

Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei substanzbezogenen Störungen

Traumafolgestörungen sind relevante Komorbiditäten bei substanzbezogenen Störungen und gehen einher mit schwereren psychischen, physischen und sozialen Beeinträchtigungen sowie schlechteren Behandlungsverläufen. Die vorliegende Evidenz zeigt, dass traumaspezifische Diagnostik und traumaspezifische Behandlungsverfahren auch bei substanzbezogenen Störungen sicher in der Anwendung sind und bei betroffenen Personen im klinischen Alltag vermehrt zur Anwendung kommen sollten.



Margit G. Proescholdt



Sandra E. Müller

von Margit G. Proescholdt¹, Sandra E. Müller¹, Andreas Linde², Michael Odenwald³

Personen mit substanzbezogenen Störungen berichten häufig über traumatische Erlebnisse (1–3). Auffallend sind vor allem hohe Prävalenzraten für sexuellen und körperlichen Missbrauch (4).

Traumatische Erlebnisse werden allgemein mit einer Vielzahl psychischer und physischer Beeinträchtigungen in Zusammenhang gebracht (5–7) und führen zu einer Vielzahl psychischer Störungen (Kasten 1).

Bei substanzbezogenen Störungen gelten Traumatisierungen sowie erweiterte Stressoren wie beispielsweise emotionale Misshandlungen als wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung und den Verlauf substanzbezogener Störungen (8–10), und es bestehen hohe Komorbiditäten mit Traumafolgestörungen und traumaassoziierten Störungen (Kasten 1). Insbesondere finden sich deutlich erhöhte Prävalenzraten für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): aktuelle PTBS (8%–53%) (1, 11–13), subsyndromale PTBS und Lebenszeit-PTBS (25%–58%) (1, 2, 11, 14) (vgl. Lebenszeitprävalenz PTBS deutsche Allgemeinbevölkerung: 1,5%–2%, [15]). Hohe PTBS-Prävalenzraten zeigen sich vor allem in klinischen Populationen und Subgruppenanalysen und lassen einen Zusammenhang zwischen der Schwere des Konsummusters (z. B. Mehrfachabhängigkeiten, Konsum illegaler Substanzen) und dem Vorliegen einer aktuellen PTBS erkennen (2, 11).

Ausserdem berichten zahlreiche Untersuchungen über schwerere psychische, physische und soziale Beein-

trächtigungen sowie schlechtere Behandlungsverläufe bei Personen mit substanzbezogenen Störungen und komorbider PTBS (16–19).

Aufgrund der vorliegenden Evidenz sind Traumafolgestörungen relevante Komorbiditäten bei substanzbezogenen Störungen, entsprechend sollten traumaspezifische Diagnostik und Behandlung routinemässig durchgeführt beziehungsweise angeboten werden.

Diagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen

Die Diagnose der PTBS wird primär klinisch gestellt. Da traumatische Erlebnisse selten spontan berichtet werden, müssen sie aktiv erfragt werden, da sonst die Gefahr besteht, dass das Störungsbild nicht erkannt wird (20). Das diagnostische Gespräch bedarf insbesondere einer vertrauensvollen Beziehung und dient der sensiblen Erhebung der Traumaaanamnese. Dazu gehören der prätraumatische Status, die Traumavorgeschichte, die gegenwärtige Symptombelastung, Aus- und Nachwirkungen auf die aktuelle Lebenssituation, Fragen nach Sicherheit, Täterkontakt und/oder Gewaltbeziehungen. Bei der Exploration der PTBS-Symptome (Intrusionen, Alpträume, Flashbacks), der Übererregungssymptome (Hyperarousal), des Vermeidungsverhaltens und der emotionalen Taubheit nimmt das Kriterium «Wiedererleben des Traumas» eine zentrale Stellung ein, da es die PTBS spezifisch von anderen Störungen (z.B. Übererregungssymptome im Entzug) unterscheidet (21). Bei der Gesprächsführung und der Behandlungsplanung sollte auch beachtet werden, dass Sicherheit und Kontrolle von zentraler Bedeutung sind und dass die PTBS mit einem erhöhten Risiko für Suizidalität, beziehungsweise selbst- und fremdschädigendem Verhalten einhergehen kann und es dann eines vorgängigen Krisenmanagements bedarf (15).

¹ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel

² Psychiatrische Klinik Königfelden, Windisch

³ Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie, Konstanz (D)

Zur operationalisierten Diagnostik der PTBS stehen mehrere gut validierte Selbstberichtfragebogen und klinische Interviews zur Verfügung (Kasten 2, [15]), Übersicht s. [22]).

Behandlung der PTBS

Die Behandlung einer komorbiden PTBS bei substanzbezogenen Störungen orientiert sich an den S3-Leitlinien für die Behandlung der PTBS (15, 23), wobei die traumafokussierte Therapie die Methode der Wahl darstellt. Psychopharmakologische Interventionen wie beispielsweise selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind als alleinige Therapie nicht ausreichend, können aber in der Mitbehandlung von Begleitsymptomen (z. B. depressives Syndrom) unterstützend indiziert sein. Bei Benzodiazepinen ist besondere Vorsicht geboten, da sie bei der Behandlung der PTBS ein hohes suchtgefährdendes Potenzial besitzen. Prinzipiell kann die Behandlung einer komorbiden PTBS sequenziell wie auch integrativ erfolgen (24). Da es sich bei substanzbezogenen Störungen jedoch um chronische Erkrankungen handelt und posttraumatische Belastungssymptome an der Aufrechterhaltung von substanzbezogenen Störungen massgeblich beteiligt sein können, erscheinen sequenzielle Ansätze bei substanzbezogenen Störungen zu hochschwierig, sodass die Behandlung integrativ (gleichzeitige PTBS- und substanzbezogene Interventionen) erfolgen sollte (23, 25).

Bis anhin vorliegende Studien zeigen, dass Expositionsverfahren (z.B. prolongierte Exposition mit imaginativer und In-vivo-Exposition) in Kombination mit kognitiv-behavioralen Behandlungsmodulen für substanzbezogene Störungen wie COPE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Abuse Disorders using prolonged Exposure) bei substanzbezogenen Störungen ein sicheres Verfahren darstellen (26–28). Expositionsverfahren sollten jedoch nur von entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Therapeuten unter Berücksichtigung der in Kasten 3 genannten relativen und absoluten Kontraindikationen durchgeführt werden. Insbesondere schwer betroffene Personen mit wiederholten Traumatisierungen und/oder vielen beziehungsweise schweren Komorbiditäten leiden gegebenenfalls unter einer nur unzureichenden Affektregulation (mangelnde Impulskontrolle, dissoziative Symptome, aktueller Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, Suizidalität), sodass zunächst eine Stabilisierung angestrebt und Traumaexploration respektive Traumaexposition zurückgestellt werden sollten (15). Hingegen lässt sich das von Najavits entwickelte Behandlungsmodul «Sicherheit finden» mit wenig Aufwand in die Behandlungskonzepte substanzbezogener Störungen integrieren (integrativer, traumaspezifischer und stabilisierender Behandlungsansatz auf kognitiv-behavioraler Verhaltenstherapie basierend, keine Traumaexposition) (29).

Kasten 1:

Psychische Traumafolgestörungen und traumaassoziierte Störungen (nach ICD-10) (15)

Traumafolgestörungen	Traumaassoziierte Störungen
Posttraumatische Belastungsstörung, F43.1	Essstörungen, F50
Akute Belastungsreaktion, F43.0	Dissoziale Persönlichkeitsstörung, F60.2
Anpassungsstörung, F43.2	
Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, F62.0	Affektive Störungen, F32, 33, 34
	Somatoforme Störungen, F45
	Substanzbezogene Störungen, F1
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline), F60.3	
Dissoziative Störungsbilder, F44 Somatoforme Schmerzstörung, F45.4	

Kasten 2:

Diagnostik der PTBS: Selbstberichtfragebogen und diagnostische Interviews (Auswahl, [15])

Selbstberichtfragebogen

Impact of Event Scale (IES)	15 Items: erfragt Symptome der Vermeidung/Betäubung und der Intrusion, dt. Fassung (35)
Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	49 Items: erfragt diagnostische Kriterien einer PTBS (DSM-IV), > 80% Übereinstimmung zwischen PDS und klinischem Interview, dt. Fassung (36)
Kurze Screening-Skala für PTBS (Breslau-Skala)	7 Items: Kurz-Screening für PTSD (DSM-IV), sehr gute Testgüte und Anwendungsökonomie, dt. Fassung (37)

Diagnostische Interviews

Clinician Administered PTBS Scale (CAPS)	Misst Häufigkeit und Intensität von PTBS-Symptomen (DSM-IV), sensitiv und spezifisch, dt. Fassung (38, 39)
Structured Clinical Interview for DSM (SKID-PTBS)	Gute Reliabilität und Validität, Sensitivität 81,2%, dt. Fassung (40)

Kasten 3:

Kontraindikation für traumabearbeitende Verfahren (15)

Relative Kontraindikation	Absolute Kontraindikation
Mangelnde Affekttoleranz	Akutes psychotisches Erleben
Anhaltende schwere Dissoziationsneigung	Akute Suizidalität
Unkontrolliert autoaggressives Verhalten	Täterkontakt mit Traumatisierungsrisiko
Mangelnde Fähigkeit der Distanzierung zum traumatischen Ereignis	
Hohe akute psychosoziale und körperliche Belastung	

Während die bis anhin vorliegenden Studien (Expositionsverfahren und «Sicherheit finden») eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome belegen – was bereits einen wichtigen Behandlungserfolg darstellt –, sind die Effekte auf den Substanzkonsum bis jetzt eher gering (26–28, 30). Personen mit alkoholbezogenen Störungen können gegebenenfalls von einer zusätzlichen medikamentösen Rückfallprophylaxe profitieren (28). Weitere mögliche traumafokussierte Behandlungsverfahren sind das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (31) und die Narrative Expositions-therapie (NET) (32) sowie die stabilisierende Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) (33). Die genannten Verfahren sind bei der PTBS-Behandlung im Allgemeinen wirksam (15), sind aber bei substanzbezogenen Störungen bis anhin noch nicht ausreichend untersucht.

Neben den traumafokussierten und stabilisierenden Verfahren können Patienten auch von einer traumaspezifischen Psychoedukation profitieren. Diese kann Patienten darin unterstützen, eigene Beschwerden besser einzuordnen und die Behandlungssadhärenz zu steigern (34). Auch sollten adjuvante Therapieverfahren (Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie sowie Physiotherapie) eingesetzt werden, da diesen neben der traumaaufdeckenden Wirksamkeit auch in der Stabilisierung und der Ressourcenaktivierung eine wichtige Rolle zugeschrieben wird (15).

Allgemeine Empfehlungen hinsichtlich der Implementierung integrativer Behandlungsansätze bei substanzbezogenen Störungen und komorbiden Traumafolge-

störungen umfassen traumaspezifische Weiterbildungen für alle an der Behandlung beteiligten Personen (z.B. Trauma-informed Care, Expositionsverfahren), Supervision sowie Wahlmöglichkeit für die betroffenen Patienten bezüglich der geplanten Behandlung (12). ●

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Margit Proescholdt
Oberärztin

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)

Wilhelm-Klein-Strasse 27
4012 Basel

E-Mail: margit.proescholdt@upkbs.ch

Literatur:

1. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Balcacchino A: Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and alcohol dependence*. 2005; 77(3): 251–8.
2. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, Schaefer I, Sutmann F, Ohlmeier M, et al: Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2008; 32(3): 481–8.
3. Potthast N, Catani C: Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. *Sucht*. 2012; 58(4): 227–35.
4. Simpson TL, Miller WR: Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical psychology review*. 2002; 22(1): 27–77.
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 1998; 14(4): 245–58.
6. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S: Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009; 373(9657): 68–81.
7. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al: Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2010; 197(5): 378–85.
8. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al: The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2006; 256(3): 174–86.
9. Andersen SL, Teicher MH: Desperately driven and no brakes: developmental stress exposure and subsequent risk for substance abuse. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2009; 33(4): 516–24.
10. Potthast N, Neuner F, Catani C: The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addictive behaviors*. 2014; 39(5): 949–58.
11. Dragan M, Lis-Turlejska: Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addictive behaviors*. 2007; 32(5): 902–11.
12. Killeen TK, Back SE, Brady KT: Implementation of integrated therapies for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorders in community substance abuse treatment programs. *Drug and alcohol review*. 2015; 34(3): 234–41.
13. Hildebrand A, Behrendt S, Hoyer J: Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*. 2014: 1–18.
14. Mills KL, Lynskey M, Teesson M, Ross J, Darke S: Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug and alcohol dependence*. 2005; 77(3): 243–9.
15. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, et al: S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*. 2011; 3(202–210).

Merkmale:

- Personen mit substanzbezogenen Störungen sind häufig traumatischen Erlebnissen ausgesetzt und besitzen eine hohe Komorbidität für Traumafolgestörungen.
- Sie sollten daher routinemässig das Angebot einer traumaspezifischen Diagnostik und gegebenenfalls einer integrativen traumaspezifischen Behandlung erhalten.
- Expositions- und stabilisierende traumaspezifische Behandlungsverfahren sind bei substanzbezogenen Störungen in der Anwendung sicher und hinsichtlich der Reduktion belastender posttraumatischer Symptome effektiv.
- Hinsichtlich des Substanzkonsums können Patienten gegebenenfalls von einer zusätzlichen Behandlung mit Anti-Craving-Medikamenten profitieren.
- Die traumaspezifische Behandlung bedarf der spezifischen Weiterbildung, der Supervision sowie der Wahlmöglichkeit für die betroffenen Personen.

16. Ouimette P, Goodwin E, Brown PJ: Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addictive behaviors*. 2006; 31(8): 1415–23.
17. Schafer I, Najavits LM: Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current opinion in psychiatry*. 2007; 20(6): 614–8.
18. Vogel M, Dursteler-Macfarland KM, Walter M, Strasser J, Fehr S, Prieto L, et al.: Prolonged use of benzodiazepines is associated with childhood trauma in opioid-maintained patients. *Drug and alcohol dependence*. 2011; 119(1–2): 93–8.
19. Blanco C, Xu Y, Brady K, Perez-Fuentes G, Okuda M, Wang S: Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and alcohol dependence*. 2013; 132(3): 630–8.
20. Dansky BS, Ritzsch JC, Brady KT, Saladin ME: Posttraumatic stress disorder and substance abuse: use of research in a clinical setting. *Journal of traumatic stress*. 1997; 10(1): 141–8.
21. Sareen J: Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Canadian journal of psychiatry, Revue canadienne de psychiatrie*. 2014; 59(9): 460–7.
22. Proescholdt MG, Müller SE, Odenwald M, Vogel M, Lang UE, Linde A, et al.: Trauma und substanzbezogene Störungen: Implikationen für traumaspezifische Diagnostik und Psychotherapie. *Suchtmedizin*. 2015; 17(4): 163–71.
23. (AWMF), (Hrsg.) AdWMF. S3-Leitlinie «Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen». 2015.
24. Torchalla I, Nosen L, Rostam H, Allen: Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: a systematic review and meta-analysis. *Journal of substance abuse treatment*. 2012; 42(1): 65–77.
25. Dass-Brailsford P, Myrick AC: Psychological trauma and substance abuse: the need for an integrated approach. *Trauma, violence & abuse*. 2010; 11(4): 202–13.
26. Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, et al.: Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Jama*. 2012; 308(7): 690–9.
27. Sannibale C, Teesson M, Creamer M, Sitharthan T, Bryant RA, Sutherland K, et al.: Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*. 2013; 108(8): 1397–410.
28. Foa EB, Yusko DA, McLean CP, Suvak MK, Bux DA, Jr., Oslin D, et al.: Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: a randomized clinical trial. *Jama*. 2013; 310(5): 488–95.
29. Najavits LM. *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – Das Therapieprogramm «Sicherheit finden»*. Hogrefe Verlag; 2009.
30. Hien DA, Jiang H, Campbell AN, Hu MC, Miele GM, Cohen LR, et al.: Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *The American journal of psychiatry*. 2010; 167(1): 95–101.
31. Shapiro F: Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1989; 20: 211–7.
32. Schauer M, Neuner F, Elbert T: *Narrative exposure therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture*. Göttingen: Hogrefe; 2005.
33. Reddemann L: *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT das Manual*: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2004.
34. Odenwald M, Semrau P: Reducing dropout among traumatized alcohol patients in detoxification treatment: a pilot intervention study. *European addiction research*. 2012; 18(2): 54–63.
35. Hütter BO, Fischer G: *Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale (IES)*. Tagung der Europäischen Gesellschaft für Traumatische Stress Studien 1997; Maastricht.
36. Ehlers A, Steil R, Winter H, Foa EB: *Deutschsprachige Übersetzung der Posttraumatische Diagnostische Skala von Foa*. Unpublished Manuscript Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, England 1996.
37. Siegrist P, Maercker A: *Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder*. Aktueller Stand der Validierung. *Trauma & Gewalt*. 2010; 4(3): 208–13.
38. Karl A: *Klinische PTB-Skala für DSM-IV (KPS-TX)*. Unveröffentlichtes Manuskript, Technische Universität Dresden, Abteilung für Biopsychologie. 2000.
39. Nyberg E, Frommberger U: *Clinician-Administered PTSD-Scale (CAPS) – deutsche Version*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universitätsklinik Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. 2001.
40. Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T: *SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II Handanweisung*. Göttingen, Hogrefe. 1997.