

Trauma, Migration, Sucht

Thomas Lüddeckens



Trauma, Migration, Sucht

- Trauma und Traumaverarbeitung
- Traumatisierung und Sucht
- Flucht, Trauma, psychische Gesundheit, Substanzmissbrauch
- Ausblick

Was ist ein Trauma?

«...kurz- oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmass, die nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.» (WHO, 1994)

«... verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.» (ICD-10-GM-2018)

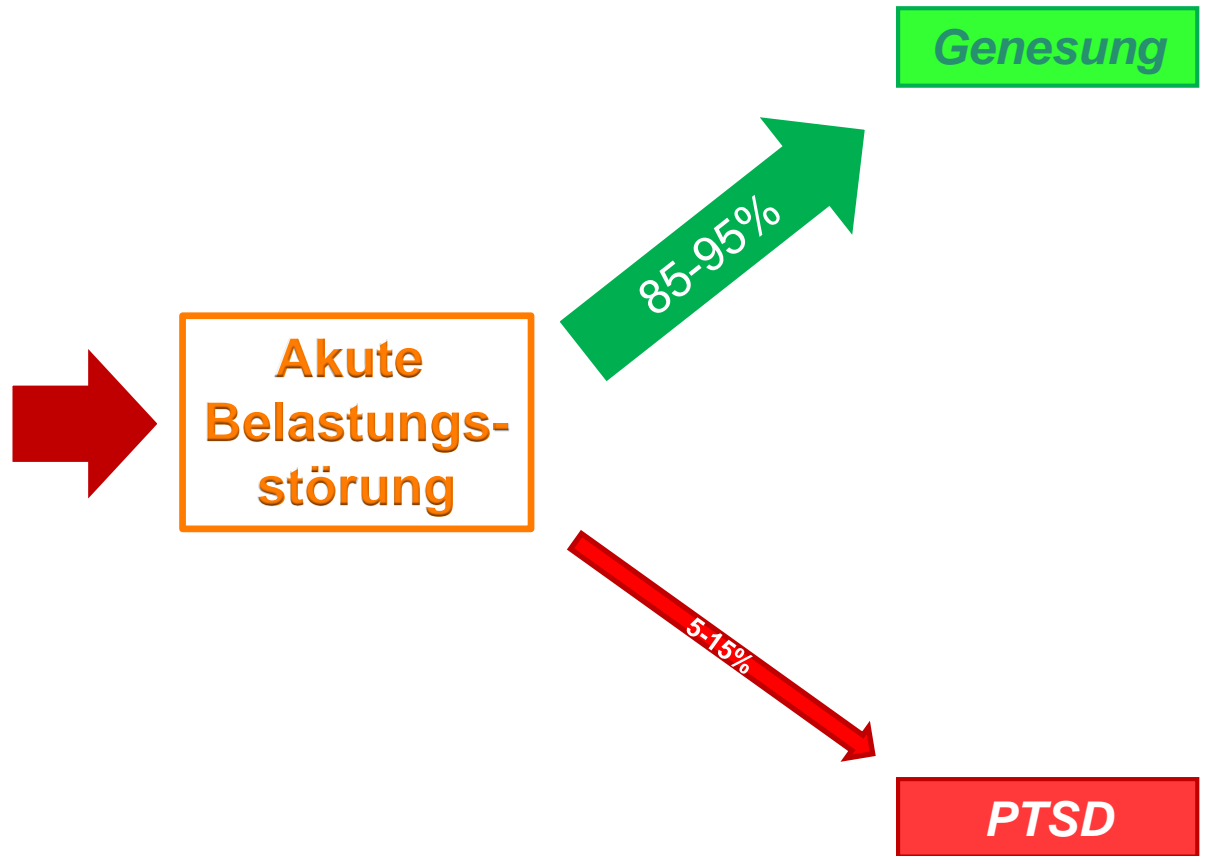
Traumata nach DSM-IV

Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion	Naturkatastrophe
Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	Gewalttätiger Angriff durch fremde Person
Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis	Sexueller Angriff durch fremde Person
Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet	Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war
Gefangenschaft	Folter
Lebensbedrohliche Krankheit	Anderes traumatisches Ereignis

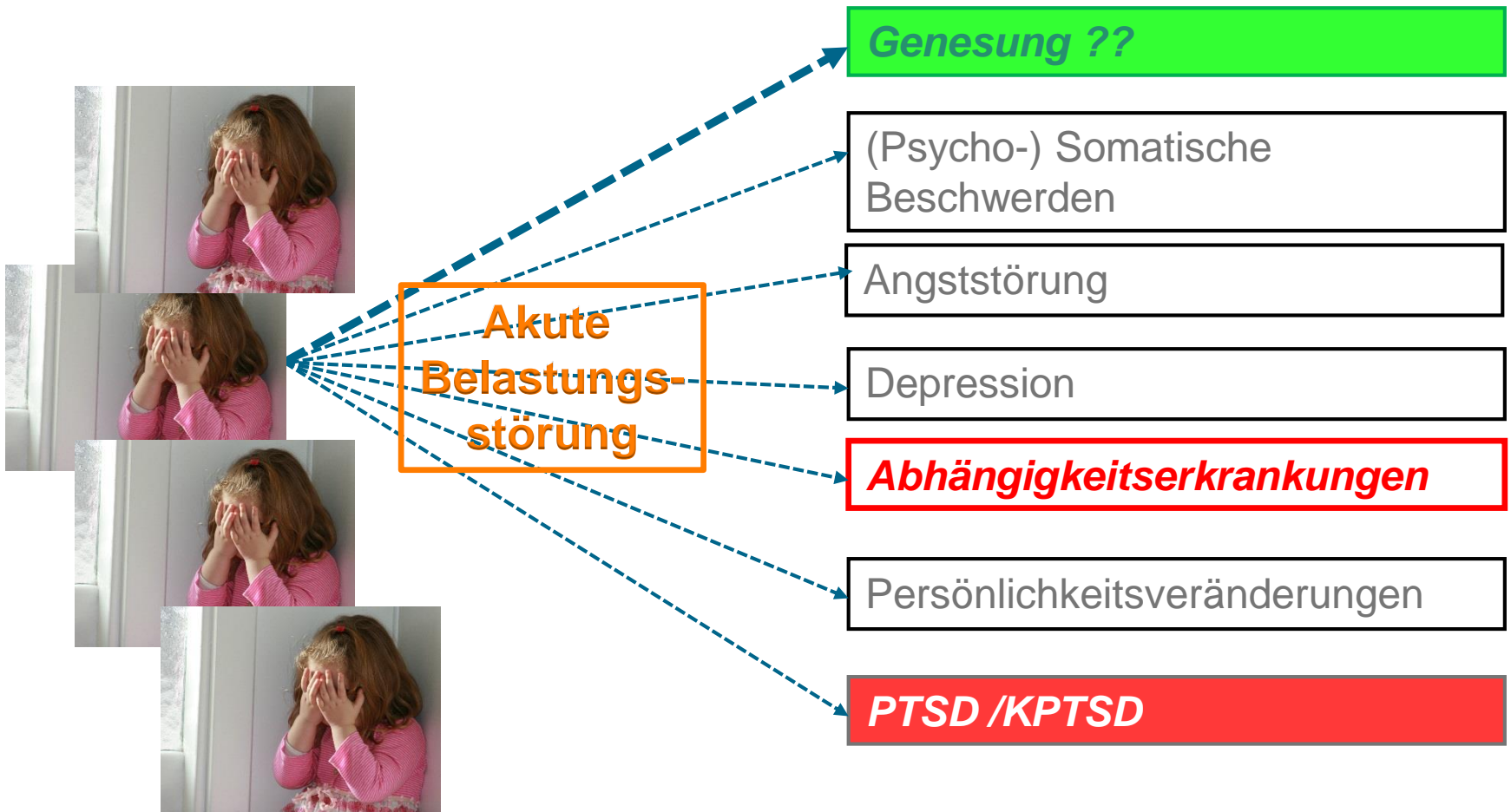
Traumatypen n. L. Terr (1991)

	<i>Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen</i>	<i>Menschlich verursachte Traumata</i>
<i>Kurzandauernde Traumata (Typ-I-Traumata)</i>	Naturkatastrophen Unfälle Katastropheneinsätze als Helfer (Feuerwehr, Polizei, Sanität)	Einmalige Ereignisse, z.B. Überfall, Vergewaltigung
<i>Längerdauernde, wiederholte Traumata (Typ-II-Traumata)</i>	Langdauernde Naturkatastrophen (Tsunami- /Nuklearkatastrophe in Japan)	Sexueller Missbrauch Körperliche Gewalt Emotionaler Missbrauch Vernachlässigung Kriegseinsatz Folter Lager-/Geiselnhaft

Traumaverarbeitung Typ-1



Traumaverarbeitung: Typ-2



Traumaverarbeitung

Building-Block (Neuner, et al 2003)



PTSD: F 43.1 (n. DSM-5)

- A Konfrontation mit Trauma
Selbst, Zeuge, Familie, Beruf
- B Intrusionen (Wiedererleben)
Erinnerungen, Träume, Dissoziationen, getriggerte psychische Belastung oder körperliche Reaktion
- C Vermeidung
Erinnerungen, Gedanken, Gefühle, Personen, Orte, Situationen, Gespräche, Aktivitäten
- D Negative Veränderungen von Kognition und Stimmung
Diss. Amnesie, Schuld, Scham, Interessensverlust
- E Veränderungen des Erregungsniveaus
Wut, Selbstverletzungen, Schreckhaftigkeit, Konzentration, Schlafstörungen

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD 11);

- ✓ Kernsymptome der PTBS (Wiedererinnerung, Vermeidung, Übererregung)
- ✓ anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation (verstärkte emotionale Reaktivität, Affektverflachung, gewalttätige Durchbrüche, chron. Suizidalität)
- ✓ negatives Selbstkonzept (Überzeugung, minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein, Schuldgefühle, Schamgefühle),
- ✓ Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten).

Trauma, Migration, Sucht

- Trauma und Traumaverarbeitung
- **Traumatisierung und Sucht**
- Flucht, Trauma, psychische Gesundheit, Substanzmissbrauch
- Ausblick

Belastende Kindheitserfahrungen stellen ein lebenslanges Risiko für eine Vielzahl von Problemen in den Bereichen psychische Gesundheit, körperliche Gesundheit, Arbeit und Recht dar. (Putnam, 2006)

ACE Score >4 (Anda et al. 2006)

7.2 fach erhöhtes Risiko für Alkoholgebrauchsstörung

4.5 fach erhöhtes Risiko für Drogengebrauchsstörung

ACE Bereiche; * Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Emotionaler Missbrauch*

Körperliche Misshandlung*

Sexueller Missbrauch*

Emotionale Vernachlässigung*

Körperliche Vernachlässigung*

Eltern getrennt oder geschieden

Gewalt gegen die Mutter/Stiefmutter

Alkohol-/Drogenproblem in der Familie

Depression, psychische Erkrankung oder SV in der Familie

Gefängnisaufenthalt eines Familienmitgliedes

Prävalenzen von Misshandlungen in der Kindheit

CTQ-SF	Thombs et al. (2006) US (Ø Bev.) N=1878	Häuser et al. (2011) DE (Ø Bev.) N=2504	Huang et al. (2012) US (Alk) N=196	KIH (2015) N=282
Physischer Missbrauch	15.5%	12.0%	31.1%	23.1%* (32.4%)**
Emotionaler Missbrauch	30.0%	14.9%	21.4%	33.4%* (56.7%)**
Sexueller Missbrauch vor 16. Lj.	9.8%	12.6 %	24.0%	23.3%* (33.8%)**
Emotionale Vernachlässigung		49.3%	20.4%	40.9%* (70.4%)**
Physische Vernachlässigung		48.4%	19.1%	39.0%* (57.1%)**

* Mässig, schwer; ** leicht, mässig, schwer

Häufigkeiten PTBS-SUD

Punktprävalenz 15-41%*

Lebenszeitprävalenz 26-52%*

Akute PTBS – Alkoholabhängigkeit 15%**

Akute PTBS- Mehrfachabhängigkeit 34%**

Frauen sind mehr als Männer betroffen*

* Schäfer& Najavits, 2007

** Driessen et al., 2008

1- Jahres Prävalenzen PTBS

1- Jahres Prävalenzen PTBS-SUD

Allgemeinbevölkerung USA (Kessler, et al. 2005)	3.5%
Allgemeinbevölkerung DE (Maercker, 2005)	2.3%
Alkoholabhängigkeit & PTBS (Driessen, et al. 2008)	15.0% - 25%
Drogenabhängigkeit & PTBS (Driessen, et al. 2008)	30.0% - 85%
SUD & PTBS bei Frauen in stationärer Therapie (Dansky et al., 1995)	42.5%

Traumatisierung und Sucht I

Übersicht bei: *N. Potthast, C. Catani, 2012*

Früherer Konsumbeginn (Brehms et al. 2004; Rothman et al. 2008; Dube et al. 2002)

Schwerer ausgeprägte Suchtsymptome (Harrison et al. 1997)

Polyvalentes Konsummuster (Westermeyer, 2001)

Höhere psychische Belastung, z.B. Impulsivität, Interpersonelle Probleme, Suizidalität (Brehms et al. 2004; Schnieders et al. 2006)

Vermehrte Dissoziation (Langeland et al. 2002)

Traumatisierung und Sucht II

Übersicht bei: *N. Potthast, C. Catani, 2012*

Vermehrte Delinquenz (Widom & Maxfield, 2001)

Erneute Opfererfahrung im Erwachsenenalter (Cohen & Hien, 2006; Evren & Evren 2005)

Vermehrte Inanspruchnahme von Therapieangeboten (Westermeyer, 2001)

Häufiger Therapieabbruch (Chapman, Dube & Anda, 2007; Westermeyer, 2001)

Art der Traumatisierung in der Kindheit und spätere Störungen

Banducci et al. 2014

Sexuelle Gewalt →	Sexuelles Risikoverhalten
Emotionale Gewalt →	Störungen der Emotionsregulation
Körperliche Gewalt →	Aggressivität

Sucht und PTBS

Verlauf und Therapie

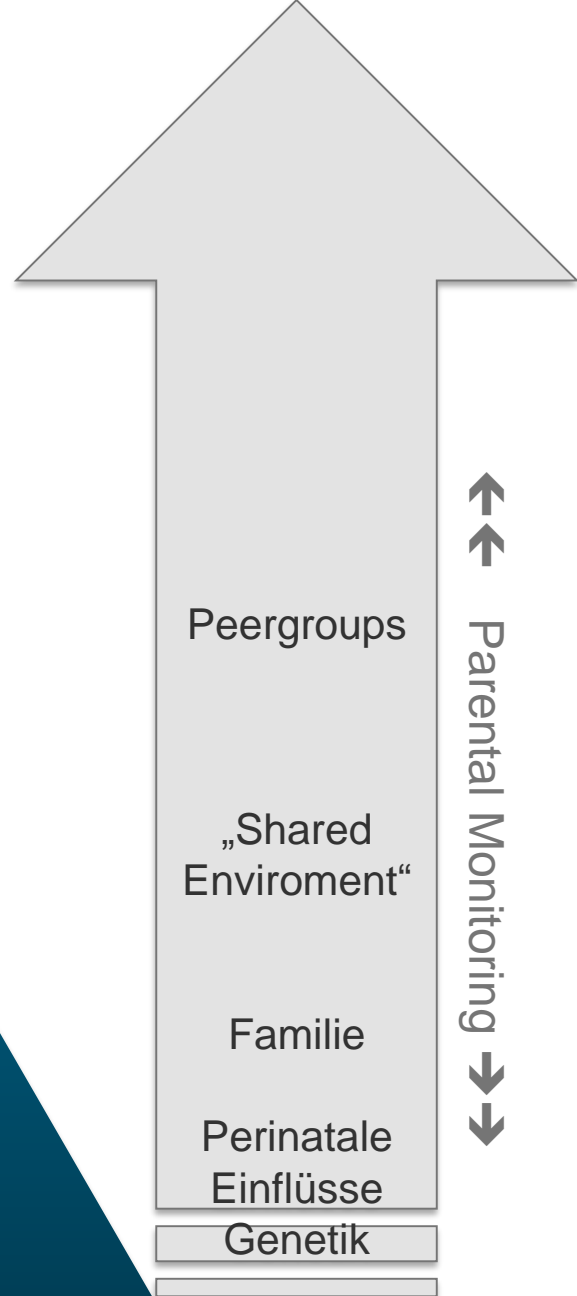
PTBS beeinflusst den Verlauf der Substanzstörung negativ (Back et al. 2006)

Prädiktor für frühere Rückfälle (Brown et al., 1996)

Verbesserung der PTSD Symptomatik verringert signifikant den Substanzkonsum (Brown u. Stout, 1997)

Traumafokussierte Behandlung verbessert die Symptomatik der PTBS und der Substanzstörung (Hien et al. 2010)

Traumatherapie bei SUD/PTBS reduziert die Symptome der PTBS, nicht aber die der SUD; Kein Einfluss auf Substanzkonsum (van Dam, Ehring et al. 2010, 2013)

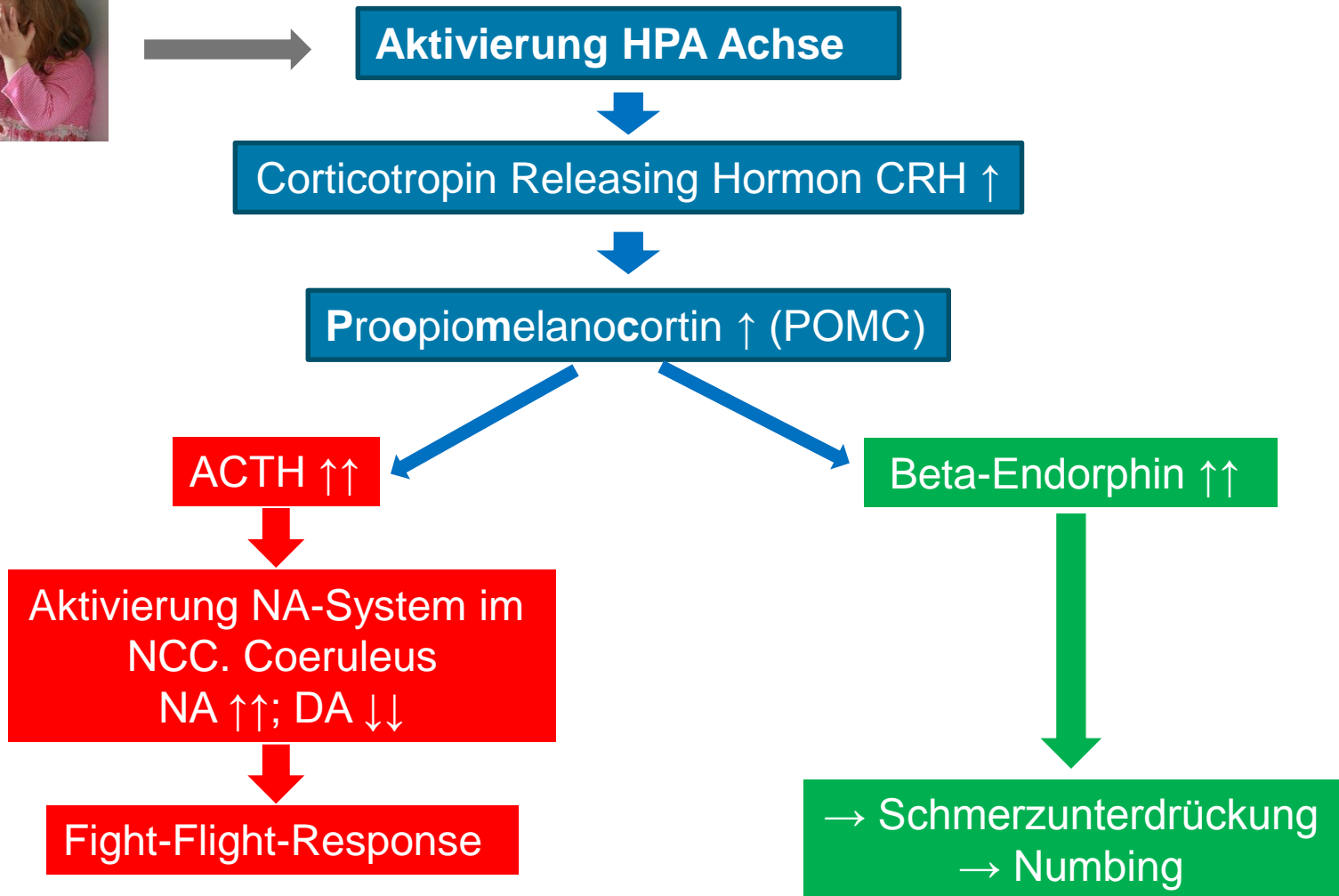


Hypothesen

Regulationsstörung(Simpson&Miller, 2002)(Aldao et al, 2010; Cheetha, et al, 2010)

Selbstmedikation (Khantzian, 1985; Breslau, 2001, Oumette et al. 2007, 2010)

Erhöhte Vulnerabilität bei Suchtpatienten
(Coffey et al. 2002)





Chronische Aktivierung HPA Achse

Corticotropin Releasing Hormon CRH ↑

Proopiomelanocortin ↑ (POMC)

ACTH ↑↑

**Aktivierung NA-System im NCC. Coeruleus
NA ↑↑; DA ↓↓**

Hyperarausal



Beta-Endorphin ↓

Antagonistische Anpassungsprozesse

**→ Dysphorie
→ Entzugerscheinungen**

Trauma, Migration, Sucht

- Trauma und Traumaverarbeitung
- Traumatisierung und Sucht
- Flucht, Trauma, psychische Gesundheit, Substanzmissbrauch
- Ausblick

Aktuelle Situation

Department of Peace and Conflict Research der Universität Uppsala zählte 2016 weltweit 51 bewaffnete Konflikte und über 100'000 Tote durch organisierte Gewalt

Global Trends Report (UNHCR) schätzte für 2017 10.3 Mio. neue Flüchtlinge und 65.5. Mio. Flüchtlinge weltweit

85% der Flüchtlinge leben in instabilen Staaten

Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review.

Fazel M, Wheeler J, Danesh J.; Lancet (2005)

Auswertung von 20 Studien mit gesamt 6743 erwachsenen Flüchtlingen in westlichen Staaten

PTSD 8-10%

Major Depression 4-6%

Häufige Komorbiditäten beider Störungen

PTSD ist ca. 10 mal häufiger als in der vergleichbaren Bevölkerung dieser Länder

Substance use among populations displaced by conflict: a literature review

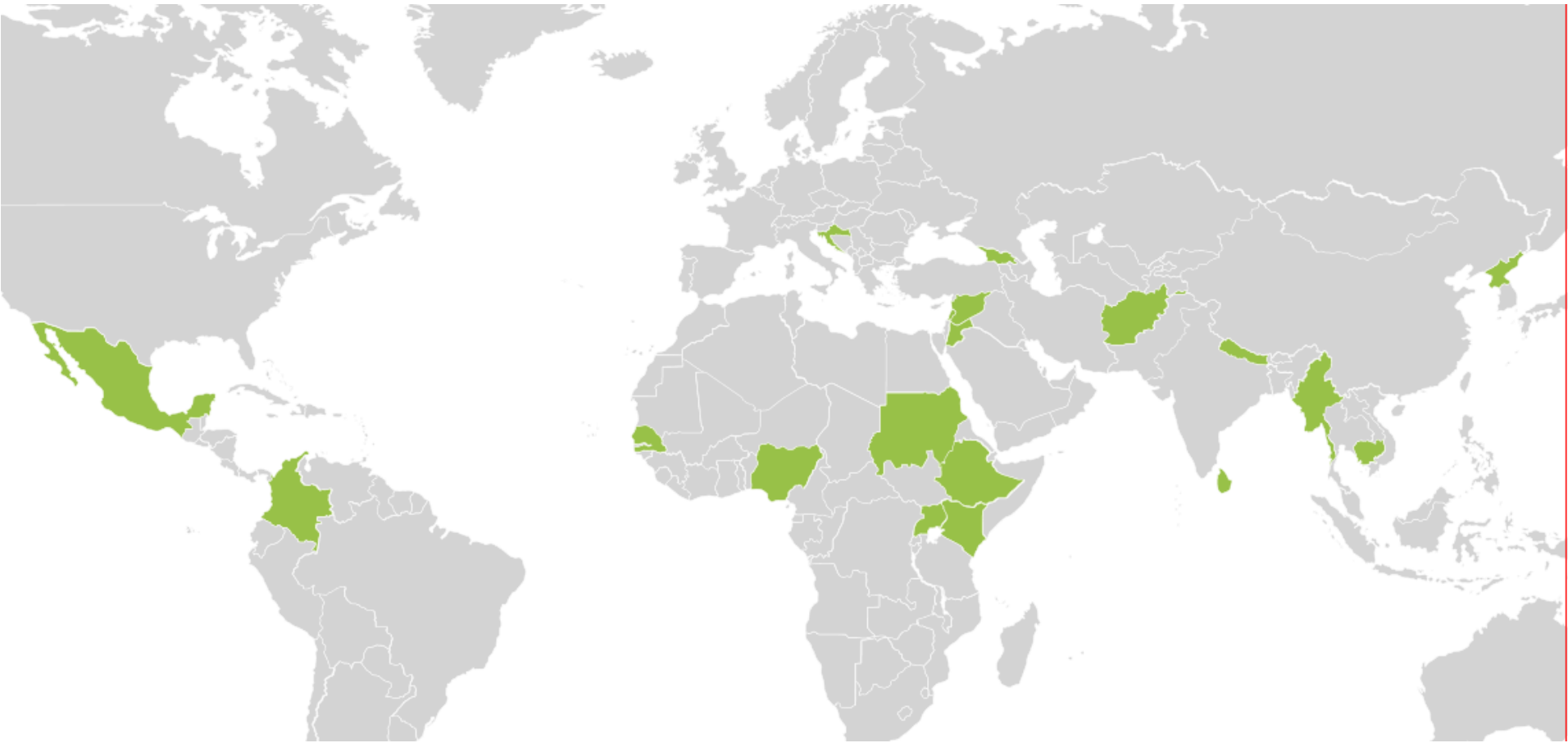
N.Ezard; Desasters (2012)

17 Studien davon erhoben 10 Daten zum Konsum von Alkohol, Opiaten oder Benzodiazepinen.

Fünf enthielten Angaben zu schädlichen Konsumverhalten und nur eine einzige befasste sich mit einer Intervention.

“The evidence base is weak. Findings are used to develop a conceptual framework emphasizing the risk environment to inform further research, to encourage debate among researchers and practitioners, and to enable the development of interventions.”

Untersuchte Staaten, z.T. mehrere Studien



Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review

(N. Morina et al.; *Frontiers in psychiatry* (2018))

38 Studien, aus unterschiedlichen Konfliktregionen (Mittlerer Osten, Lateinamerika, Asien, Afrika, Kroatien und Georgien)

n = 39'158 Erwachsene Flüchtlinge

Frauen mit 50-70% überrepräsentiert

Nur 7 Studien erfassten substanzbezogene Probleme

Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review

(N. Morina et al.; Frontiers in psychiatry (2018))

PTSD 2.2-88.3%

Depression 5.1-81%

Angststörungen 1-90%

Alkohol 2-60**%

Kozaric-Kovacic et al. (2000)

Drogen 2-20***%

** Akinyemi et al. (2012)

(N. Morina et al.; Frontiers in psychiatry (2018))

Kroatien (2000): n=368; PTSD: m=50%, f=36%; AUD: m=60%, f=8%; PTSD&AUD: m=70%, f=12%

Uganda (2006): n=1206; AUD: 32% Männer, 7% Frauen

Nigeria (2012): n=971; Depression 45%, PTSD 34%, Obsession 34%, Alcohol abuse 13%, Drug abuse 20%

Georgien (2011): n=3600; PTSD 23%, Depression 13% Anxiety 11%, Schädli. Alk: 7%, Episodisch exzessiv 3%

Syrien (2016): n= 452; PTSD: 27.2%, SUD:0.66%

Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review

(N. Morina et al.; *Frontiers in psychiatry* (2018))

The results suggest that PTSD, depression and anxiety disorder are highly prevalent after displacement and armed conflicts.

...review highlights a lack of studies assessing the prevalence of mental health disorders ...

Rates of trauma exposure were found to be not only high in terms of prevalence but also in terms of recurrence and intensity: all participants included in the reviewed studies had experienced or witnessed at least one serious traumatic event.

Trauma, Migration, Sucht

- Flucht, Trauma, psychische Gesundheit, Substanzmissbrauch
- Trauma und Traumaverarbeitung
- Traumatisierung und Sucht
- **Ausblick**

«In fact, no mental health policies can be efficiently implemented without an accurate assessment.»

INVESTING IN MENTAL HEALTH: EVIDENCE FOR ACTION, 2013



World Health
Organization

Zusammenfassung & Ausblick

Wir wissen sehr wenig zur psychischen Situation der Flüchtlinge in der Schweiz

Wahrscheinlich sind die Prävalenzen für psychische Störungen erhöht

Je nach Herkunftsland und kulturellem Hintergrund ist der Suchtmittelkonsum erhöht

Sensibilisierung und Schulung der Betreuenden

Screening für psych. Störungen wie Depression, Angst, PTSD, Substanzstörungen, Schmerz, Somatoforme Störungen

Einfacher Zugang zu den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen

Vielen Dank!

tlueddeckens@kih.ch