein Punkt für Behandlungen mit geringeren Kosten und drei Punkte für Behandlungen mit sehr hohen Kosten zugeordnet wurden (Tabelle 1). Mit diesem Punktwert wurde die Anzahl der Behandlungen multipliziert und diese Werte wurden wiederum addiert, sodass sich ein Summenscore für jeden Patienten ergab. Dieser Score ist umso höher, je mehr Behandlungen in Anspruch genommen wurden und je mehr Kosten diese verursachten (Lavik (1983)).

Tabelle 1: Berechnung des Index-Scores

Frühere Behandlungen	Anzahl der Punkte
Ambulante Entgiftung	1
Ambulante Entwöhnungstherapie	1
Allgemein ambulante Psychotherapie	1
Ambulante Traumatherapie	1
Stationäre Entgiftung	2
Teilstationäre Entwöhnungstherapie	2
Stationäre Entwöhnungstherapie	3
Stationäre Traumatherapie	3

Zur Verdeutlichung eine beispielhafte Rechnung:

Patient A hat an zwei stationären Entgiftungen teilgenommen und zudem anschließend an zwei stationären Entwöhnungstherapien. Zuvor hat Patient A außerdem allgemeine ambulante Psychotherapiesitzungen besucht.

Stationäre Entgiftung => $2 \cdot 2 = 4$

Stationäre Entwöhnungstherapie => $3 \cdot 2 = 6$

Allgemeine ambulante Psychotherapie => $1 \cdot 1 =$

Ergibt einen Index-Summenscore von: $4 + 6 + 1 = 11$

2.3.3 Erhebung der Traumatisierung und posttraumatischen Störungen

Zur Erhebung der frühkindlichen Traumatisierung bzw. Vernachlässigung wurde der in Deutschland etablierte Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) von Bernstein und Fink (1998) benutzt. Dieser Fragebogen wurde in den USA entwickelt und umfasst 70 Items. Die hier verwendete Kurzform CTQ-SF wurde ebenfalls von Bernstein et al. (2003) entwickelt, um der klinischen Realität besser gerecht zu werden und die Durchführung des Interviews praxisnäher zu gestalten. Der Fragebogen ist konzipiert als ein Selbstratinginstrument für den Patienten. Dieser retrospektive Fragebogen erfasst sexuellen und emotionalen Missbrauch, körperliche Misshandlung sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung auf fünf Subskalen. Auf den fünf Skalen werden jeweils drei Items erfasst. Zusätzlich gibt es drei Items, die das Verharmlosen und Herunterspielen von frühkindlichen traumatischen Erfahrungen überprüfen („...hatte ich eine perfekte Kindheit“). So umfasst der CTQ in der Kurzform insgesamt 28 Items. Der Schweregrad wird mithilfe einer Likert-Skala von 1 („überhaupt nicht“) bis 5 („sehr häufig“) bewertet. Somit ergibt sich ein Summenscore von 5-25 Punkten für jede der fünf Subskalen. Die Bewertung kann also von „kein Missbrauch“ bis „schwerster Missbrauch“ reichen. Bernstein und Fink (1998) entwickelten Cut-off Werte, um das Ausmaß und die Schwere der frühkindlichen Traumatisierung einzuschätzen. Diese reichen von „kein oder minimal“ zu „wenig bis moderat“ über „moderat bis schwer“ zu „schwer bis extrem“. Die hier verwendete Einteilung auf Grundlage von Bernstein und Fink (1998) findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2. Cut-Off Werte des CTQ in Bezug auf die einzelnen Subskalen (Bernstein und Fink, 1998)

Skala	Kein oder minimal	Wenig bis moderat	Moderat bis schwer	Schwer bis extrem
CTQ sexueller Missbrauch	5	6-7	8-12	>13
CTQ körperliche Misshandlung	5-7	8-9	10-12	>13
CTQ körperliche Vernachlässigung	5-7	8-9	10-12	>13
CTQ emotionaler Missbrauch	5-8	9-12	13-15	>16
CTQ emotionale Vernachlässigung	5-9	10-14	15-17	>13

Diese Gruppeneinteilung wurde auch in der Analyse der hier vorliegenden Arbeit verwendet. Der Fragebogen besitzt sowohl in der Lang- als auch in der Kurzform eine hohe interne Konsistenz (Cronbach`s α zwischen .79 und .94 für die jeweiligen Subskalen (Bernstein et al., 2003, Bernstein et al., 1994). Der CTQ wurde in einer deutschen Version veröffentlicht und Wingefeld et al. (2010) konnten auch hier eine hohe interne Konsistenz (Cronbach`s α „sexueller Missbrauch“ $\geq .89$, Cronbach`s α „körperliche Misshandlung“ $\geq .80$, Cronbach`s α „körperliche Vernachlässigung“ $\geq .55$, Cronbach`s α „emotionaler Missbrauch“ $\geq .87$, Cronbach`s α „emotionale Vernachlässigung“ $\geq .83$) zeigen.

Um die Art des Traumas und die zugehörige Schwere der Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung zu erfassen, wurde die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) ausgewählt. Dieses Selbstratinginstrument wurde von Foa (1995) in den USA entwickelt. Die deutsche Übersetzung von Ehlers et al (1996) umfasst wie das Original 49 Items. Mithilfe des Fragebogens werden zum einen das Erleben traumatischer Erlebnisse in der Vergangenheit erfasst und zum anderen die Schwere der Einschränkung durch die Symptombelastung im täglichen, beruflichen und sozialen Leben ermittelt. Als Grundlage dienen hier die DSM-IV Diagnosekriterien.

Somit ist auch die klinische Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch den PDS-Fragebogen möglich. Zunächst wird in Teil 1 (entspricht DSM-IV Kriterium A1) die Art der bisherig erlebten traumatischen Ereignisse anhand von „ja“/„nein“ Antworten abgefragt. Es stehen 12 verschiedene möglicherweise erlebte traumatische Ereignisse zur Auswahl (etwa „Naturkatastrophe“, z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben). Im zweiten Teil wird für das subjektiv „schlimmste Erlebnis“ ein Zeitraum erfasst („vor weniger als einem Monat“ bis zu „vor mehr als 5 Jahren“) sowie das subjektive Empfinden bei Erleben des Traumas erfragt („... dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war?“), welches Kriterium A2 der DSM-IV Kriterien entspricht. Die Erfassung der PTBS-Symptomatik, also eine Reihe von Problemen, welche Menschen nach traumatischen Erlebnissen haben können, wie Wiedererleben, Vermeidung und ein erhöhtes Erregungsniveau, nach DSM-4 Kriterium B bis D, erfolgt in Teil 3. Hier wird die Symptombelastung anhand einer vierstufigen Likert-Skala („Überhaupt nicht oder nur 1-mal im letzten Monat“ bis „5-mal oder öfter pro Woche/fast immer“) für den letzten Monat abgefragt. Diese Sektion (Wiedererleben, Vermeidung, erhöhtes Erregungsniveau) umfasst 17 Items zur Erfassung des Schweregrades der PTBS. Zur Unterscheidung in eine akute, verzögerte oder chronische PTBS-Symptomatik wird zum einen die Zeit bis zum Auftreten erster Symptome als auch die Dauer der Symptome erfragt. Teil 4 beschäftigt sich genauer mit möglichen Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Hausarbeit, Freizeit, Kontakt mit Freunden und Familie, Erotik, allgemeiner Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit in allen Lebensbereichen. Die interne Konsistenz in Bezug auf den Gesamtscore des Originalinstruments wurde von Foa et al. (1997) mit Cronbach's $\alpha = .92$ (Cronbach's α „Wiedererleben“=.78, „Vermeidung“=.84, „Erregbarkeit“=.84) überprüft. Für die deutsche Version konnten ebenfalls gute Werte gezeigt werden. Griesel et al. (2006) konnten eine interne Konsistenz für das gesamte Instrument in der deutschen Version von Cronbach's $\alpha = .94$; (Cronbach's α „Wiedererleben“=.90, „Vermeidung“=.89, „Erregbarkeit“=.88) zeigen. Der PDS-Fragebogen stellt somit auch in der deutschen Fassung ein reliables Instrument zur Erfassung der Symptomschwere der PTBS dar. Aus den Teilen 1-4 kann ein Summenscore berechnet werden. Die Symptomatik der PTBS wiegt umso schwerer je höher der Score ausfällt. Weiterhin kann der der Score

in fünf verschiedene Schweregrade eingeteilt werden, von 0 („keine Belastung“) bis zu 4 („sehr schwere Belastung“).

2.3.4 Erhebung weiterer klinischer Parameter

Zur Erfassung weiterer klinischer Parameter wurde der Addiction Severity Index-„Lite“ Fragebogen (ASI-Lite) in der deutschen Version benutzt (McLellan et al., 1997). Dieses semistrukturierte klinische Interview fragt sieben Problembereiche des Patienten ab, die sich zum einen genauer mit dem bisherigen und aktuellen Drogen- und Alkoholgebrauch als auch mit allgemeinen möglichen Problemfeldern des Patienten beschäftigen, wie dem Gesundheitszustand, der Arbeits- und Unterhaltssituation, familiären und psychischen Problemen sowie der rechtlichen Situation. Das Interview kann in ca. 30 Minuten durchgeführt werden. Der ASI wurde von McLellan et al. (1980) entwickelt, um das Behandlungsergebnis für substanzabhängige Patienten zu evaluieren. Seitdem wurde der Fragebogen sehr häufig genutzt und in 9 Sprachen übersetzt, mittlerweile gibt es den ASI in der 5. Edition (McLellan et al., 1992). Der ASI kann in der Forschung auch gut von nicht klinisch arbeitenden Mitarbeitern durchgeführt werden. Auf Grundlage des ASI-5 wurde der ASI-Lite entwickelt. Der Vorteil des ASI-Lite besteht darin, dass er deutlich kürzer ausfällt als der ASI-5. Die amerikanische Version des ASI-Lite weist eine ausreichende interne Konsistenz (Cronbach's α zwischen .64 und .89 für die jeweiligen Subskalen) und Validität auf (Cacciola et al., 2007). Der Fragebogen umfasst 114 Items, welche sich mit sieben möglichen Problembereichen des Patienten befassen. Die ersten beiden Fragen des ASI-Lite beschäftigen sich mit allgemeinen Angaben („Befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutionellen Umgebung?“ und „Wie viele Tage befanden Sie sich während der letzten 30 Tage in einer institutioneller Umgebung?“) In den folgenden, einzelnen Teilbereichen „Körperlicher Zustand“, „Rechtliche Situation“, „Familie und Sozialbeziehungen“ und „Psychischer Status“ werden zunächst objektive Angaben erfragt, beispielsweise in der Sektion „Körperlicher Zustand“ („An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage gesundheitliche Probleme?“). Dann sollen diese gesundheitlichen Probleme auf einer Skala von 0 („gar kein Problem“) bis 4 („extrem“) zum einen auf die Schwere der Belastung und Beeinträchtigung und zum anderen auf den Wunsch nach Behandlung

subjektiv eingestuft werden. Die Fragen in der Sektion „Arbeits-/Unterhaltsituation“ sind ohne Selbsteinschätzungsskala und werden mit „ja/nein“ beantwortet. Die Sektion zum Drogen- und Alkoholgebrauch befasst sich zum einen mit Beginn des Konsums („Wie alt waren Sie, als Sie an mindestens 3 Tagen pro Woche Alkohol konsumiert haben?“), zum anderen mit der Dauer des Konsums in Jahren, sowie dem Konsum der letzten 30 Tage. Im zweiten Teil werden die finanziellen Ausgaben für den Drogen und Alkoholgebrauch sowie wieder eine objektive Einschätzung („An wie vielen Tagen hatten Sie während der letzten 30 Tage Alkohol- oder Drogenprobleme?“) und eine subjektive Einschätzung nach der Schwere der Belastung und dem Wunsch nach Behandlung mit der oben genannten Skala abgefragt.

Zur Berechnung der Scores werden nur Items, die sich mit Problembereichen der letzten 30 Tage beschäftigen, herangezogen. Somit wird sichergestellt, dass die aktuelle Situation des Patienten dargestellt wird. Mit diesen Items werden die einzelnen Antworten zu einem Score für jeden der sieben Problembereiche zusammengefasst, welcher Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann. Patienten mit niedrigen Werten sind somit im jeweiligen Problembereich als weniger belastet anzusehen, während Patienten mit hohen Werten als stärker belastet für diesen Problembereich zu bewerten sind.

2.4 Stichprobenzugang

In die Studie wurden alle Patienten, die im Zeitraum vom 01/2011 bis einschließlich zum 10/2014 in eine der teilnehmenden Einrichtungen zur stationären Suchtrehabilitation aufgenommen wurden (s.u.), eingeschlossen, sofern sie die folgenden Kriterien erfüllten.

Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- aktuelle substanzbezogene Störung (nach DSM-IV)
- mindestens subsyndromale PTBS (nach DSM-IV)

Mindestens subsyndromale PTBS wurde definiert nach Schützwohl & Maercker (1999), DSM-IV Kriterium B (belastendes Wiedererleben) und entweder Kriterium C (Vermeidungsverhalten) oder Kriterium D (vegetative Übererregung).

Ausschlusskriterien:

- Akute Suizidalität
- Akute psychotische Erkrankungen
- Schwere kognitive Erkrankungen

Im Folgenden findet sich eine Auflistung der beteiligten Sucht-Rehakliniken:

Fachklinik Nettetal, Wallenhorst

Fachklinik St. Vitus, Visbek

Fachklinik Erlengrund, Salzgitter

Fachklinik St. Marienstift, Neuenkirchen

Fachklinik Paracelsus Wiehengebirgsklinik Bad Essen

2.5 Datenerhebung, Messzeitpunkte und Datenanalyse

Bei der Aufnahme der Patienten in die jeweilige beteiligte Fachklinik wurde zunächst im Rahmen der dort üblichen klinischen Diagnostik ein Screening zur Identifikation der in Frage kommenden Patienten durch die therapeutischen Mitarbeiter durchgeführt (T0). Bei Erfüllen der Einschlusskriterien wurde ein weiterer Termin vereinbart, bei dem nach sorgfältiger Aufklärung und Unterschreiben der Einverständniserklärung die Eingangsdagnostik erfolgte (T1). Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Daten wurden den Erhebungszeitpunkten T0 und T1 entnommen. Im weiteren Studienverlauf wurden außerdem die Effekte der Therapie nach Behandlungsende (T2, 12 Wochen nach T0) sowie 6 Monate nach der Entlassung untersucht (T3, Katamnese). Diese Daten wurden in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht berücksichtigt.

Um die Einflussgrößen und Zusammenhänge für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten genauer zu untersuchen, wurden verschiedene statistische Verfahren gewählt. Benutzt wurde für die Auswertung der Nutzung der Hilfsangebote, wie oben beschrieben, der erstellte Index nach Lavik (1983). Zunächst wurde der Index mithilfe des Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung untersucht. Es konnte keine Normalverteilung angenommen werden, daher wurde jeder Wert des Index-Score einem Platz in einem aufsteigenden Ranking zugewiesen. Mit dieser Variablen wurden die weiteren Berechnungen durchgeführt. Für Unterschiede zwischen den Geschlechtern wurde ein T-Test berechnet. Eine lineare Regressionsanalyse wurde zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Alter und häufigerer Inanspruchnahme der Versorgungsstrukturen berechnet. Der Einfluss der PTBS-Symptomatik und das Ausmaß traumatischer Erlebnisse in der Kindheit auf die erhöhte Nutzung von Hilfsangeboten wurden ebenfalls mithilfe linearer Regressionsanalysen berechnet. Der Zusammenhang zwischen relevanten klinischen Parametern und der Inanspruchnahme des Hilfesystems wurde anhand bivariater Korrelationen nach Spearman überprüft. Hier erschienen non-parametrische Verfahren als die beste Alternative. Für alle Untersuchungen wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .05$ festgelegt. Sämtliche Berechnungen wurden mit SPSS 21.0 für Windows durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Im ersten Teil wird genauer auf die Stichprobe und die Anzahl der Teilnehmer der Studie eingegangen. Weiterhin erfolgt die deskriptive Darstellung der Auswertung der einzelnen Fragebögen. Im zweiten Teil folgt die Darstellung der Ergebnisse der verschiedenen Merkmalsbereiche. Dort wird näher auf die Inanspruchnahme des Hilfesystems im Zusammenhang mit der frühen Traumatisierung, der Schwere der PTBS und den verschiedenen klinischen Parametern eingegangen.

3.2 Stichprobe

Im Rahmen der multizentrischen, prospektiven Längsschnittstudie mit sequentiellm Kontrollgruppendesign wurden im ersten Studienabschnitt die Daten der Kontrollgruppe und im zweiten Studienabschnitt die der Interventionsgruppe erfasst. Im Untersuchungszeitraum wurden in allen teilnehmenden Fachkliniken (siehe 2.4) insgesamt N=3562 Patienten aufgenommen. Von diesen Patienten wurden N=2437 (68,4%) gescreent (T0) und N=558 (15,7%) in die Studie eingeschlossen. Aufgrund unvollständiger Daten konnten 19 Datensätze nicht ausgewertet werden. In die Auswertung der vorliegenden Arbeit konnten somit zunächst die Daten von 539 Patienten berücksichtigt werden. Dabei war es irrelevant, ob der Patient zur Kontroll- oder Interventionsgruppe gehörte, da die ausgewerteten Daten für die vorliegende Arbeit ausschließlich zum Zeitpunkt der Aufnahme des betroffenen Teilnehmers in der Klinik erhoben wurden, also vor jeder Intervention.

3.3 Deskriptive Darstellung der Stichprobe in den Merkmalsbereichen

3.3.1 Soziodemographische Angaben

Der Altersdurchschnitt der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug $M=41,5$ Jahre ($SD=10,5$). Das Alter der Teilnehmer reichte von 18 bis 68 Jahre. Die Altersunterschiede zwischen den Geschlechtern waren nicht signifikant ($p=.31$). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe in Bezug auf die erhobenen soziodemographischen Variablen. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht.

Tabelle 3. Alter der Stichprobe getrennt nach Geschlecht

	Mittelwert	SD	Min.	Max.
Männlich	41,8	10,4	19	68
Weiblich	41,3	10,6	18	67
Insgesamt	41,5	10,5	18	68

Insgesamt wurden mehr weibliche (59,0%) als männliche Teilnehmer (41,0%) eingeschlossen. 489 (90,7%) der Teilnehmer hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Die restlichen Teilnehmer stammten aus Spanien, Großbritannien, den Niederlanden, Polen, Russland, den USA und der Türkei (insgesamt 9,3%). Die überwiegende Mehrheit der Probanden war ledig (45,1%) oder geschieden (27,8%). 122 (24,0%) der Teilnehmer waren verheiratet. Die überwiegende Mehrzahl der Probanden hatte keine Kinder (86,7%). 59 (11,9%) der Teilnehmer hatten ein oder zwei Kinder. Lediglich 7 (1,4%) hatten drei oder mehr Kinder. Der Hauptschulabschluss war mit 38,8% etwa gleich häufig wie der Realschulabschluss mit 38,0%. Berufstätig waren 175 (35,3%) der Teilnehmer, gegenüber 247 (49,8%), die keiner regelmäßigen Arbeit nachgingen. Tabelle 4 bietet eine Übersicht der erhobenen soziodemographischen Angaben.

Tabelle 4. Soziodemographische Angaben

		N	%
Geschlecht ¹	Männlich	221	41,0
	Weiblich	318	59,0
Staatsangehörigkeit ²	Deutsch	489	90,7
	Andere	11	9,3
Familienstand ³	Ledig	229	45,1
	Verheiratet	122	24,0
	Geschieden	141	27,8
	Verwitwet	16	3,1
Anzahl der Kinder ⁴	Keine	430	86,7
	Ein oder zwei	59	11,9
	Drei oder mehr	7	1,4
Höchster Schulabschluss ⁵	Ohne Abschluss	27	5,3
	Sonderschule	7	1,4
	Hauptschulabschluss	196	38,8
	Realschulabschluss	193	38,0
	Abitur	82	16,1
	Sonstiges	3	0,6
Berufstätigkeit ⁶	Berufstätig	175	35,3
	Arbeitslos	247	49,8
	Berentet	49	9,9
	Schule/Ausbildung	3	0,6
	Sonstiges	22	4,4

Anmerkungen: ¹N=539; ²N=500; ³N=508; ⁴N=496; ⁵N=508; ⁶N=496

3.3.2 Vorbehandlungen

Nach Lavik (1983; vgl. 2.3.2) wurde ein Index-Score für die Anzahl der Vorbehandlungen erstellt, wobei für insgesamt 428 Patienten dafür ausreichende Angaben vorlagen. Der Score reichte von 0 bis 224 mit einem Mittelwert von 11,1 (SD=17,0). Dabei ergab sich die in Diagramm 1 dargestellte Verteilung der Index-Scores.

Diagramm 1. Darstellung der Verteilung des Index-Scores

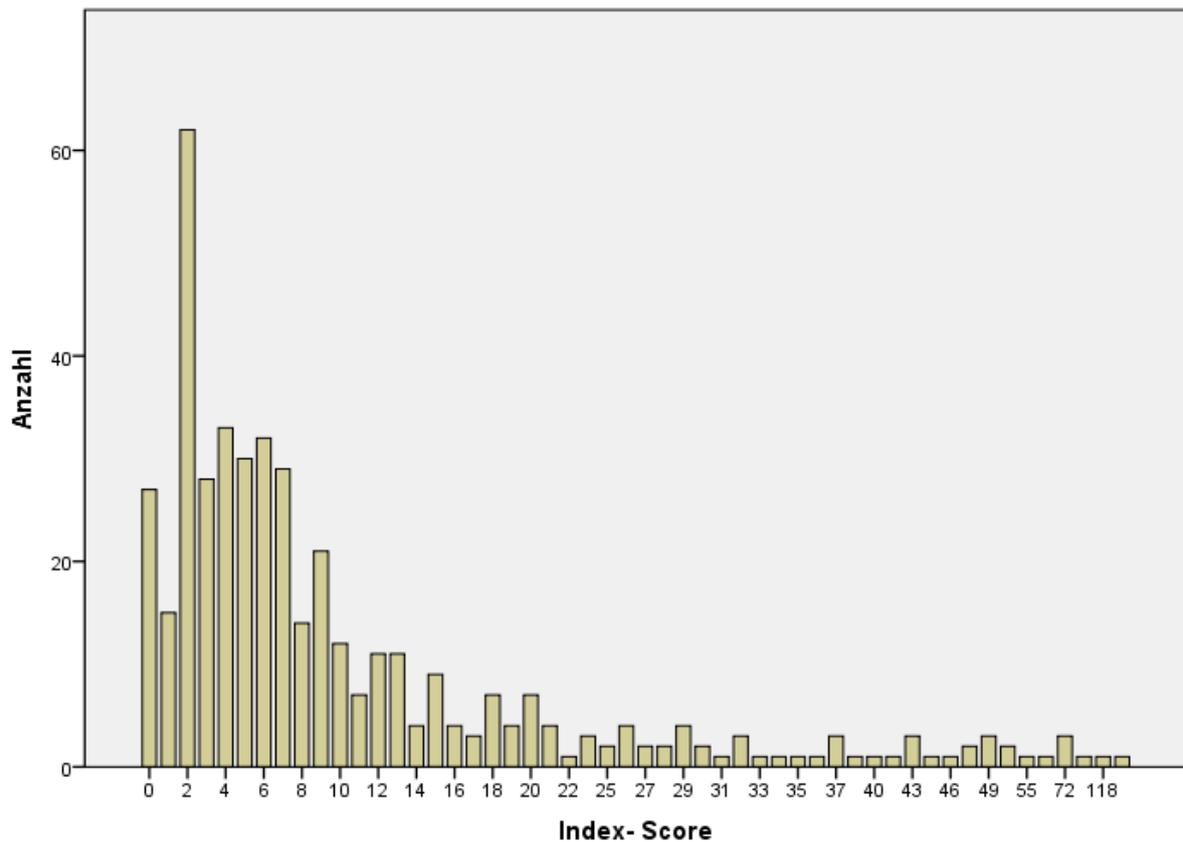


Diagramm 1: Darstellung der Werte und Verteilung des Index-Scores bezüglich der Anzahl der Patienten.

Es zeigte sich dabei eine linksschiefe Verteilung. 62 (11,5%) Patienten hatten einen Punktwert von 2, sehr wenige Patienten einen sehr hohen Punktwert von über 20 (12,6%). 27 (5,0%) Patienten hatten überhaupt keine Vorbehandlungen in Anspruch genommen. Ungefähr ein Viertel der Teilnehmer (N=104; 24,3%), hatte einen Indexwert zwischen 0 und 2. Insgesamt 227 (53,0%) Patienten, also fast die Hälfte der

Teilnehmer, hatten einen Indexwert zwischen 0 und 6. Ungefähr drei Viertel (75,0%) der Stichprobe (321 Teilnehmer) lag mit seinem Indexwert zwischen 0 und 12. Die verbleibenden 107 Teilnehmer (25,0%) hatten einen sehr hohen Indexwert zwischen 13 und 224. Für die weiteren Auswertungen wurden die zwei Teilnehmer mit extrem hohen Index- Punktwerten von 118 und 224 als Ausreißer ausgeschlossen.

3.3.3 Traumatisierung und Symptomatik der Traumafolgestörung

Zunächst wurde die Art der frühen Traumatisierung mithilfe des CTQ nach Bernstein und Fink (1998) erfasst (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5. CTQ-Subskalenscores und Gesamtscore

	Mittelwert	SD	Min.	Max.
CTQ sexueller Missbrauch ¹	10,7	6,8	5	25
CTQ körperliche Misshandlung ²	10,8	5,6	5	25
CTQ körperliche Vernachlässigung ³	10,8	4,4	5	25
CTQ emotionaler Missbrauch ⁴	15,0	6,3	5	25
CTQ emotionale Vernachlässigung ⁵	16,8	6,0	5	25
CTQ Gesamtscore ⁶	63,4	21,8	10	118

Anmerkungen: N¹=520; N²=531; N³=531; N⁴=531; N⁵=532; N⁶=518

Des Weiteren wurde eine Schweregradeinteilung vorgenommen (vgl. Methoden, 2.3.3). In der Subskala sexueller Missbrauch hatten insgesamt 250 (48,1%) der Patienten „keinen“ oder nur „minimalen“ sexuellen Missbrauch erlebt. Allerdings hatten 168 (32,3%) auch „schweren“ bis „extremen“ sexuellen Missbrauch erlebt. Hiervon waren 143 (27,5%) Frauen betroffen, aber nur 25 Männer (4,8%). Körperliche Misshandlung in der Kategorie „schwer bis extrem“ hatten insgesamt 176 (33,1%) der

Patienten erfahren. Auch hier waren Frauen etwas häufiger betroffen als Männer (106 vs. 70 bzw. 20,0% vs. 13,2%). In die Kategorie „kein oder minimal“ fielen in Bezug auf körperliche Misshandlung insgesamt 205 (38,6%) der Patienten, hier näherte sich die Geschlechterverteilung wieder einander an (116 vs. 89 bzw. 21,8% vs. 16,8%). In der Subskala körperliche Vernachlässigung fanden sich in der Gruppe „kein oder minimal“ insgesamt 148 (27,9%) der Patienten, in der Gruppe „schwer bis extrem“ fanden sich hingegen 168 (31,7%) der Patienten. Auch hier waren Frauen häufiger betroffen als Männer (107 vs. 61 bzw. 20,2% vs. 11,5%). In der Subskala emotionaler Missbrauch zeigten sich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern nochmals besonders deutlich. Von insgesamt 256 (48,2%) betroffenen Patienten der Gruppe „schwer bis extrem“ waren 184 (34,6%) der Patienten weiblich und nur 72 (13,6%) der Patienten männlich. In der Kategorie „kein oder minimal“ von insgesamt 107 (20,2%) Patienten fand sich hingegen ein relativ ausgeglichenes Geschlechterverhältnis (47 vs. 60 bzw. 8,9% vs. 11,3%). In der Subskala emotionale Vernachlässigung waren Frauen ebenfalls deutlich häufiger schwer betroffen, von den insgesamt 279 (52,5%) Patienten der Kategorie „schwer bis extrem“ waren 185 (34,8%) der Patienten weiblich und 94 (17,7%) der Patienten männlich. Auch hier war das Geschlechterverhältnis in der Gruppe „kein oder minimal“ relativ ausgeglichen (46 vs. 36 bzw. 8,6% vs. 6,8%). Tabelle 6 zeigt einen Überblick.

Tabelle 6. Häufigkeitstabelle nach Geschlecht getrennt für die Subskalen

		Männer N (%)	Frauen N (%)	Gesamt N (%)
CTQ sexueller Missbrauch ¹	„Kein oder minimal“	149 (28,7)	101 (19,4)	250 (48,1)
	„Wenig bis moderat“	9 (1,7)	17 (3,3)	26 (5,0)
	„Moderat bis schwer“	31 (6,0)	45 (8,7)	76 (14,6)
	„Schwer bis extrem“	25 (4,8)	143 (27,5)	168 (32,3)
CTQ körperliche Misshandlung ²	„Kein oder minimal“	89 (16,8)	116 (21,8)	205 (38,6)
	„Wenig bis moderat“	29 (5,5)	49 (9,2)	78 (14,7)
	„Moderat bis schwer“	30 (5,6)	42 (7,9)	72 (13,6)
	„Schwer bis extrem“	70 (13,1)	106 (20,0)	176 (33,1)
CTQ körperliche Vernachlässigung ³	„Kein oder minimal“	66 (12,4)	82 (15,4)	148 (27,9)
	„Wenig bis moderat“	34 (6,4)	58 (10,9)	92 (17,3)
	„Moderat bis schwer“	57 (10,7)	66 (12,4)	123 (23,1)
	„Schwer bis extrem“	61 (11,5)	107 (20,2)	168 (31,7)
CTQ emotionaler Missbrauch ⁴	„Kein oder minimal“	60 (11,3)	47 (8,9)	107 (20,2)
	„Wenig bis moderat“	52 (9,8)	43 (8,1)	95 (17,9)
	„Moderat bis schwer“	33 (6,2)	40 (7,5)	73 (13,7)
	„Schwer bis extrem“	72 (13,6)	184 (34,6)	256 (48,2)
CTQ emotionale Vernachlässigung ⁵	„Kein oder minimal“	36 (6,8)	46 (8,6)	82 (15,4)
	„Wenig bis moderat“	58 (10,9)	34 (6,4)	92 (17,3)
	„Moderat bis schwer“	30 (5,6)	49 (9,2)	79 (14,8)
	„Schwer bis extrem“	94 (17,7)	185 (34,8)	279 (52,5)

Anmerkungen: N¹=520 ;N²=531 ;N³=531 N⁴=531 ;N⁵=532

3.3.4 Symptomschwere der posttraumatischen Störung

Die Schwere der Belastung durch die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung wurde mithilfe des PDS-Fragebogens erhoben (siehe Methoden 2.3.3). Wie oben erwähnt, wurde bei der Auswertung des PDS Fragebogens zunächst ein Summenscore erhoben. Es konnten 533 Patienten in die Auswertung miteinbezogen werden (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7. PDS-Summenscore

	N	Mittelwert	SD	Min.	Max.
PDS-Summenscore	533	27,0	11,6	0	50

Der PDS- Summenscore wurde wiederum in fünf Schweregrade eingeteilt (siehe Methoden 2.3.3), von 0 („keine Belastung“), 1 („wenig Belastung“), 2 („moderate Belastung“), 3 („schwere Belastung“) bis 4 („sehr schwere Belastung“).

In der Gruppe „keine Belastung“ fanden sich insgesamt 4 (0,8%) der Patienten. Alle Patienten dieser Gruppe waren männlich. 41 (7,7%) der Patienten fanden sich in der Gruppe „wenig Belastung“. Hier waren 12 (2,3%) der Patienten weiblich und 29 (5,4%) der Patienten männlich. In der Gruppe „moderate Belastung“ mit insgesamt 116 (21,8%) der Patienten war das Verhältnis zwischen Frauen und Männern relativ ausgeglichen (54 vs. 62; bzw. 10,1% vs. 11,6%). In der Gruppe der schwer Belasteten mit insgesamt 223 (41,8%) fanden sich deutlich mehr Frauen als Männer (141 vs. 82 bzw. 26,5% vs. 15,4%). Eine „sehr schwere Belastung“ lag bei 149 (28,0%) der Patienten vor, auch hier waren Frauen sehr deutlich in der Überzahl (109 vs.40 bzw. 20,5% vs. 7,5%). Tabelle 8 bietet einen Überblick.

Tabelle 8. PDS-Summenscore in Gruppen nach Geschlecht

PDS-Summenscore	Männer	Frauen	Gesamt
	N (%)	N (%)	N (%)
PDS „Keine Belastung“	4 (0,8)	0 (0,0)	4 (0,8)
PDS „Wenig Belastung“	29 (5,4)	12 (2,3)	41 (7,7)
PDS „Moderate Belastung“	62 (11,6)	54 (10,1)	116 (21,8)
PDS „Schwere Belastung“	82 (15,4)	141 (26,5)	223 (41,8)
PDS „Sehr schwere Belastung“	40 (7,5)	109 (20,5)	149 (28,0)

3.3.5 Weitere klinische Parameter

Die Erhebung relevanter klinischer Parameter wurde mithilfe des ASI-Lite vorgenommen. Aus jedem Problemfeld, „Körperlicher Zustand“, „Familie und Sozialbeziehungen“, „Psychischer Status“, „Alkoholgebrauch“, „Drogengebrauch“, „Arbeits-/Unterhaltungssituation“ und „Rechtliche Situation“, wurde ein Score zwischen 0 und 1 berechnet (siehe Methoden 2.3.4). Die Mittelwerte lagen zwischen $M=0,07$ („Drogengebrauch“) und $M=0,45$ („Körperlicher Zustand“). Tabelle 9 zeigt einen Überblick der einzelnen ASI-Lite Scores.

Tabelle 9. ASI-Lite Scores

	N	Mittelwert	SD	Min.	Max.
ASI-Lite „Körperlicher Zustand“	453	0,45	0,35	0,0	1,0
ASI-Lite „Familie und Sozialbeziehungen“	445	0,29	0,23	0,0	0,95
ASI-Lite „Psychischer Status“	442	0,42	0,20	0,0	0,91
ASI-Lite „Alkoholgebrauch“	302	0,41	0,21	0,4	0,95
ASI-Lite „Drogengebrauch“	303	0,07	0,09	0,0	0,47
ASI-Lite „Arbeits-/Unterhaltssituation“	472	0,41	0,37	0,0	1,0
ASI-Lite „Rechtliche Situation“	436	0,09	0,19	0,0	0,83

3.4 Ergebnisse der psychometrischen Merkmalsbereiche

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Überprüfung der Hypothesen zu potenziellen Einflussfaktoren in Bezug auf die häufigere Inanspruchnahme des Hilfesystems dargestellt. Der Index-Score stellte in den folgenden statistischen Verfahren die abhängige Variable dar. Insgesamt 428 Patienten konnten in die Auswertung mithilfe des Index-Scores einbezogen werden (siehe 3.2.2). Da der Index-Score sehr weit von der Normalverteilung abwich, wurde jeder Wert des Scores einem Rang zugewiesen und in allen weiteren parametrischen Verfahren mit den Ranking-Variablen gerechnet (siehe 2.5).

Zunächst wurde der potenzielle Einfluss des Alters und des Geschlechts auf die Nutzung des Hilfesystems untersucht. Es zeigte sich, dass im Mittel Männer ($M=222$; $SD=124,3$) das Hilfesystem geringfügig häufiger genutzt hatten als Frauen ($M=208$; $SD=121,6$). Dieser Unterschied war nicht signifikant, ($t(424)=1,19$, $p=.233$) und mit

schwachem Effekt, $r=0,25$. Auch bei der Berechnung einer linearer Regression, um den Index-Score mithilfe des Alters vorherzusagen, fand sich kein signifikanter Zusammenhang ($F(1,424)=3,08$, $p=.80$) mit einem $R^2=0,07$.

In Bezug auf den Einfluss kindlicher Traumatisierungen wurde ein Vorhersagemodell mithilfe einer multiplen linearen Regressionsanalyse berechnet. Es konnte dabei ebenfalls keine signifikante Regressionsgleichung für die Vorhersage des Index-Scores durch die fünf Subskalen des CTQ gefunden werden ($F(5,403)=1,838$, $p=.104$), mit einem $R^2=0,02$ (Tabelle 10).

Tabelle 10: Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalyse

	B	SE B	β	p-Wert
Konstante	213,66	19,17		
CTQ sexueller Missbrauch	1,44	0,98	0,08	.141
CTQ körperliche Misshandlung	-3,50	1,44	-0,16	.016
CTQ körperliche Vernachlässigung	1,88	1,95	0,07	.338
CTQ emotionaler Missbrauch	-0,40	1,54	-0,02	.798
CTQ emotionale Vernachlässigung	0,47	1,52	0,02	.758

Anmerkungen: $R=0,149$; $R^2=0,02$; $p=.104$.

Bei näherer Betrachtung der einzelnen Regressoren konnte für die Subskala „körperliche Misshandlung“ ein signifikanter Einfluss auf den Index-Score (bzw. dessen Rang, siehe 2.6.) gefunden werden. Allerdings reichte dieser Effekt nicht aus, um das Gesamtmodell zu erklären. Es zeigte sich nur eine kleine Effektstärke für die Subskala „körperliche Misshandlung“, entgegen der aufgestellten Hypothese. Ein Proband mit 10 CTQ-Punkten mehr in der Skala „körperliche Misshandlung“ steht etwa 35 Ränge niedriger als der mittlere Rang von etwa 225. Alle anderen Regressoren zeigten keine signifikante Vorhersage des Index-Scores.

Um den Einfluss der Schwere einer PTBS auf die Inanspruchnahme des Hilfesystems vorherzusagen, wurde in eine lineare Regression gerechnet. Es konnte dabei keine signifikante Regressionsgleichung gefunden werden ($F(1,420)=1,636$, $p=.202$), mit einem $R^2=0,04$.

Schließlich wurden bivariate Korrelationen nach Spearman mit der Variable Index-Score und den einzelnen Scores „Körperlicher Zustand“, „Familie und Sozialbeziehungen“, „Psychischer Status“, „Alkoholgebrauch“, „Drogengebrauch“, „Arbeits-/Unterhaltssituation“ und „Rechtliche Situation“ berechnet, um den Zusammenhang zwischen der Schwere der jeweiligen Belastung in den einzelnen Skalen und der Inanspruchnahme des Hilfesystems zu überprüfen. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Score „körperlicher Zustand“ ($r_s=0,057$, $p=.265$) oder dem Score „Familie und Sozialbeziehungen“ und der vermehrten Inanspruchnahme des Hilfesystems ($r_s=-0,025$, $p=.638$). Auch zwischen den beiden Scores zur Substanzabhängigkeit („Alkoholgebrauch“ und „Drogengebrauch“) und einer erhöhten Inanspruchnahme des Hilfesystems zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang ($r_s=0,095$, $p=.122$, bzw. $r_s=0,028$, $p=.658$). Auch zwischen dem Score „Rechtliche Situation“ und der vermehrten Inanspruchnahme des Hilfesystems konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden ($r_s=0,003$, $p=.951$). Die einzigen Zusammenhänge fanden sich in Bezug auf die Scores „Psychischer Status“ und „Arbeits-/Unterhaltssituation“, die signifikant in Beziehung zu einer erhöhten Inanspruchnahme des Versorgungssystems standen ($r_s=0,139$, BCa CI (0,041, 0,240), $p=.007$ bzw. $r_s=0,125$, BCa CI (0,221, 0,020), $p=.013$).

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt konnten in die Auswertung der vorliegenden Arbeit 539 Patienten einbezogen werden. Ein Index-Score als Maß für die Anzahl der Vorbehandlungen konnte für insgesamt 428 der Patienten erstellt werden. In der Auswertung zu möglichen Zusammenhängen zwischen Alter und Geschlecht der Patienten und der Anzahl der erhaltenen Vorbehandlungen konnte kein signifikantes Ergebnis gefunden werden.

Auch frühe Traumatisierungen und die Schwere der PTBS zeigten keine Zusammenhänge mit der Anzahl an Vorbehandlungen. Als einziger Regressor hatte die Subskala „körperliche Misshandlung“ einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme des Hilfesystems, allerdings ohne das Gesamtmodell zu erklären. Es zeigte sich hier nur ein kleiner Effekt entgegen der erwarteten Richtung, das heißt Patienten mit kleineren Werten auf der CTQ-Subskala „körperliche Misshandlung“ hatten einen höheren Index-Score und damit das Hilfesystem mehr genutzt als Patienten, die schwerere körperliche Misshandlungen in ihrer Kindheit erfuhren.

In Bezug auf die einzelnen ASI-Scores korrelierten nur „Psychischer Status“ ($p=.007$) und „Arbeits-/Unterhaltssituation“ ($p=.013$), als Parameter für potenzielle Problembereiche von Patientinnen und Patienten mit PTBS und komorbider Substanzabhängigkeit, signifikant mit einer häufigeren Inanspruchnahme des Hilfesystems.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

Zunächst sollten einige methodische Aspekte der durchgeführten Studie kritisch betrachtet werden. Die Befragung der für die vorliegende Auswertung relevanten Parameter im gewählten Studiendesign erfolgte retrospektiv. Es ist also nicht möglich, die Antworten der Patienten auf ihre Reliabilität zu überprüfen. So kann zum Beispiel ein mangelndes Erinnerungsvermögen an weit in der Vergangenheit zurückliegende Ereignisse zu falschen Antworten führen. Ebenso kann es gerade beim Berichten von traumatischen Erlebnissen sein, dass die Angaben der Patientinnen und Patienten aus Gründen des Selbstschutzes nicht immer korrekt sind (Briere und Runtz, 1987) oder es ihnen an Vertrauen in den Interviewpartner mangelt. Ein weiterer, nicht zu vernachlässigender Aspekt ist auch die „soziale Erwünschtheit“, das heißt Patienten möchten vor dem Interviewer aufgrund der korrekten Antwort nicht auf soziale Ablehnung stoßen (Paulhus, 1984). Auch die Art der Rekrutierung und die daraus folgende Stichprobe müssen genauer betrachtet werden. So kamen alle Patienten freiwillig zur stationären Suchtrehabilitation in eine der beteiligten Kliniken und durchliefen bei Aufnahme im Rahmen der üblichen Routinediagnostik ein Screening für die Teilnahme an der Studie. Patienten, die so schwer erkrankt waren, dass sie für eine Aufnahme in den teilnehmenden Kliniken nicht in Frage kamen, wurden also nicht berücksichtigt. Ebenso können aus der vorliegenden Untersuchung keine Rückschlüsse auf Patienten in rein ambulanten Behandlungssettings gezogen werden. Insgesamt ist eine Repräsentativität der Stichprobe für die Grundgesamtheit der Patienten mit substanzbezogenen Störungen und komorbider PTBS also nicht gegeben.

Für die Auswertung der Vorbehandlungen wurde ein Index nach Lavik et al. (1983) erstellt. Dieser basiert auf der Erfassung aller bisherigen Vorbehandlungen. Einige Aspekte sind hier jedoch kritisch zu betrachten. So wurde nur die Anzahl der bisherigen Vorbehandlungen erfragt, jedoch wurde keine Angabe dazu gemacht, wie lange die jeweilige Intervention durchgeführt wurde. Bei der stationären Entwöhnungstherapie konnte so beispielsweise nicht genau erfasst werden, ob diese nun drei Monate oder sechs Monate andauerte. Auch die Art des Therapiekonzepts wurde nicht erfragt, was

ebenfalls einen Störfaktor darstellen könnte. Ebenso wurde nicht erfasst, ob die Patienten an der Intervention bis zum Ende teilnahmen oder diese nach kurzer Zeit abbrachen. Wie bereits oben erwähnt, könnte auch in Bezug auf die Erhebung der Vorbehandlungen ein mangelndes Erinnerungsvermögen der Patienten die Reliabilität der Erhebung beeinflusst haben. Der erstellte Index basiert auf Schätzungen der Kosten der erfragten Vorbehandlungen. Ziel war es, die Patienten herauszufiltern, die besonders viel und häufig verschiedene sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungsangebote nutzen und offensichtlich nicht adäquat behandelt werden. Doch schon die Definition dieser Patienten, im englischen häufig als „heavy user“ bezeichnet, bereitet in der Forschung Schwierigkeiten. Daher konnte auch nicht auf ein bewährtes Vorgehen bei der Erfassung der Vorbehandlungen zurückgegriffen werden. Ein anderer Ansatz im deutschsprachigen Raum stellt beispielsweise die Auswertung anhand von Krankenkassendaten dar (Roick et al., 2002). Häufig wird auch die Anzahl der stationären Aufnahmen in einem bestimmten Zeitraum als Kriterium gewählt und die Definition des „heavy user“ dann willkürlich getroffen (Carpenter et al., 1985, Casper und Pastva, 1990). Eine weitere Möglichkeit stellt die Erfassung der stationären Behandlungstage dar (Spiessl et al., 2002). Der hier gewählte Ansatz des Erstellen eines Index wurde in Anlehnung an Lavik et al. (1983) gewählt, da er die Anzahl der stationären Behandlungstage erfasste und außerdem die Art der Behandlung, also ambulant, teilstationär oder stationär, mit einem aufsteigenden Punktwert bewertete. Dieser Ansatz erschien gerade aufgrund der unterschiedlich hohen Behandlungskosten im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sinnvoll.

Um frühe Traumatisierungen zu erfassen, wurde der Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in der deutschen Version verwendet. Die Reliabilität des Fragebogens wurde in der deutschen Version bestätigt (Wingenfeld et al., 2010). Selbstratingfragebögen stellen insgesamt eine schonendere Art dar, traumatische Erlebnisse zu erheben (Driessen et al., 2006). Zur Reliabilität ihrer Erhebung ist generell zu sagen, dass zwar Details teilweise nur ungenau erinnert werden, aber die Tatsache, ob Ereignisse stattfanden oder nicht, hingegen schon (Hardt und Rutter, 2004). Mit einer Überschätzung der traumatischen Ereignisse durch die Betroffenen ist somit nicht zu rechnen (Fergusson et al., 2000). Dennoch wird häufig diskutiert, ob eine Kombination

mit einem klinischen Interview, beispielsweise dem Childhood Trauma Interview (Fink et al., 1995), zur genaueren Trauma Anamnese nicht sinnvoll wäre. Einige Untersuchungen konnten jedoch zeigen, dass es eine große Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen von Interviews und Fragebögen gibt (Bernstein et al., 1994).

Die aktuelle Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung wurde mithilfe der „Posttraumatic Diagnostic Scale“ (PDS) erhoben. Dabei fällt es Patienten häufig schwer, sich wie im Fragebogen gefordert, auf ein am meisten belastendes Ereignis festzulegen, vor allem wenn multiple Ereignisse in der Kindheit und im Erwachsenenalter geschehen sind. Eine weitere Differenzierung, insbesondere der frühen Traumatisierungen, wird im Fragebogen nicht erfasst, so wird zum Beispiel lediglich der sexuelle Kontakt im Alter von unter 18 Jahren erfragt. Dennoch stellt dieser Fragebogen einen gängigen Standard in der Traumadiagnostik dar und weist in der deutschen Version eine gute Reliabilität und Validität auf (Griesel et al., 2006).

Die Erhebung relevanter klinischer Parameter erfolgte durch den „Addiction Severity Index-Lite“ (ASI-Lite). Die Patienten werden zu unterschiedlichen Themenbereichen wie Gesundheitszustand, Familie- und Sozialbeziehungen, psychischer Status, Drogen- und Alkoholgebrauch, der rechtlichen Situation und Arbeits-/Unterhaltungssituation befragt. Dabei werden Probleme angesprochen, über die sich die Patienten möglicherweise noch keine Gedanken gemacht haben und deren Einschätzung oft Schwierigkeiten bereitet. So spielt mangelndes Erinnerungsvermögen an den genauen Drogen- oder Alkoholkonsum vor allem bei Polytoxikomanie eine große Rolle. Ebenso stellen mangelndes Vertrauen in den Interviewer und das Problem der sozialen Erwünschtheit, wie oben bereits erwähnt, ein häufiges Problem dar. Insbesondere die Fragen zur rechtlichen Situation und der Sorge um nicht gewährte Anonymität könnten zu Problemen bei der ehrlichen Beantwortung der Fragen führen. Trotzdem stellt der ASI-Lite ein ausgezeichnetes Instrument zur Erfassung der klinisch relevanten Parameter dar und die amerikanische Version des ASI-Lite weist eine zufriedenstellende Reliabilität und Validität auf (Cacciola et al., 2007). Insbesondere durch die Auswertung mithilfe der ASI-Lite Composite Scores ist eine hohe Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Soziodemographischen Angaben und Vorbehandlungen

Die Hypothese, dass soziodemographische Angaben wie Alter und Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der Vorbehandlungen haben, konnte in der untersuchten Stichprobe nicht bestätigt werden. Einige ältere Arbeiten konnten ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und einer häufigeren Nutzung psychiatrischer Versorgungsdienste bei Veteranen mit PTBS, allerdings ohne komorbide Suchterkrankung, finden (Elhai et al., 2004, Solomon, 1989). Es liegen jedoch auch gegenteilige Befunde vor. So wurde in einer weiteren Arbeit von Elhai et al. (2007b) zu Veteranen mit PTBS jüngeres Alter als Prädiktor für eine höhere Anzahl von Kontakten mit dem Versorgungssystem gefunden. Ebenso fanden Calhoun et al. (2002) in ihrer Arbeit, dass vor allem jüngere Veteranen (<52 Jahre vs. >52 Jahre) mit einer PTBS signifikant häufiger ambulante psychiatrische Versorgungsangebote nutzten.

In einer Arbeit von Elhai et al. (2006) konnte gezeigt werden, dass Frauen mit der Diagnose PTBS signifikant häufiger ambulante psychiatrische Versorgungsangebote nutzten als Männer. Dies konnte allerdings nur für die häufigere Inanspruchnahme in den vergangenen sechs Monaten gezeigt werden, bezogen auf das gesamte Leben konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen gefunden werden. Auch hier wurde, wie in der vorliegenden Arbeit, lediglich die Anzahl der Kontakte gezählt. Dies trifft auch auf eine Arbeit von Maguen et al. (2012) bei Veteranen zu, in der ebenfalls die reine Anzahl der Kontakte mit psychiatrischen Versorgungsangeboten sowohl ambulant als auch stationär gezählt wurde. Weibliche Veteranen mit PTBS hatten auch hier zwar signifikant häufiger ambulante Kontakte im Vergleich zu männlichen Veteranen, interessanterweise aber insgesamt weniger stationäre Aufenthalte gehabt, die wiederum häufiger bei Männern gefunden wurden. In Bezug auf die Subgruppe mit PTBS und komorbider Suchterkrankung fand sich, wie in der vorliegenden Arbeit, kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Sowohl männliche als auch weibliche Veteranen mit PTBS und einer Alkoholabhängigkeit wurden achtmal häufiger stationär in eine psychiatrische Klinik aufgenommen als die Patienten ohne komorbide Alkoholabhängigkeit. Allerdings

scheint das Phänomen, dass Frauen mit einer PTBS die häufigeren Nutzer verschiedener, insbesondere ambulanter Hilfsangebote sind, nicht zwingend nur für Frauen mit der Diagnose PTBS zu gelten, sondern auch für Frauen in der Allgemeinbevölkerung (Bertakis et al., 2000). Ein Grund hierfür könnte sein, dass Frauen viel häufiger empfohlene Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als Männer bzw. Männer häufiger gesundheitliche oder psychische Probleme unterschätzen oder gar ignorieren und erst sehr spät einen Arzt aufsuchen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit würden, wie auch die oben genannten Studien, eher dafür sprechen, dass sich dieser Geschlechtsunterschied bei Suchterkrankten mit Posttraumatischen Störungen, möglicherweise aufgrund der stärkeren Beeinträchtigung bei beiden Geschlechtern, verliert.

4.2.2 Traumatisierung und Symptomatik der Traumafolgestörung

In Bezug auf kindliche Traumatisierungen zeigte sich in der vorliegenden Stichprobe dass Frauen deutlich häufiger von sexuellem Missbrauch betroffen waren als Männer. Besonders deutlich zeigt sich dieser Unterschied in der Gruppe der „schwer bis extrem“ belasteten Patienten. In dieser Gruppe finden sich fast 29% der weiblichen Patientinnen und lediglich ungefähr 5% der männlichen Patienten. Die Befunde passen somit sehr gut zu den Befunden früherer Arbeiten. So konnte in einer Übersicht über Studien zu Suchterkrankten in der Allgemeinbevölkerung ebenfalls ein deutlicher Unterschied der Prävalenzen des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit für Frauen (6-25%) im Gegensatz zu Männern (2-8%) gefunden werden (Engfer, 2005). Noch deutlicher zeigen sich die entsprechenden Zusammenhänge bei Suchtkranken in Behandlung. So zeigte beispielsweise eine Arbeit von Kemmner et al. (2004) aus dem deutschsprachigen Raum eine Prävalenz des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit bei Frauen von 32% und bei Männer von 4%. In einer Übersichtsarbeit zu Suchterkrankten im Hilfesystem fand sich sogar noch eine deutlich höhere Prävalenz von 45% für Frauen und 16% für Männer (Simpson und Miller, 2002). Die in der vorliegenden Studie gefundene Prävalenz von körperlichem Missbrauch deckt sich hingegen nicht mit den Ergebnissen aus der Literatur. So zeigte sich in den Arbeiten dazu sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Stichproben mit Suchterkrankung meist ein recht ausgeglichenes Verhältnis zwischen den

Geschlechtern (Kemmner et al., 2004, Wetzels, 1997). In der vorliegenden Arbeit waren die weiblichen Patienten im Vergleich zu den männlichen Patienten auch von körperlicher Misshandlung häufiger betroffen, insbesondere wieder in der Gruppe „schwer bis extrem“.

Für die vorliegende Untersuchung konnte kein signifikantes Regressionsmodell zur Vorhersage des Index-Scores durch die Schwere der Traumatisierung in den fünf Subskalen des CTQ „sexueller Missbrauch“, „emotionaler Missbrauch“, „emotionale Vernachlässigung“, „körperliche Vernachlässigung“ sowie „körperliche Misshandlung“ gefunden werden. Ein kleiner Effekt zeigte sich in Bezug auf körperliche Misshandlung in der umgekehrten Richtung, das heißt, dass Patienten, die gar keine oder kaum körperliche Misshandlung in der Kindheit erfahren mussten einen höheren Index-Score und damit mehr Vorbehandlungen aufwiesen, als schwerbelastete Patienten. Dieser Effekt reichte jedoch nicht aus, um das Gesamtmodell zu erklären. Die Erklärungen für diesen kleinen Effekt müssen spekulativ bleiben. Ein möglicher Ansatz könnte sein, dass das medizinische Versorgungssystem offensichtlich einen Teil der Menschen dazu anregt, es besonders viel und intensiv zu nutzen, ohne dass diese anscheinend einer angemessenen Therapie zugeführt werden können, und dass auf der anderen Seite ein Teil der Patienten, die sehr schwer belastet sind, keine Therapie in Anspruch nehmen wollen oder können. Dazu könnte beitragen, dass gerade schwer traumatisierte Patienten mit Suchterkrankungen wenig Vertrauen in das Hilfesystem haben oder eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung und wiederkehrende Rückschlägen bei der Bewältigung des Traumas dazu führen, dass sie keine Hilfe in Anspruch nehmen. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch einige neuere Arbeiten aus der Traumaforschung (Ekinci und Kandemir, 2015, Moore et al., 2015). Diese zeigten, dass gerade Patienten mit körperlichen Misshandlungserfahrungen in der Kindheit signifikant schwerer belastet sind durch Depressionen oder Angststörungen im Erwachsenenalter, die sie davon abhalten könnten, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Diesen Interpretationen stehen Befunde entgegen, die durchaus Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen in der Kindheit und einer verstärkten Inanspruchnahme des Hilfesystems zeigen konnten, sich allerdings auf andere Stichproben als Patienten

mit PTBS und einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung bezogen. Häufig wurden dabei rein weibliche Stichproben untersucht. In einer entsprechenden Untersuchung nahmen weibliche Patientinnen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit signifikant häufiger allgemeinärztliche Konsultationen in Anspruch (Newman et al., 2000). Allerdings konnte in dieser Untersuchung kein signifikanter Unterschied für die häufigere Nutzung psychiatrischer Versorgungsdienste im Gegensatz zur Kontrollgruppe ohne Missbrauchserfahrungen gefunden werden. In einer Arbeit konnten auch bei Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankungen Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einer vermehrten Inanspruchnahme psychiatrischer Therapieangebote gefunden werden (Simpson, 2002). Alle genannten Studien unterschieden sich jedoch dadurch von der vorliegenden Untersuchung, dass sie auch Patientinnen und Patienten gänzlich ohne Traumaerfahrungen einschlossen. Die fehlende Varianz in Bezug auf das Vorliegen traumatischer Erlebnisse in der vorliegenden Untersuchung, in die ausschließlich traumatisierte Patienten eingeschlossen wurden, könnte ebenfalls dazu beigetragen haben, dass sich keine entsprechenden Zusammenhänge zeigen ließen.

Dieser Umstand könnte auch zu dem fehlenden Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS und der Inanspruchnahme des Hilfesystems in der vorliegenden Untersuchung beigetragen haben. Dem stehen Befunde entgegen, die bei Patienten in der medizinischen Grundversorgung zeigen konnten, dass Personen mit akuter PTBS signifikant häufiger psychiatrische Versorgungsangebote nutzten, verglichen mit Personen ohne diese Diagnose (Gillock et al., 2005, Kartha et al., 2008, Switzer et al., 1999). Brown et al. (1999) konnten dies auch bei einer Stichprobe von Suchterkrankten zeigen. Verglichen mit der Gruppe ohne PTBS hatten die Patienten mit PTBS signifikant längere stationäre Aufenthalte im Suchtbereich in Anspruch genommen. Auch der Einfluss der subjektiven Belastung durch die PTBS auf die vermehrte Nutzung von Hilfsangeboten wurde genauer untersucht, allerdings bislang nicht bei Patienten mit komorbider Suchterkrankung. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeiten, die meist an Veteranen durchgeführt wurden, konnten zeigen, dass Veteranen, die durch die Symptome der PTBS schwer belastet waren, häufiger sowohl ambulante als auch stationäre psychiatrische Hilfsangebote nutzten (Calhoun et al., 2002, Elhai et al., 2007a). Allerdings nahm keine der genannten Arbeiten bislang die Perspektive der

vorliegenden Arbeit ein, die den Einfluss der Symptomschwere der PTBS bei einer Stichprobe von Patienten untersuchte, von denen alle die Diagnosekriterien einer mindestens subsyndromalen PTBS und einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung erfüllten. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Brown et al.(1999) könnten sie darauf hinweisen, dass lediglich die Diagnose einer PTBS, an sich nicht jedoch deren Schwere, ein wichtiger Faktor für die vermehrte Inanspruchnahme des Hilfesystems bei Suchtpatienten sein könnte. Allerdings könnte, wie bereits erwähnt, auch die fehlende Varianz in Bezug auf das Vorliegen einer PTBS die Ergebnisse beeinflusst haben.

In Bezug auf die Prävalenz der PTBS fand sich, dass Frauen häufig schwerer von PTBS-Symptomen betroffen sind als Männer. Besonders deutlich zeigt sich das in der Gruppe der sehr schwer belasteten Patienten. Dies könnte die oben diskutierte höhere Belastung mit kindlichen Traumatisierungen widerspiegeln und deckt sich mit Befunden aus der Literatur (Kutscher et al., 2002, Dom et al., 2007, Schäfer und Najavits, 2007).

4.2.3 Weitere klinische Parameter

Bisher lagen keine Arbeiten vor, die bei Patienten mit PTBS und komorbider Suchterkrankung den Einfluss weiterer klinischer Parameter, beispielsweise des allgemeinen Gesundheitszustandes, akuter psychischer Probleme oder der Arbeits- oder Unterhaltsituation, auf eine vermehrte Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfsangeboten untersuchten. In Bezug auf PTBS-Patienten ohne Suchterkrankung war dies in begrenztem Umfang der Fall. So konnte in einer Arbeit zu Veteranen gezeigt werden, dass Patienten mit PTBS und schwerwiegenden Gesundheitsproblemen auch signifikant häufiger psychologische Hilfsangebote genutzt haben (Elhai et al., 2007b, Solomon, 1989). In einer prospektiven Kohortenstudie von Yanos et al. (2010) stellten psychische Probleme einen Mediator zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und häufigerer Nutzung von Behandlungsangeboten dar.

In der vorliegenden Arbeit wurden anhand des Addiction Severity Index (ASI-Lite) sieben Problembereiche untersucht, die mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Hilfsangeboten in Zusammenhang stehen könnten. Es konnte gezeigt werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schwere der Belastung in den Bereichen „Psychischer Status“ sowie „Arbeits-/Unterhaltsituation“ und einer vermehrten Nutzung von Hilfsangeboten besteht. Somit konnte Hypothese 4 zumindest teilweise bestätigt werden.

Eine klinische Konsequenz aus diesem Befund könnte sein, die in diesen Bereichen besonders belasteten Patienten frühzeitiger zu identifizieren und ihnen spezifische Behandlungsoptionen anzubieten. Es könnte die häufige Inanspruchnahme von kostspieligen Therapieangeboten reduziert werden. So wäre sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting ein Screening denkbar, das neben dem Vorliegen einer PTBS andere komplizierende Faktoren, wie eine schlechtere psychische Verfassung oder Schwierigkeiten im Bereich von Arbeit und Unterhalt, einschließt. Die Durchführung des ASI-Lite Fragebogen würde sich hier durchaus anbieten.

4.3 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zumindest in einer Stichprobe von Patienten mit PTBS, von denen alle eine komorbide Suchterkrankung aufwiesen, keine Zusammenhänge zwischen den meisten untersuchten Parametern (Alter, Geschlecht, kindliche Traumatisierung und Schwere der PTBS) und der Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungsangebote festzustellen waren. In begrenztem Umfang traf dies jedoch für assoziierte Problembereiche zu (psychische Probleme und Arbeits-/Unterhaltungssituation).

Künftige Studien sollten weitere Faktoren identifizieren, die die „Karriere“ des Patienten im Versorgungssystem beeinflussen. So sollten auch die Anzahl, die Länge und die Kosten der verschiedenen bisher genutzten ambulanten und stationären Therapieangebote, insbesondere aber auch der hausärztliche Versorgung, genauer differenziert werden. Eine Auswertung von Krankenkassendaten wie beispielsweise von Roick et al. (2002) könnte dabei zur genauen Kostenerfassung zielführend sein.

Insgesamt kann nach wie vor davon ausgegangen werden, dass bisherige Angebote die Bedeutung einer PTBS mit komorbider Suchterkrankung in Bezug auf die Nutzung von verschiedenen Versorgungsangeboten nicht ausreichend berücksichtigen (Ouimette et al., 1998, Brown et al., 1998, Najavits et al., 2004) und eine weitere Integration traumaspezifischer Interventionen in die Suchttherapie sinnvoll ist.

5 Literaturverzeichnis

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition*, Washington D.C., American Psychiatric Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition*, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- BACK, S. E., BRADY, K. T., JAANIMAGI, U. & JACKSON, J. L. 2006. Cocaine dependence and PTSD: a pilot study of symptom interplay and treatment preferences. *Addictive Behaviors*, 31, 351-554.
- BERNSTEIN, D. P., 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. *American Journal of Psychiatry* 151, 1132-1136.
- BERNSTEIN, D. & FINK, L. 1998. *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report*, Harcourt Brace, New York, The Psychological Corporation, 1998.
- BERNSTEIN, D. P., STEIN, J. A., NEWCOMB, M. D., WALKER, E., POGGE, D., AHLUVALIA, T., STOKES, J., HANDELSMAN, L., MEDRANO, M. & DESMOND, D. 2003. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.
- BERTAKIS, K., AZARI, R., HELMS, L., CALLAHAN, E. & ROBBINS, J. 2000. Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49, 147-152.
- BOSCARINO, J. A., GALEA, S., AHERN, J., RESNICK, H. & VLAHOV, D. 2002. Utilization of mental health services following the September 11th terrorist attacks in Manhattan, New York City. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 143-155.
- BRADY, K. T., BACK, S. E. & COFFEY, S. F. 2004. Substance Abuse and Posttraumatic Stress Disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 206-209.
- BRIERE, J. & RUNTZ, M. 1987. Post Sexual Abuse Trauma: Data and Implications for Clinical Practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379.
- BROOKS, E., NOVINS, D. K., THOMAS, D., JIANG, L., NAGAMOTO, H. T., DAILEY, N., BAIR, B. & SHORE, J. H. 2012. Personal Characteristics Affecting Veterans' Use of Services for Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Services*, 63, 862-867.
- BROWN, P. J., RECUPERO, P. R. & STOUT, R. 1995. PTSD Substance abuse-Comorbidity and treatment utilization. *Addictive Behaviors*, 20, 251-254.
- BROWN, P. J., STOUT, R. L. & GANNON-ROWLEY, J. 1998. Substance use disorder-PTSD comorbidity. Patients' perceptions of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 445-448.
- BROWN, P. J., STOUT, R. L. & MUELLER, T. 1999. Substance use disorder and posttraumatic stress disorder comorbidity: Addiction and psychiatric treatment rates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 115-122.
- BROWNE, A. & FINKELHOR, D. 1986. Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin.*, 99, 66-77.

- CACCIOLA, J. S., ALTERMAN, A. I., MCLELLAN, A. T., LIN, Y. T. & LYNCH, K. G. 2007. Initial evidence for the reliability and validity of a "Lite" version of the Addiction Severity Index. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 297-302.
- CALHOUN, P. S., BOSWORTH, H. B., GRAMBOW, S. C., DUDLEY, T. K. & BECKHAM, J. C. 2002. Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2081-2086.
- CARPENTER, M. D., MULLIGAN, J. C., BADER, I. A. & MEINZER, A. E. 1985. Multiple admissions to an urban psychiatric center: a comparative study. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1305-1308.
- CASPER, E. S. & PASTVA, G. 1990. Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly*, 61, 121-134.
- CHILCOAT, H. D. & BRESLAU, N. 1998. Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviours*, 23, 827-840.
- CLARK, D. B., DE BELLIS, M. D., LYNCH, K. G., CORNELIUS, J. R. & MARTIN, C. S. 2003. Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 51-60.
- COFFEY, S. F., STASIEWICZ, P. R., HUGHES, P. M. & BRIMO, M. L. 2006. Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 425-435.
- COTTLER, L. B., COMPTON, W. M., 3RD, MAGER, D., SPITZNAGEL, E. L. & JANCA, A. 1992. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 149, 664-670.
- DEL GAIZO, A. L., ELHAI, J. D. & WEAVER, T. L. 2011. Posttraumatic stress disorder, poor physical health and substance use behaviors in a national trauma-exposed sample. *Psychiatry Research*, 188, 390-395.
- 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. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 178-185.
- DRAGAN, M. & LIS-TURLEJSKA, M. 2007. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addictive Behaviors*, 32, 902-911.
- 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.
- DRIESSEN, M., SCHULTE, S., LUEDECKE, C., SCHAEFER, I., SUTMANN, F., OHLMEIER, M., KEMPER, U., KOESTERS, G., CHODZINSKI, C., SCHNEIDER, U., BROESE, T., DETTE, C. & HAVEMANN-REINICKE, U. 2008. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 481-488.
- EHLERS A., S. R., WINTER H., FOA E.B. 1996. *Deutschsprachige Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale von Foa (1995)*, Warnford Hospital, Oxford, Department of Psychiatry.
- EKINCI, S. & KANDEMIR, H. 2015. Childhood trauma in the lives of substance-dependent patients: The relationship between depression, anxiety and self-esteem. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 249-253.

- EL-KHOURY, M. Y., DUTTON, M. A., GOODMAN, L. A., ENGEL, L., BELAMARIC, R. J. & MURPHY, M. 2004. Ethnic differences in battered women's formal help-seeking strategies: a focus on health, mental health, and spirituality. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10, 383-393.
- ELHAI, J. D., REEVES, A. N. & FRUEH, B. C. 2004. Predictors of Mental Health and Medical Service Use in Veterans Presenting With Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Services*, 1, 111-119.
- ELHAI, J. D., NORTH, T. C. & FRUEH, B. C. 2005. Health service use predictors among trauma survivors: a critical review. *Psychological Services*, 2, 3-19.
- ELHAI, J. D., PATRICK, S. L., ANDERSON, S., SIMONS, J. S. & FRUEH, B. C. 2006. Gender-and trauma-related predictors of use of mental health treatment services among primary care patients. *Psychiatric Services*, 57, 1505-1509.
- ELHAI, J. D., KASHDAN, T. B., SNYDER, J. J., NORTH, T. C., HEANEY, C. J. & FRUEH, B. C. 2007a. Symptom severity and lifetime and prospective health service use among military veterans evaluated for PTSD. *Depression and Anxiety*, 24, 178-184.
- ELHAI, J. D., RICHARDSON, J. D. & PEDLAR, D. J. 2007b. Predictors of general medical and psychological treatment use among a national sample of peacekeeping veterans with health problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 580-589.
- ENGFER, A. 2005. Formen der Misshandlung von Kindern—Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle U., Hoffmann S., Joraschky P. (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: New York: Schattauer.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, L. J. & LYNKEY, M. T. 1996. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1365-1374.
- FERGUSON, D. M. & LYNKEY, M. T. 1997. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 21, 617-630.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, L. & WOODWARD, L. 2000. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30, 529-544.
- FINK, L. A., 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. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1329-1335.
- FISCHER, G., RIEDESSER, P. 2009. *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, München, Ernst Reinhardt Verlag.
- FOA, E. B. 1995. *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual.*, Minneapolis, United States of America: National Computer Systems, Inc.
- FOA, E. B., CASHMAN, L., JAYCOX, L. & PERRY, K. 1997. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- GAVRILOVIC, J. J., SCHÜTZWOHL, M., FAZEL, M. & PRIEBE, S. 2005. Who seeks treatment after a traumatic event and who does not? A review of findings on mental health service utilization. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 595-605.

- GILLOCK, K. L., ZAYFERT, C., HEGEL, M. T. & FERGUSON, R. J. 2005. Posttraumatic stress disorder in primary care: prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *General Hospital Psychiatry*, 27, 392-399.
- GOTO, T., WILSON, J. P., KAHANA, B. & SLANE, S. 2002. PTSD, depression and help-seeking patterns following the Miyake Island volcanic eruption. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 157-172.
- GREENBERG, P. E., SISITSKY, T., KESSLER, R. C., FINKELSTEIN, S. N., BERNDT, E. R., DAVIDSON, J. R., BALLENGER, J. C. & FYER, A. J. 1999. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 427-435.
- GRIESEL, D., WESSA, M. & FLOR, H. 2006. Psychometric qualities of the German version of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychological Assessment*, 18, 262-268.
- HARDT, J. & RUTTER, M. 2004. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 260-273.
- HIEN, D., COHEN, L. & CAMPBELL, A. 2005. Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, 25, 813-823.
- JOHNSON, D. M. & ZLOTNICK, C. 2007. Utilization of mental health treatment and other services by battered women in shelters. *Psychiatric Services*, 58, 1595-1597.
- KAPUR, N., HUNT, I., MACFARLANE, G., MCBETH, J. & CREED, F. 2004. Childhood experience and health care use in adulthood - Nested case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 134-139.
- KARTHA, A., BROWER, V., SAITZ, R., SAMET, J. H., KEANE, T. M. & LIEBSCHUTZ, J. 2008. The impact of trauma exposure and post-traumatic stress disorder on healthcare utilization among primary care patients. *Medical Care*, 46, 388-393.
- KASSEL, J. D., WARDLE, M. & ROBERTS, J. E. 2007. Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164-1176.
- KAYSEN, D., DILLWORTH, T. M., SIMPSON, T., WALDROP, A., LARIMER, M. E. & RESICK, P. A. 2007. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors*, 32, 1272-1283.
- KEMMNER, C., KLEIN, M. & ZEMLIN, U. 2004. Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkoholabhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. *Suchttherapie*, 5, 124-131.
- KHANTZIAN, E. J. 1985. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- KHANTZIAN, E. J. 1997. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Rev Psychiatry*, 4, 231-244.
- KHOURY, L., TANG, Y. L., BRADLEY, B., CUBELLS, J. F. & RESSLER, K. J. 2010. Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27, 1077-1086.
- KUDLER, H. 1991. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 644-645.

- KUTSCHER, S., HAYATGHEBI, S., BIRKHAHN, H., THIEMEIER, R., REINERT, T., TAGAY, S., LANGKAFEL, M. & BANGER, M. 2002. Traumatische Lebensereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei alkoholabhängigen Patienten. *Der Nervenarzt*, 1, 200-201.
- LAVIK, N. J. 1983. Utilization of mental health services over a given period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 404-413.
- LIPSKY, S., CAETANO, R., FIELD, C. A. & LARKIN, G. L. 2006. The role of intimate partner violence, race, and ethnicity in help-seeking behaviors. *Ethnicity and Health*, 11, 81-100.
- MACY, R. J., NURIUS, P. S., KERNIC, M. A. & HOLT, V. L. 2005. Battered women's profiles associated with service help-seeking efforts: illuminating opportunities for intervention. *Social Work Research*, 29, 137-150.
- MAGUEN, S., COHEN, B., COHEN, G., MADDEN, E., BERTENTHAL, D. & SEAL, K. 2012. Gender Differences in Health Service Utilization Among Iraq and Afghanistan Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Womens Health*, 21, 666-673.
- MARSHALL, R. P., JORM, A. F., GRAYSON, D. A. & O'TOOLE, B. I. 1998. Posttraumatic stress disorder and other predictors of health care consumption by Vietnam veterans. *Psychiatric Services*, 49, 1609-1611.
- MCLELLAN, A. T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C. P. & WOODY, G. E. 1980. An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26-33.
- MCLELLAN, A. T., KUSHNER, H., METZGER, D., PETERS, R., SMITH, I. & GRISSOM, G. 1992. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- MCLELLAN, A. T., CACCIOLA, J. S. & ZANIS, D. 1997. *The Addiction Severity Index-“Lite” (ASI-“Lite”)*, Philadelphia, Center for the Studies of Addiction, University of Pennsylvania, Philadelphia VA Medical Center.
- MILLS, K. L., TEESSON, M., ROSS, J. & PETERS, L. 2006. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, 163, 652-658.
- MOORE, S. E., SCOTT, J. G., FERRARI, A. J., MILLS, R., DUNNE, M. P., ERSKINE, H. E., DEVRIES, K. M., DEGENHARDT, L., VOS, T. & WHITEFORD, H. A. 2015. Burden attributable to child maltreatment in Australia. *Child Abuse & Neglect*, In press.
- MULLEN, P. E., MARTIN, J. L., ANDERSON, J. C., ROMANS, S. E. & HERBISON, G. P. 1993. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- NAJAVITS, L. M., WEISS, R. D. & SHAW, S. R. 1997. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. *The American Journal on Addiction*, 6, 273-283.
- NAJAVITS, L. M. 1999. Seeking Safety: A New Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and Substance Abuse. *Clinical Quarterly*, 8, 40-55.
- NAJAVITS, L. M., SULLIVAN, T. P., SCHMITZ, M., WEISS, R. D. & LEE, C. S. 2004. Treatment utilization by women with PTSD and substance dependence. *The American Journal on Addiction*, 13, 215-24.
- NAJAVITS, L. M. & WALSH, M. 2012. Dissociation, PTSD, and Substance Abuse: An Empirical Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13, 115-126.

- NELSON, E. C., HEATH, A. C., LYNSKEY, M. T., BUCHOLZ, K. K., MADDEN, P. A., STATHAM, D. J. & MARTIN, N. G. 2006. Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological Medicine*, 36, 1473-1483.
- NEW, M. & BERLINER, L. 2000. Mental health service utilization by victims of crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 693-707.
- NEWMAN, M. G., CLAYTON, L., ZUELLIG, A., CASHMAN, L., ARNOW, B., DEA, R. & TAYLOR, C. B. 2000. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychological Medicine*, 30, 1063-1077.
- OUIMETTE, P. C., BROWN, P. J. & NAJAVITS, L. M. 1998. Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 785-795.
- OUIMETTE, P., GOODWIN, E. & BROWN, P. J. 2006. Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 31, 1415-1423.
- OUIMETTE, P., COOLHART, D., FUNDERBURK, J. S., WADE, M. & BROWN, P. J. 2007. Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addictive Behaviors*, 32, 1719-1727.
- PAULHUS, D. L. 1984. Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609.
- PERKONIGG, A., KESSLER, R. C., STORZ, S. & WITTCHEN, H. U. 2000. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, 46-59.
- REDDEMANN, L. 2006. *Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten*, Köln, Deutscher Ärzteverlag.
- REYNOLDS, M., MEZEY, G., CHAPMAN, M., WHEELER, M., DRUMMOND, C. & BALDACCHINO, A. 2005. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 251-258.
- ROICK, C., HEIDER, D., KILIAN, R. & ANGERMEYER, M. C. 2002. Heavy users of inpatient psychiatric services - An analysis using health insurance data from the city of Leipzig. *Psychiatrische Praxis*, 29, 343-349.
- ROSENBERG, H. J., ROSENBERG, S. D., WOLFORD, G. L., MANGANIELLO, P. D., BRUNETTE, M. F. & BOYNTON, R. A. 2000. The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical populations. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30, 247-259.
- SCHÄFER, I. & NAJAVITS, L. M. 2007. Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 614-618.
- SCHNURR, P. P. & JANKOWSKI, M. K. 1999. Physical health and post-traumatic stress disorder: review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 295-304.
- SCHNURR, P. P., FRIEDMAN, M. J., SENGUPTA, A., JANKOWSKI, M. K. & HOLMES, T. 2000. PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 496-504.
- SCHÜTZWOHL, M. & MAERCKER, A. 1999. Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155-165.

- SHIN, S. H., EDWARDS, E. M. & HEEREN, T. 2009. Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*, 34, 277-280.
- SIMONS, L., DUCETTE, J., KIRBY, K. C., STAHLER, G. & SHIPLEY, T. E. 2003. Childhood Trauma, Avoidance Coping, and Alcohol and Other Drug Use Among Women in Residention and Outpatient Treatment Programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21, 37-54.
- SIMPSON, T. L. 2002. Women's treatment utilization and its relationship to childhood sexual abuse history and lifetime PTSD. *Substance Abuse*, 23, 17-30.
- SIMPSON, T. L. & MILLER, W. R. 2002. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, 22, 27-77.
- SOLOMON, Z. 1989. Untreated combat-related PTSD: Why some Israeli veterans do not seek help. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 26, 111-123.
- SPIESSL, H., HUBNER-LIEBERMANN, B., BINDER, H. & CORDING, C. 2002. Heavy users in a psychiatric hospital - A cohort study on 1811 patients over five years. *Psychiatrische Praxis*, 29, 350-354.
- ST CYR, K., MCINTYRE-SMITH, A., CONTRACTOR, A. A., ELHAI, J. D. & RICHARDSON, J. D. 2014. Somatic symptoms and health-related quality of life among treatment-seeking Canadian Forces personnel with PTSD. *Psychiatry Research*, 218, 148-152.
- STEVENS, S. J., MURPHY, B. S. & MCKNIGHT, K. 2003. Traumatic stress and gender differences in relationship to substance abuse, mental health, physical health, and HIV risk behavior in a sample of adolescents enrolled in drug treatment. *Child Maltreatment*, 8, 46-57.
- STEWART, S. H., CONROD, P. J., PIHL, R. O. & DONGIER, M. 1999. Relations between posttraumatic stress symptom dimensions and substance dependence in a community-recruited sample of substance-abusing women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 78-88.
- STEWART, S. H. & CONROD, P. J. 2003. *In: Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder*, Washington, D.C., American Psychological Association.
- SWITZER, G. E., DEW, M. A., THOMPSON, K., GOYCOOLEA, J. M., DERRICOTT, T. & MULLINS, S. D. 1999. Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 25-39.
- WALKER, E. A., UNUTZER, J., RUTTER, C., GELFAND, A., SAUNDERS, K., VONKORFF, M., KOSS, M. P. & KATON, W. 1999. Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, 609-613.
- WARTEL, S. G. 1991. Clinical considerations for adults abused as children. *Families in Society*, 72, 157-163.
- WEINE, S. M., RAZZANO, L., BRKIC, N., RAMIC, A., MILLER, K., SMAJKIC, A., BIJEDIC, Z., BOSKAILO, E., MERMELSTEIN, R. & PAVKOVIC, I. 2000. Profiling the trauma related symptoms of Bosnian refugees who have not sought mental health services. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 416-421.
- WETZELS, P. 1997. Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit : Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven

- Prävalenzstudie für die BRD, Hannover, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- WINGENFELD, K., SPITZER, C., MENSEBACH, C., GRABE, H. J., HILL, A., GAST, U., SCHLOSSER, N., HÖPP, H., BEBLO, T. & DRIESSEN, M. 2010. Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik. Medizinische Psychologie*, 60, 442-450.
- YANOS, P. T., CZAJA, S. J. & WIDOM, C. S. 2010. A Prospective Examination of Service Use by Abused and Neglected Children Followed Up Into Adulthood. *Psychiatric Services*, 61, 796-802.
- ZHANG, W., ROSS, J. & DAVIDSON, J. R. 2004. Posttraumatic stress disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depression and Anxiety*, 19, 96-104.

6 Danksagung

Im Folgenden möchte ich allen Personen danken, ohne deren Hilfe, Unterstützung und Ausdauer das Verfassen der vorliegenden Dissertation nicht möglich gewesen wäre.

Bei PD Dr.med. Ingo Schäfer möchte ich mich zunächst herzlich für die freundliche Überlassung dieses spannenden Themas zur Promotion bedanken. Außerdem möchte ich mich für die immer tatkräftige und oft sehr zeitintensive Unterstützung aufrichtig bedanken, ohne ihn wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen. Die Einblicke in die Abläufe der Arbeitsgruppe „Trauma und Sucht“ und die Möglichkeit des selbstständigen Arbeitens in dieser haben mir einen spannenden Einblick in die Welt der Forschung ermöglicht und mir sehr viel Freude bereitet.

Ich danke Dr. rer. nat. Dipl. psych. Julia von Schönfels, Mareike Angermann und insbesondere auch PD Dr. phil. Uwe Verthein sehr für die Hilfe beim Datenmanagement und der tatkräftigen Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Für die Beantwortung meiner zahlreichen Fragen zu statistischen Themen und den zahlreichen Verbesserungsvorschlägen danke ich Johanna Grundmann, Rena Hiersemann, Maria Teichert, Pia Bandurski und Swantje Malchow.

Besonderer Dank gilt auch den Mitarbeitern und den teilnehmenden Patientinnen und Patienten der beteiligten Fachkliniken, ohne diese die Durchführung dieser Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei meiner Familie und meinen Freunden für ihre stetige Unterstützung, konstruktive Kritik und Aufmunterung.

7 Lebenslauf

Entfernt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

8 Eidesstattliche 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.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

Kathrin Anne Karsch