



Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Zentrum für Psychosoziale Medizin – Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Fachtag „Migration und Sucht“, 21.09.16, Hamburg

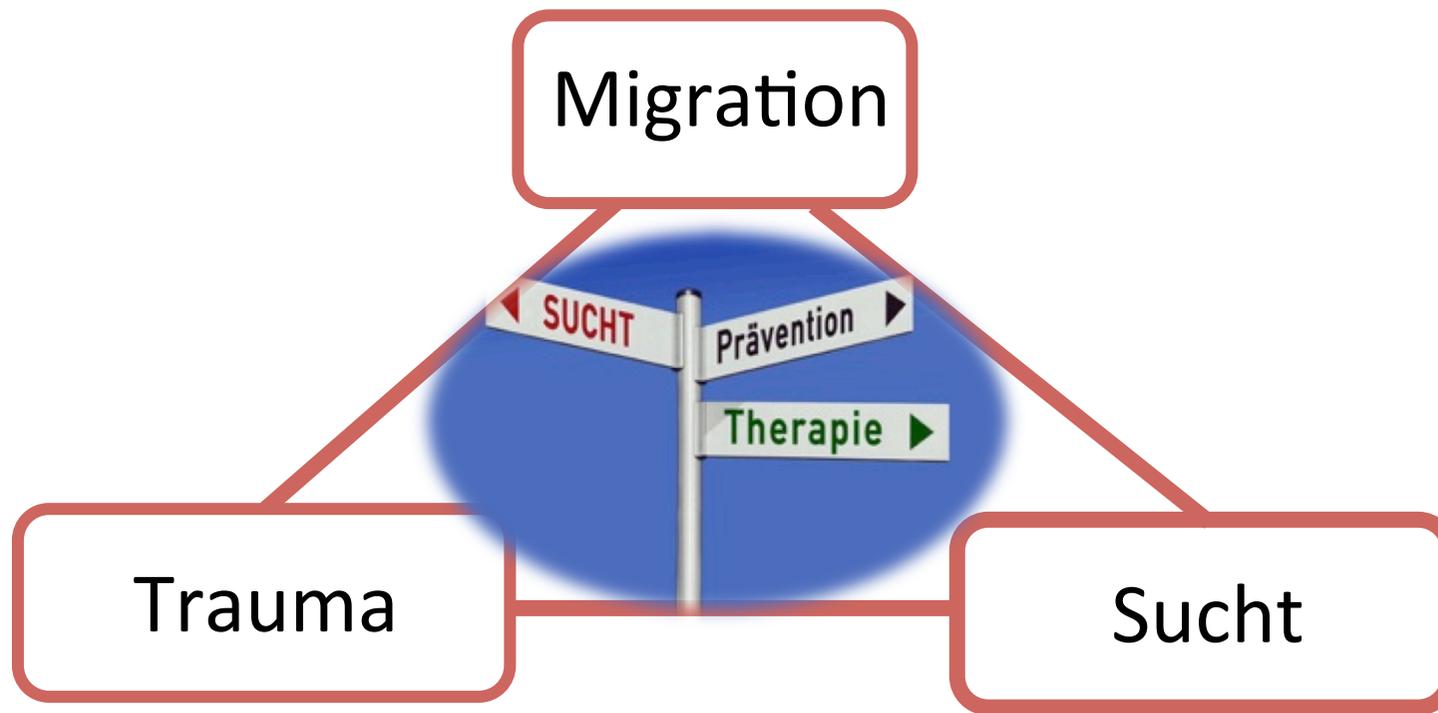
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

Migration, Trauma und Sucht

PD Dr. med. Ingo Schäfer, MPH



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Wenn eine bedrohliche Situation die Bewältigungsmöglichkeiten massiv überfordert, so dass es zu Gefühlen von Hilflosigkeit und einer **dauerhaften Erschütterung** kommt.



(nach Fischer u. Riedesser, 2003)

Trauma als Prozess:

- Aufeinander folgende Belastung unterschiedlicher Intensität
- Nicht alle Erlebnisse erfüllen „Traumadefinition“
- Belastungen verstärken sich in ihrem schädigenden Effekt (Dosis-Wirkungs-Beziehung)

Phasenmodelle, z.B. Keilson (1979):

- Vorfluchtphase
- Fluchtphase
- Exilphase
- Rückkehrphase









 Hamburger Abendblatt › Öffentlich Oct 05, 2015

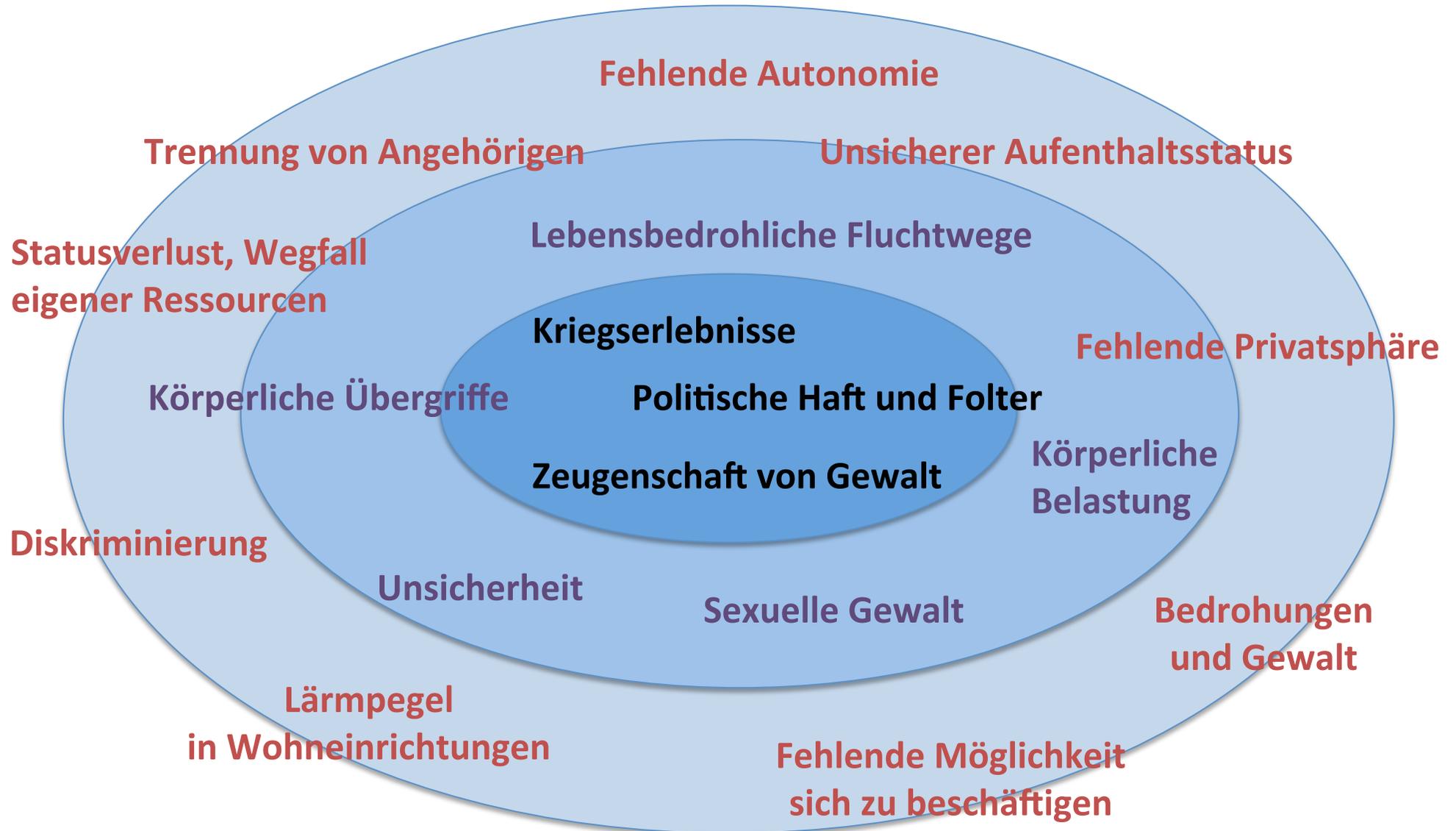
Schreckliche Situation für weibliche Flüchtlinge: Sie sind in Unterkünften Übergriffen ausgesetzt

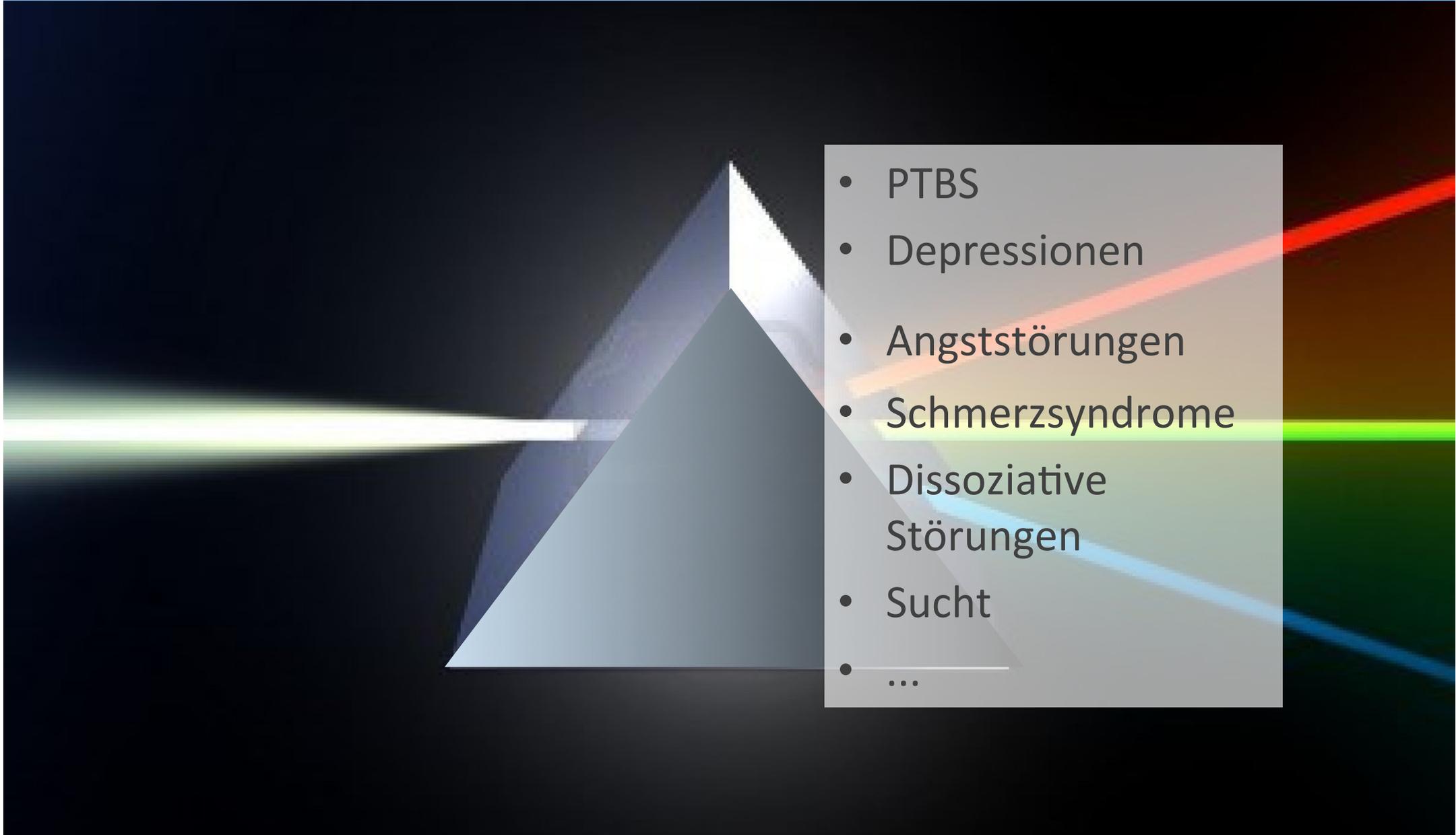
Sexuelle Gewalt in Hamburger Flüchtlingsunterkünften



+Hamburger Abendblatt

Belastungen vor, während und nach der Flucht



- 
- PTBS
 - Depressionen
 - Angststörungen
 - Schmerzsyndrome
 - Dissoziative Störungen
 - Sucht
 - ...

Kann auftreten wenn eine Person **drohendem Tod, tatsächlicher oder zu befürchtender Verletzung bzw. sexueller Gewalt** ausgesetzt war...

... **direkt,**

... **durch Zeugenschaft,**

... **durch Nachricht dass nahe Personen betroffen waren,**

... **durch wiederholte oder extreme Konfrontation mit Details traumatischer Ereignisse.**

Wiedererleben

Alpträume, Flashbacks,
Bilder und Gedanken die sich aufdrängen



Vermeidung

Vermeidung von Gedanken, Vermeidung von
Erinnerungsreizen (Orte, Situationen, etc.)



Vegetative Übererregung

Schlafstörungen, starke Wachsamkeit,
Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen



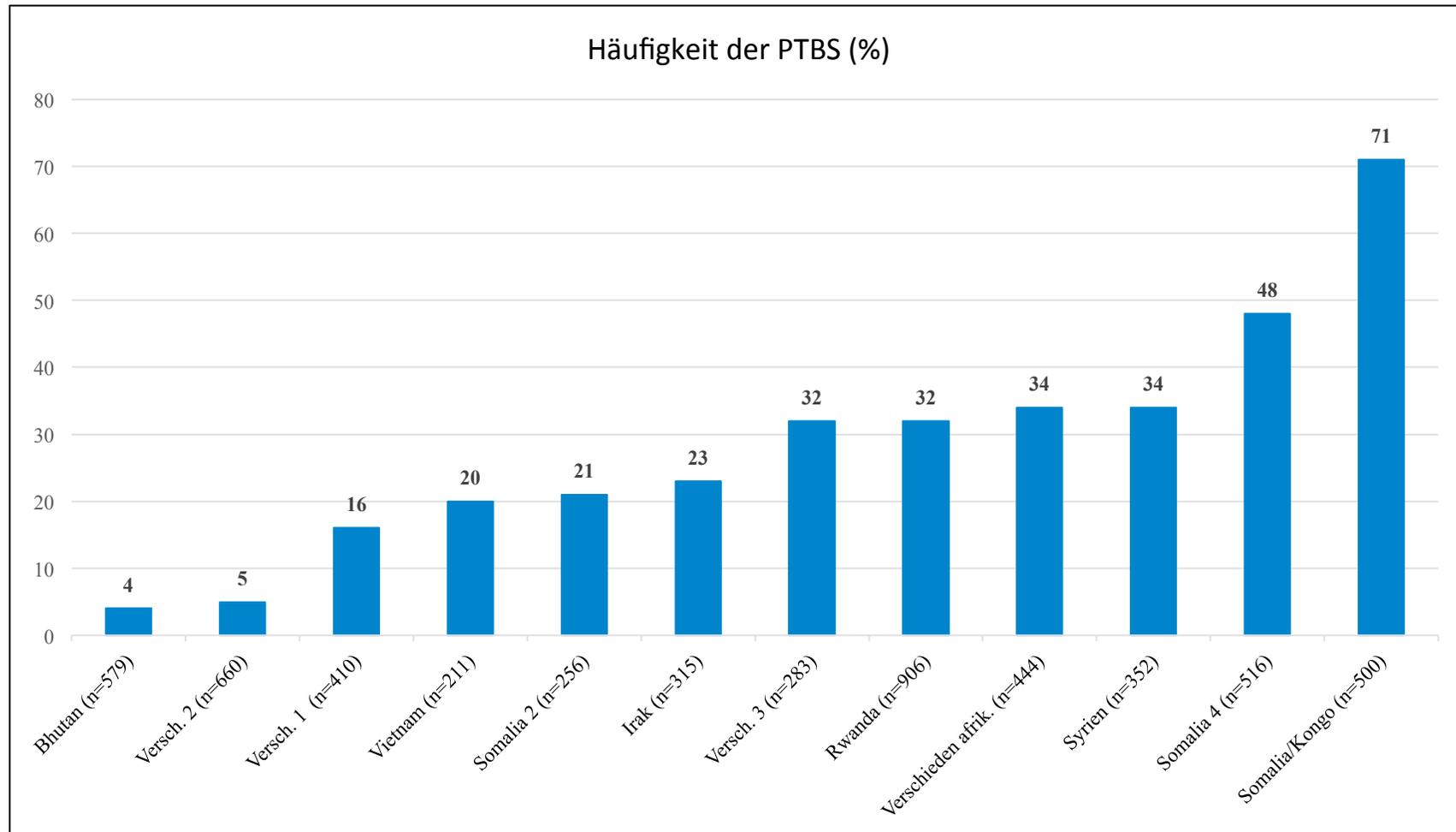
Studien seit 2009 mit hohen methodische Standards

(N>100, Zufallsstichproben, Quant. Angaben zu Angst, Depression, PTBS)

17 Studien mit insgesamt N=7.134 Flüchtlingen:

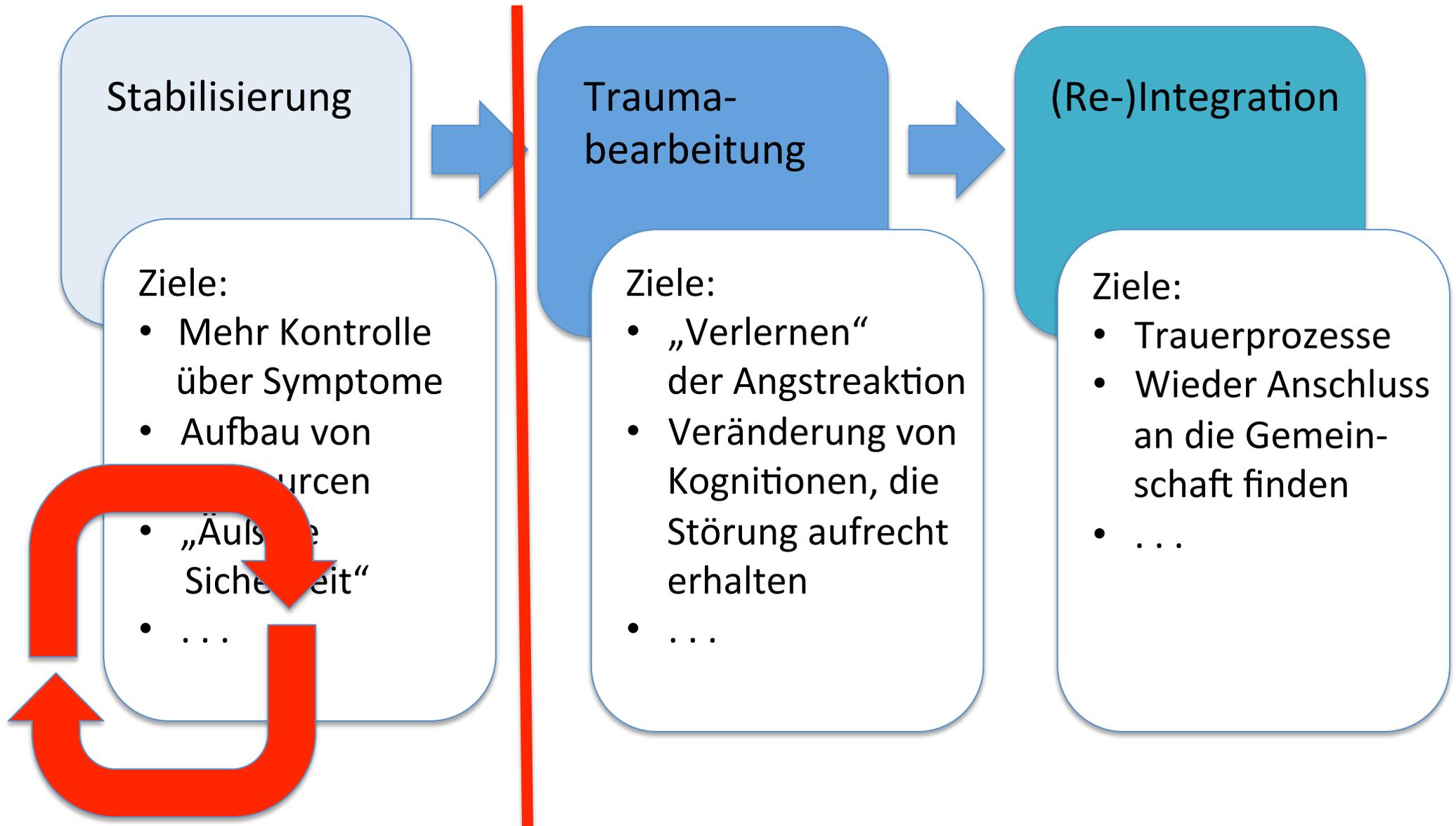
- PTBS 5% - 71% (M=28%)
- Depression 15% - 54% (M=34%)
- Angst 19% - 37%

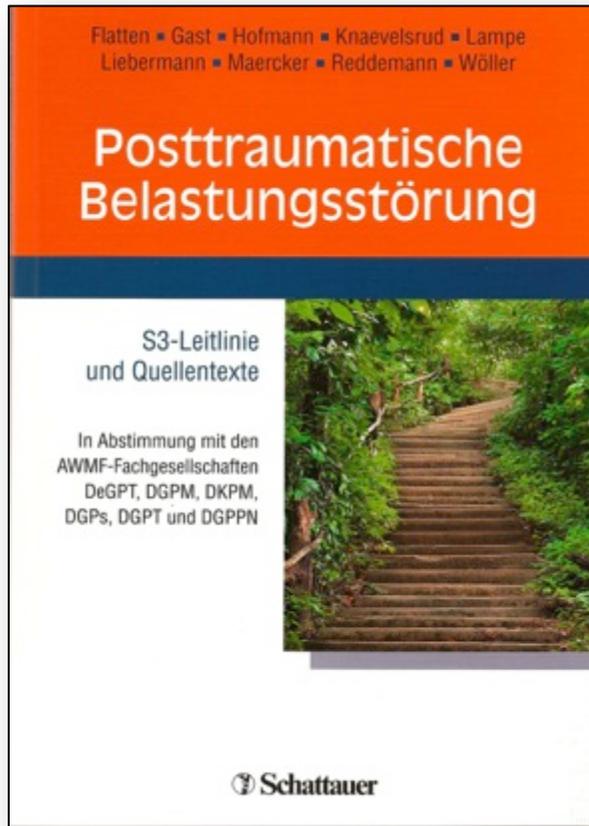




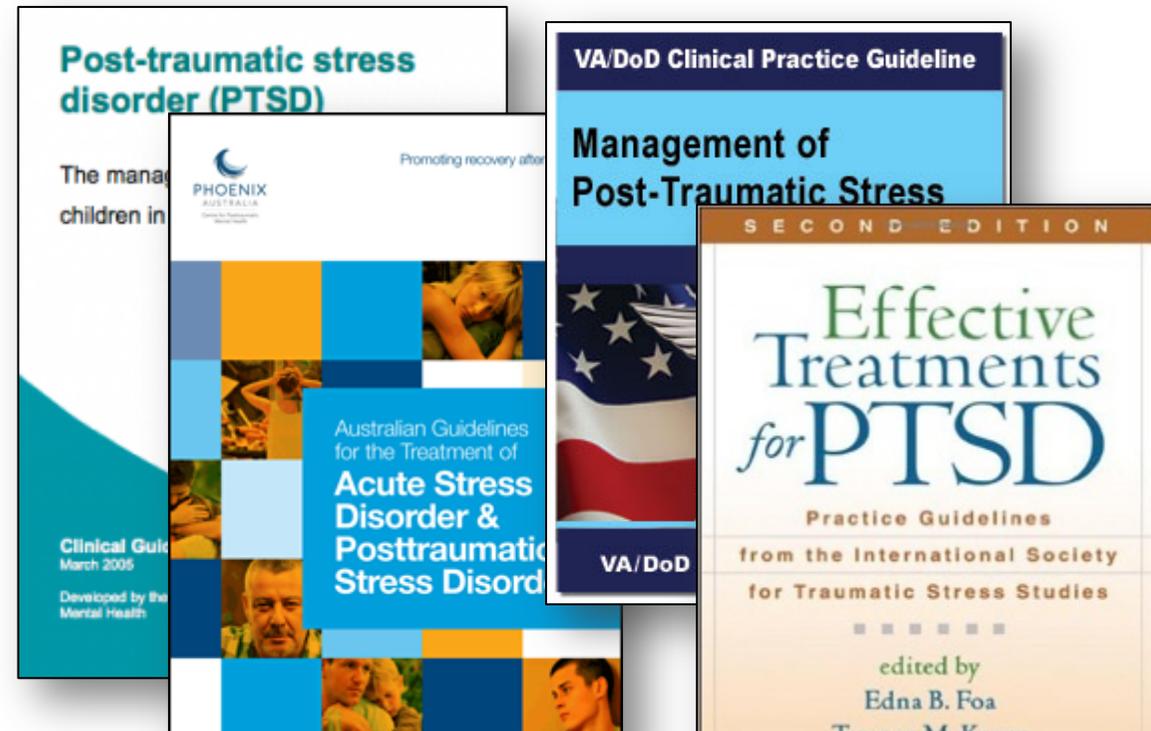
Lindert J, ... , Schäfer I. (in Druck) *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*

- Komponenten bei der Behandlung von (Kriegs-)Flüchtlingen:
 - Psychotherapeutische Interventionen
 - Sozialarbeiterische Tätigkeiten
 - Medizinische Versorgung
 - Aufenthaltsrechtliche Beratung
 - Dokumentation von Kriegs- und Folterspuren
 - Begutachtung von psychisch reaktiven Traumafolgen
 - Sprach- und Integrationskurse, Weiterbildung
 - ...
- Aber: Multimodale Ansätze ohne trauma-fokussierte Behandlung haben keine ausreichende Wirksamkeit in Bezug auf PTBS-Symptome





S3-Leitlinie PTBS (AWMF)



- Bei der Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung soll mittels Konfrontation mit der Erinnerung an das auslösende Trauma das Ziel der Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen erreicht werden.

Trauma-Focused Therapy for Refugees: Meta-Analytic Findings

J. E. Lambert & O.M. Alhassoon

J Couns Psychol 2015 (62): 28-37

Characteristics of Studies Included in the Meta-Analysis

Study	Treatment	Control	Interpreter	No. of sessions	PTSD assessment	PTSD <i>g</i>	Depression <i>g</i>
Adenauer et al. (2011)						.80	1.96
Hijazi et al. (2014)						.33	0.38
Hensel-Dittmann et al.						.25	0.36
Hinton et al. (2005)						.17	N/A
Hinton, Hofmann, Poll						.98	N/A
Hinton et al. (2004)						.40	1.84
Neuner et al. (2010)						.01	0.53
Neuner et al. (2008)						.66	N/A
Neuner, Schauer, Klas						.06	N/A
Otto et al. (2003)						.41	0.41
Stenmark, Catani, Neu							
asylum seekers						.59	0.60
Stenmark et al. (2013)						.78	0.53
ter Heide et al. (2011)						.54	0.92

Agreggierte Effektstärken:

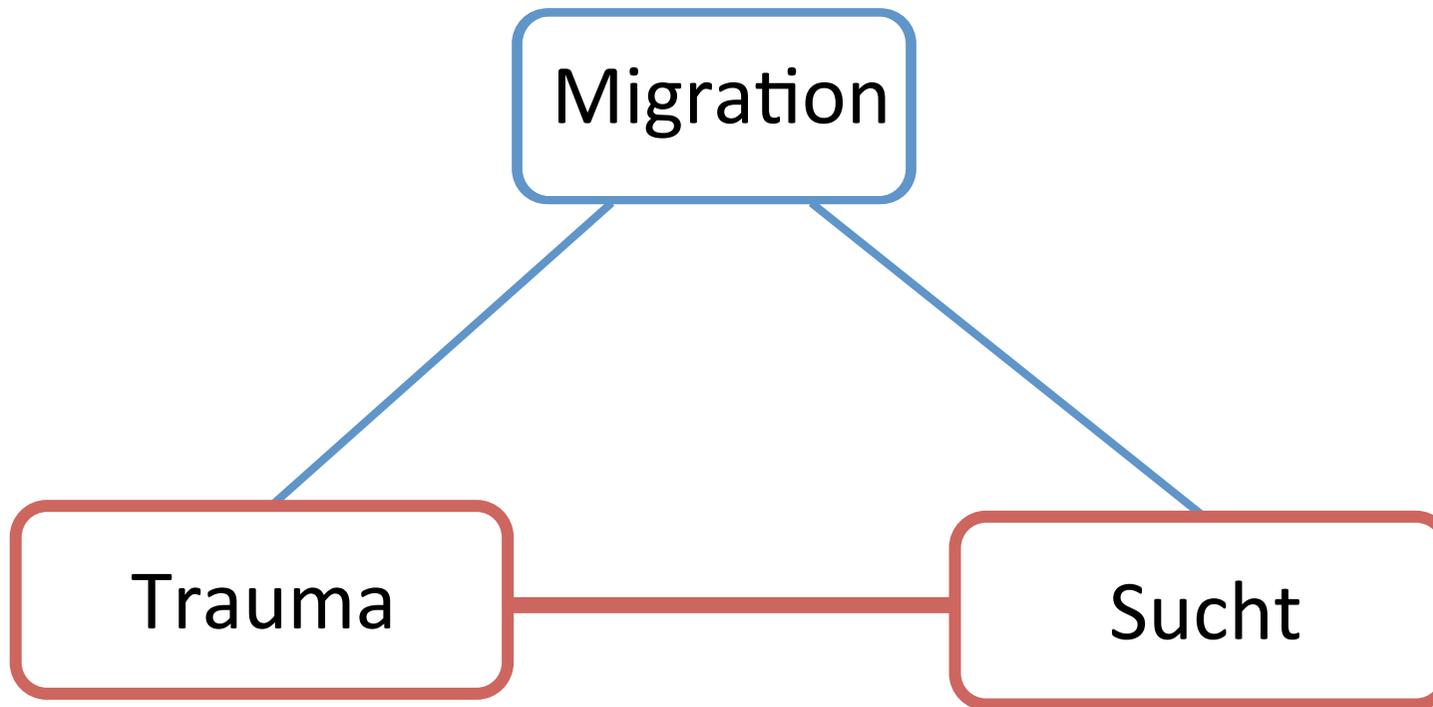
- PTBS: $g=.91$, $p<.001$, 95%-CI (.56 - 1.52)
- Depression: $g=.63$, $p<.001$, 95%-CI (.35 - .92)

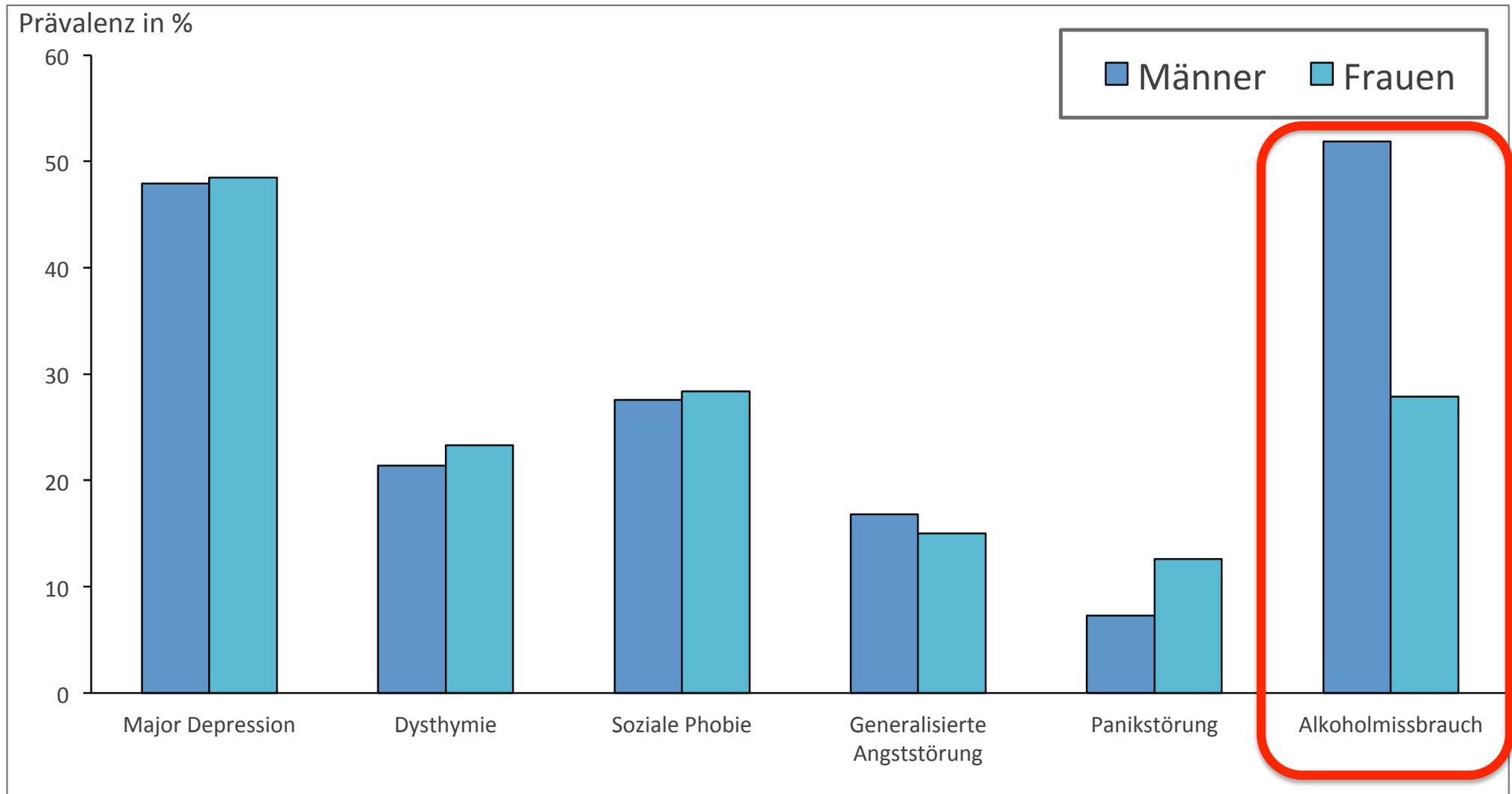
Untersuchte Einflussfaktoren:

- Anzahl der Sitzungen (größerer Effekt)
- Aktive Kontrollgruppe (kleinerer Effekt)
- Einsatz von Dolmetschern (kein Unterschied)

Note. PTSD = posttraumatic stress disorder; SIT = stress inoculation training; SC = self-report; SR = self-report; SC =

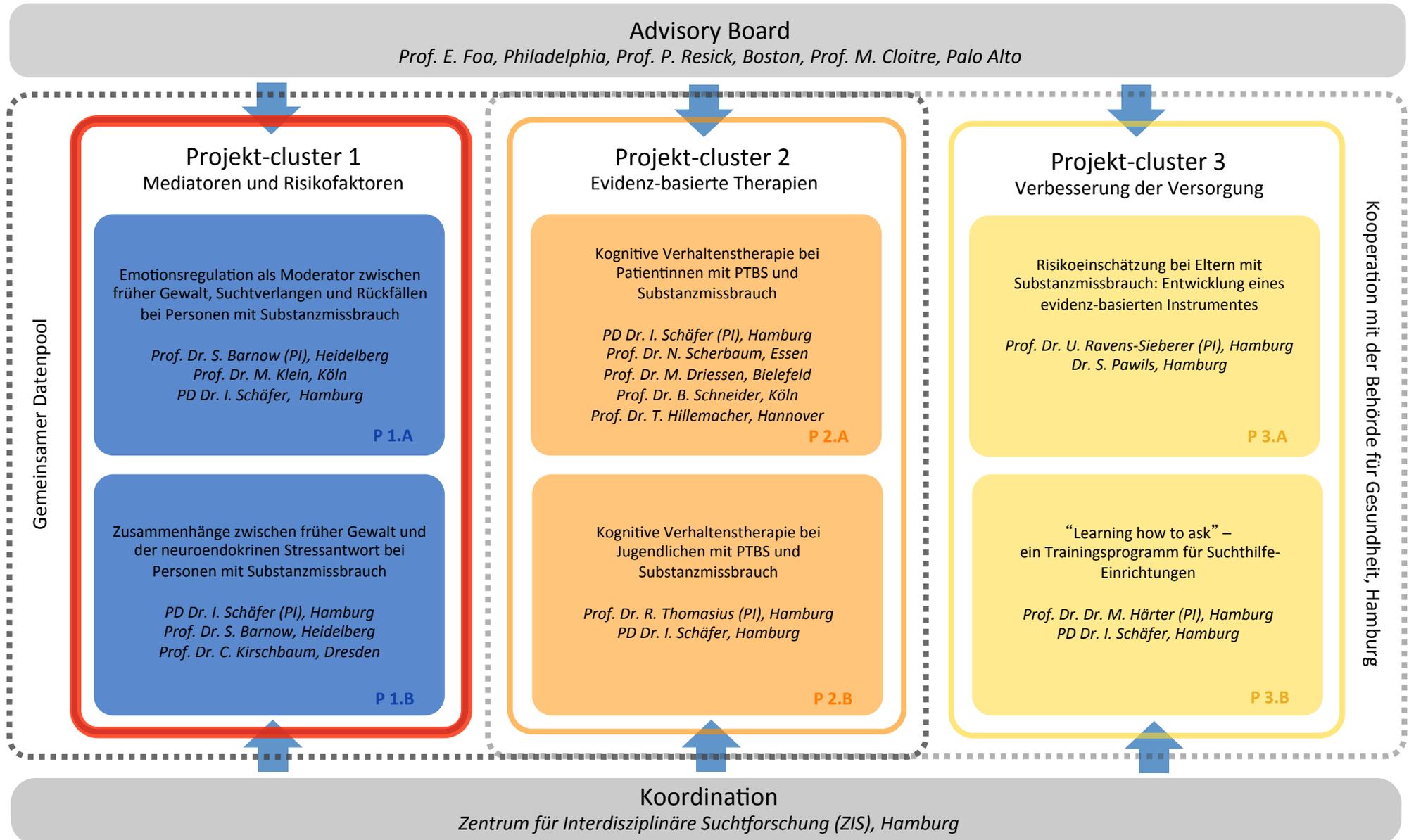
v; SR = self-report; SC =



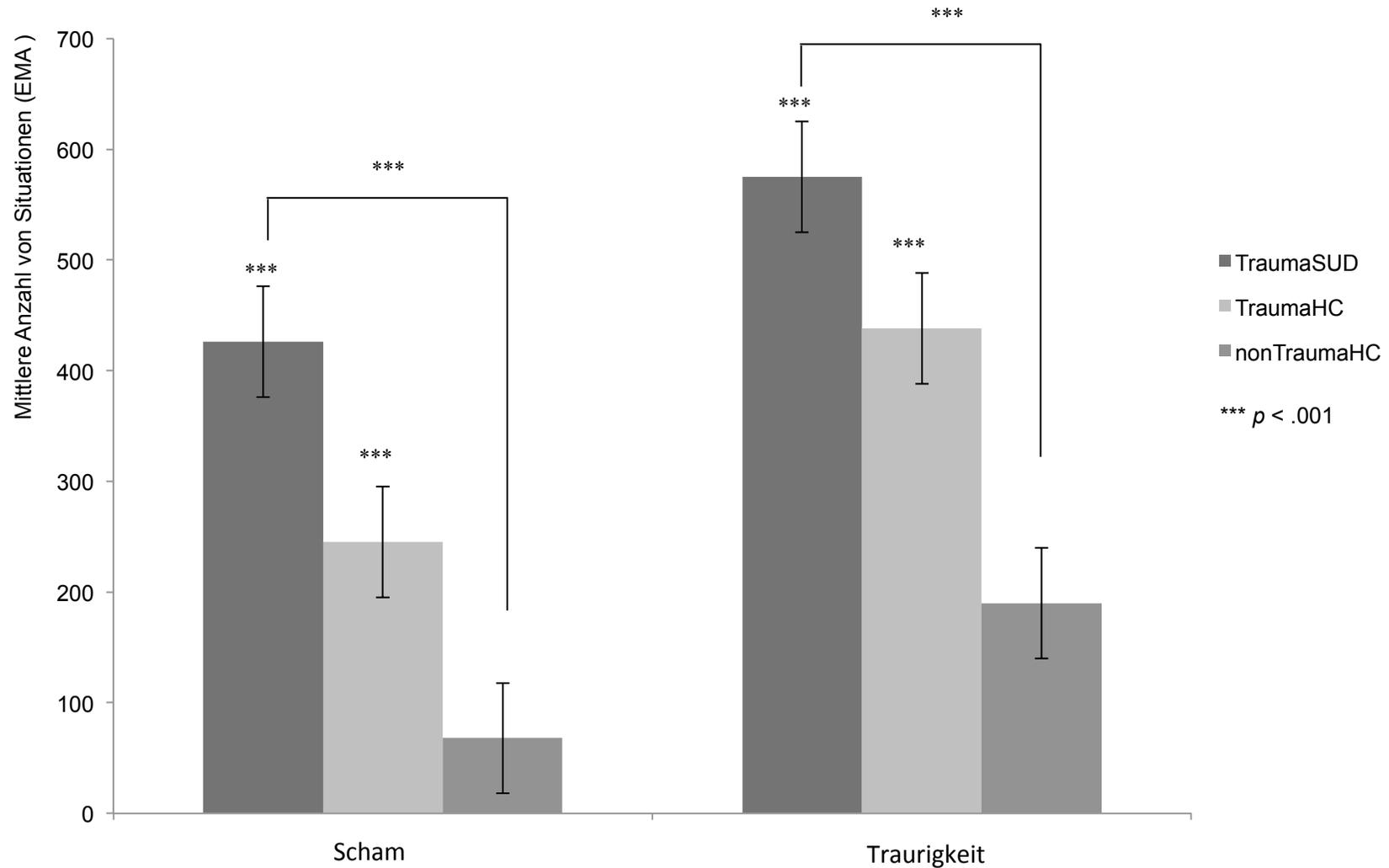


Kessler et al. (1995)

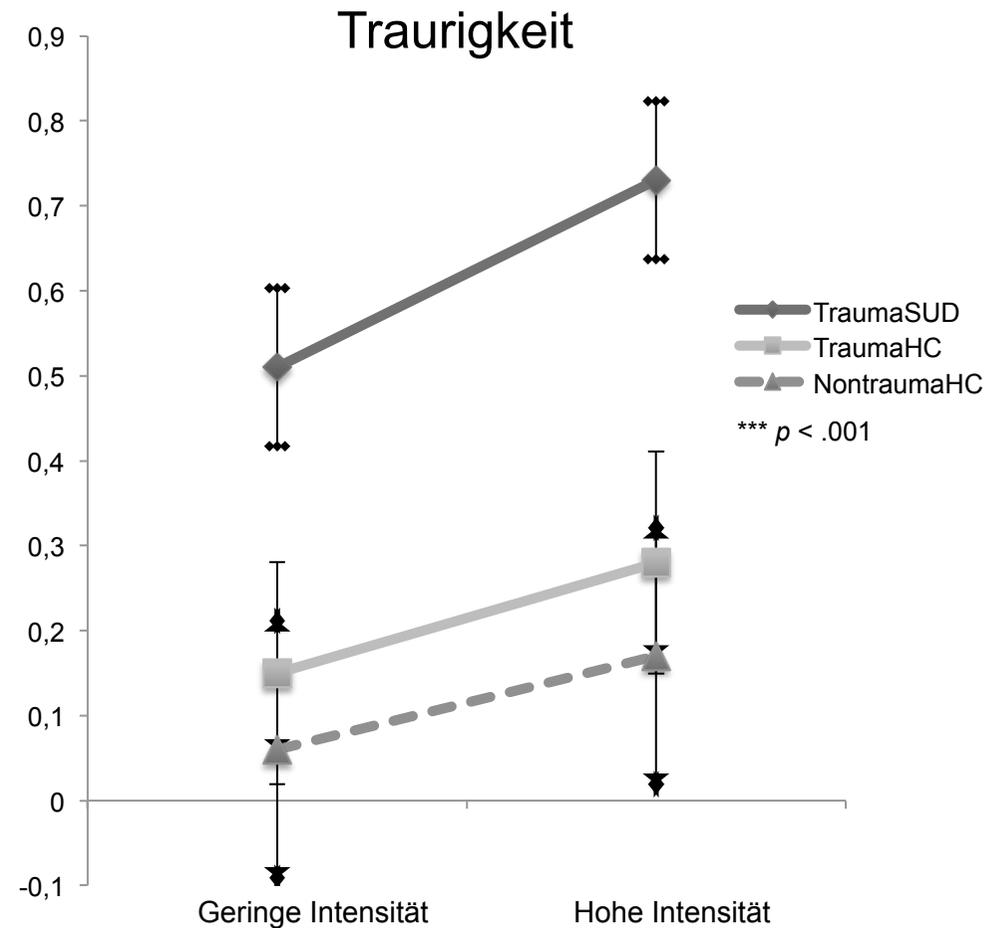
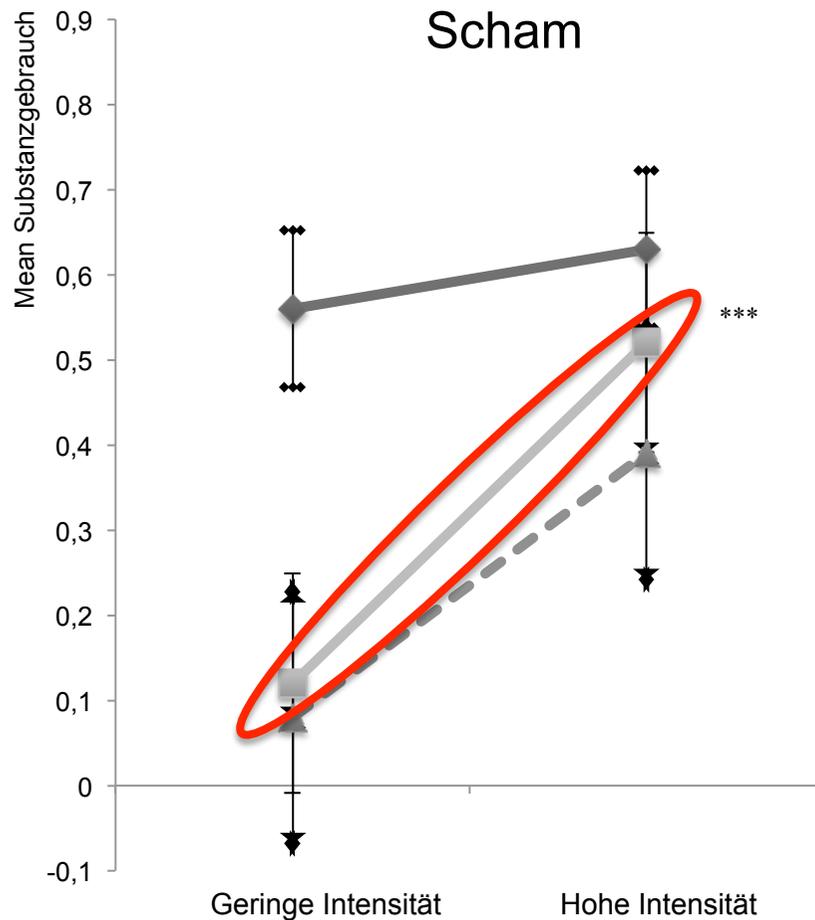




	Trauma Suchtstörungen (TraumaSUD) <i>n</i> =55	Trauma Keine psych. Strg. (TraumaHC) <i>n</i> =53	Kein Trauma Keine psych. Strg (nonTraumaHC) <i>n</i> =43
Traumatisierung Kindheit (CTQ)	Mind. „moderate to severe“ Trauma		Kein Trauma
Psychopathologie (SCID-I/-II)	Suchtstörungen	Keine Achse I/II-Störung	
Alter (<i>M/SD</i>)	40.4 (10.2)	36.2 (14.1)	32.0 (14.0)
Weiblich (<i>N/%</i>)	19 (34.5)	42 (79.2)	31 (72.1)



Holl J, ..., Schäfer I, Barnow S (2016) Substance Use to Regulate Intense Posttraumatic Shame in Individuals with Childhood Abuse and Neglect. *Development and Psychopathology*. DOI:10.1017/S0954579416000432



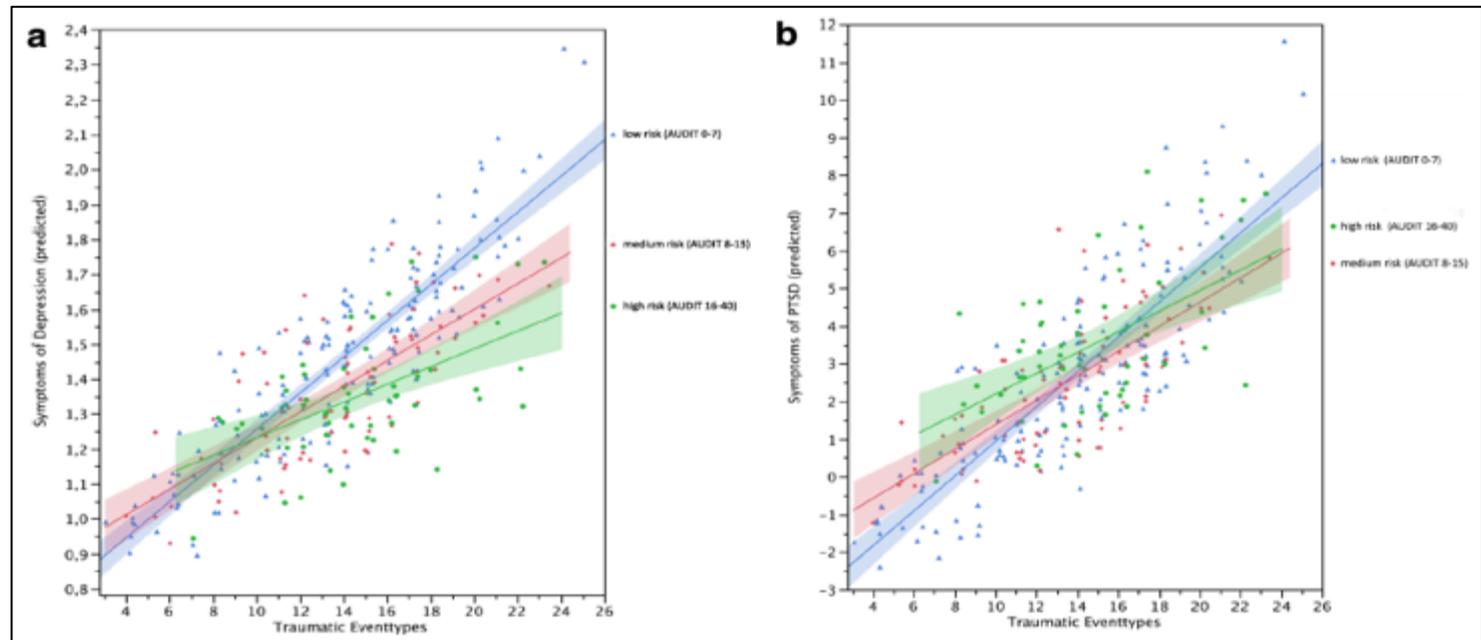
Holl J, ..., Schäfer I, Barnow S (2016) Substance Use to Regulate Intense Posttraumatic Shame in Individuals with Childhood Abuse and Neglect. *Development and Psychopathology*, doi:10.1017/S0954579416000432

Drinking to ease the burden: a cross-sectional study on trauma, alcohol abuse and psychopathology in a post-conflict context

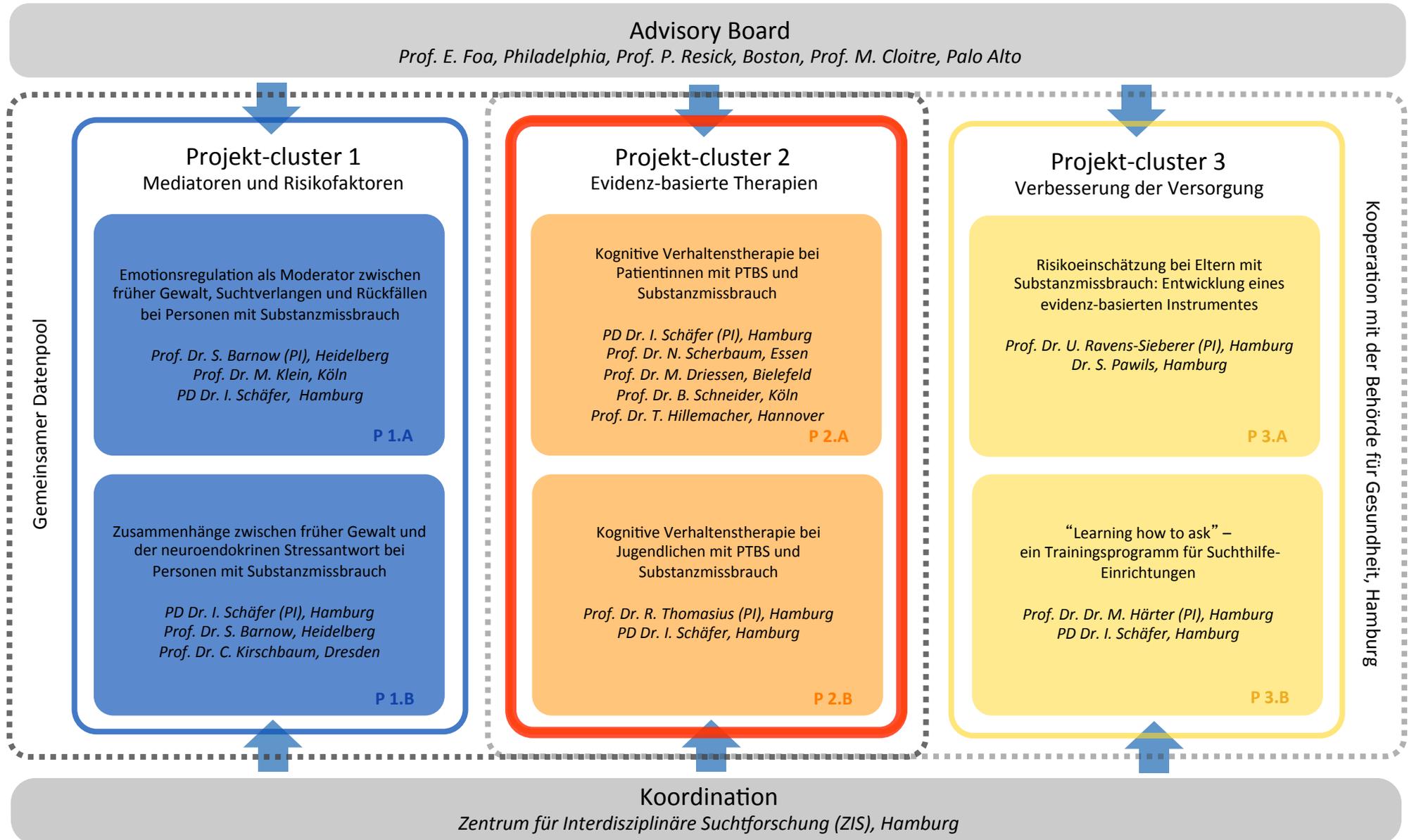
V. Ertl, R. Saile, F. Neuner, C. Catani

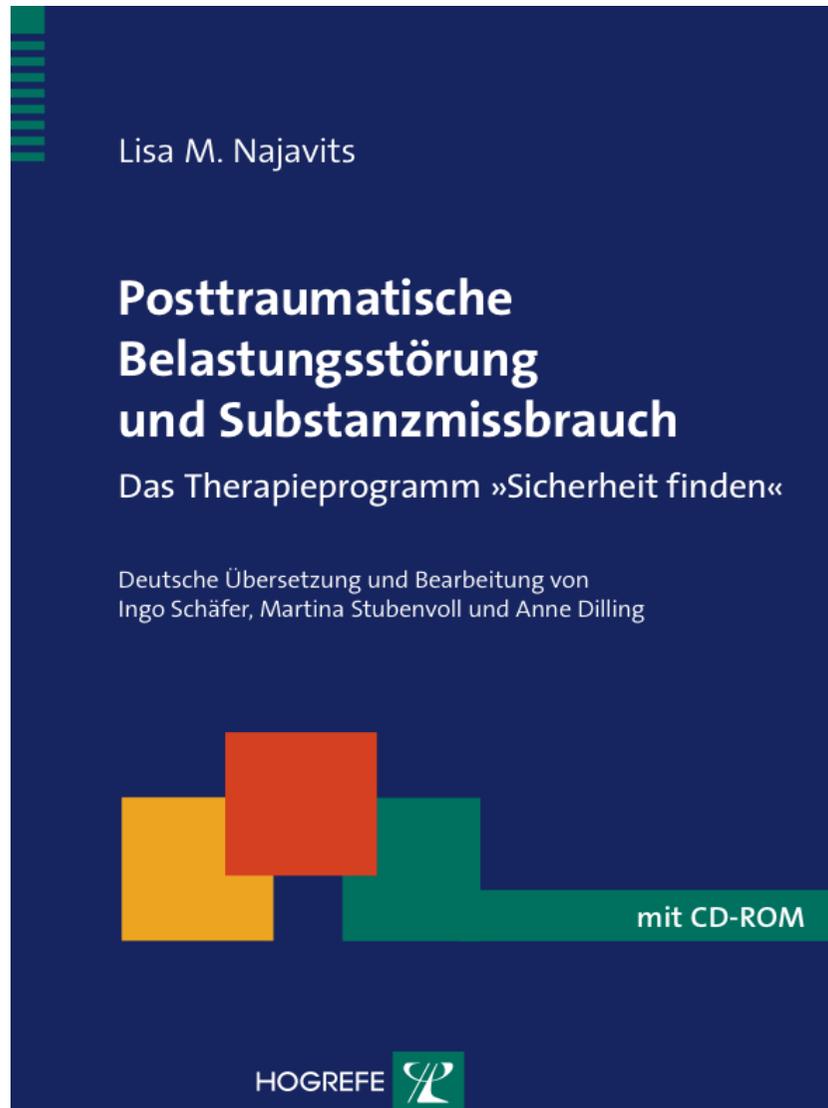
BMC Psychiatry 2016 (16): 202

- N=669 (55% weiblich)
- Zusammenhänge zwischen Trauma, psychischer Belastung und Risiko für Alkoholmissbrauch
- Prävalenz
M: 40%, W: 1%



„Funktionalität muss bei der Entwicklung von Behandlungsansätzen berücksichtigt werden“





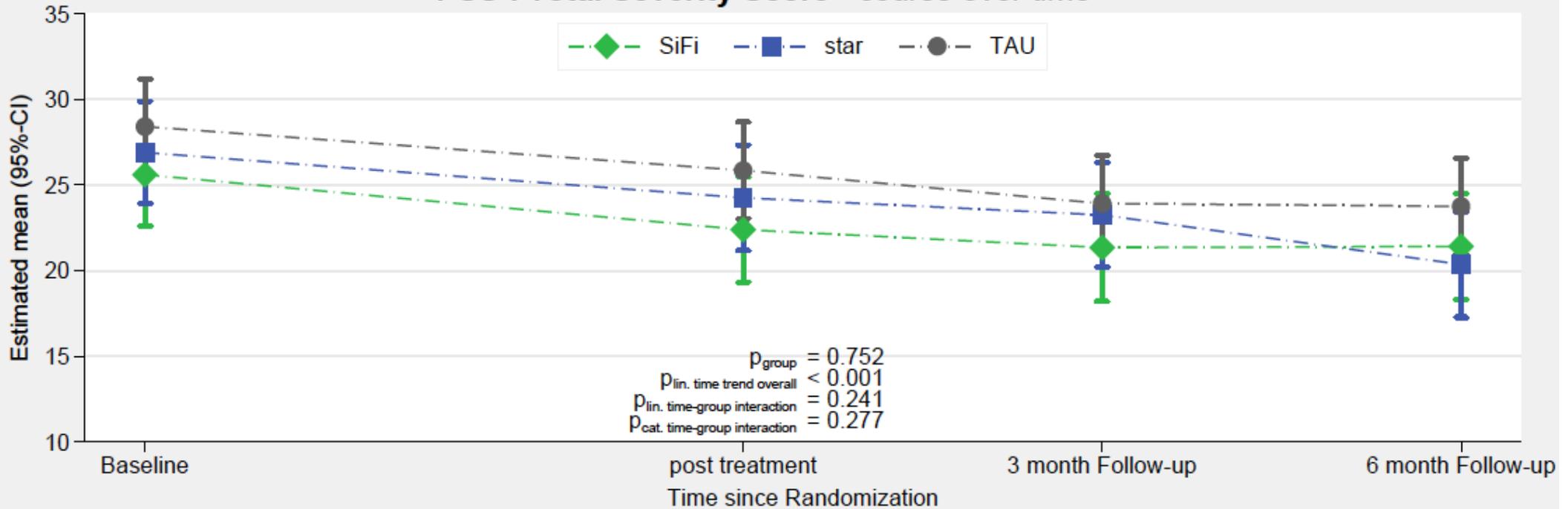
- Zielt auf die komplexen Folgen traumatischer Erfahrungen
- Bewältigungsstrategien, keine Traumabearbeitung
- Kann prinzipiell in allen Settings eingesetzt werden
- Übersetzung in 12 Sprachen (incl. Arabisch)

www.trauma-und-sucht.de

- Sicherheit finden (Sifi)
Rückfallprävention (STAR)
Treatment as usual (TAU)
- N = 342 amb. weibliche Patientinnen
mit substanzbezogener Störung und PTBS
(Hamburg, Bielefeld, Essen, Köln, Hannover)
- 2 Einzel- und 14 Gruppensitzungen (M=6 Sitzungen)
- Primärer Endpunkt: PTBS-Symptome bei 6-Monats-Katamnese
- Hypothese: Sifi ist effektiver als TAU und STAR nicht unterlegen



PSS-I Total Severity Score - course over time

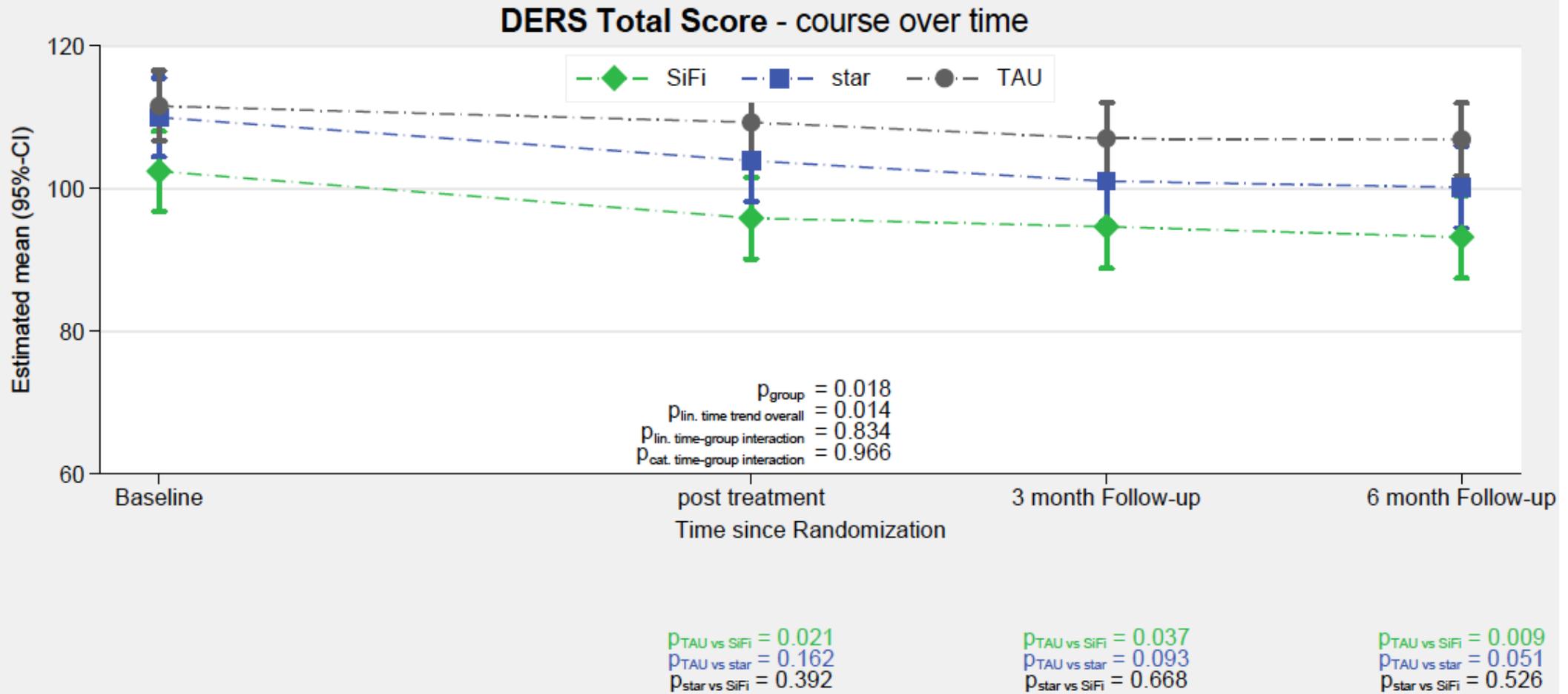


$p_{\text{group}} = 0.752$
 $p_{\text{lin. time trend overall}} < 0.001$
 $p_{\text{lin. time-group interaction}} = 0.241$
 $p_{\text{cat. time-group interaction}} = 0.277$

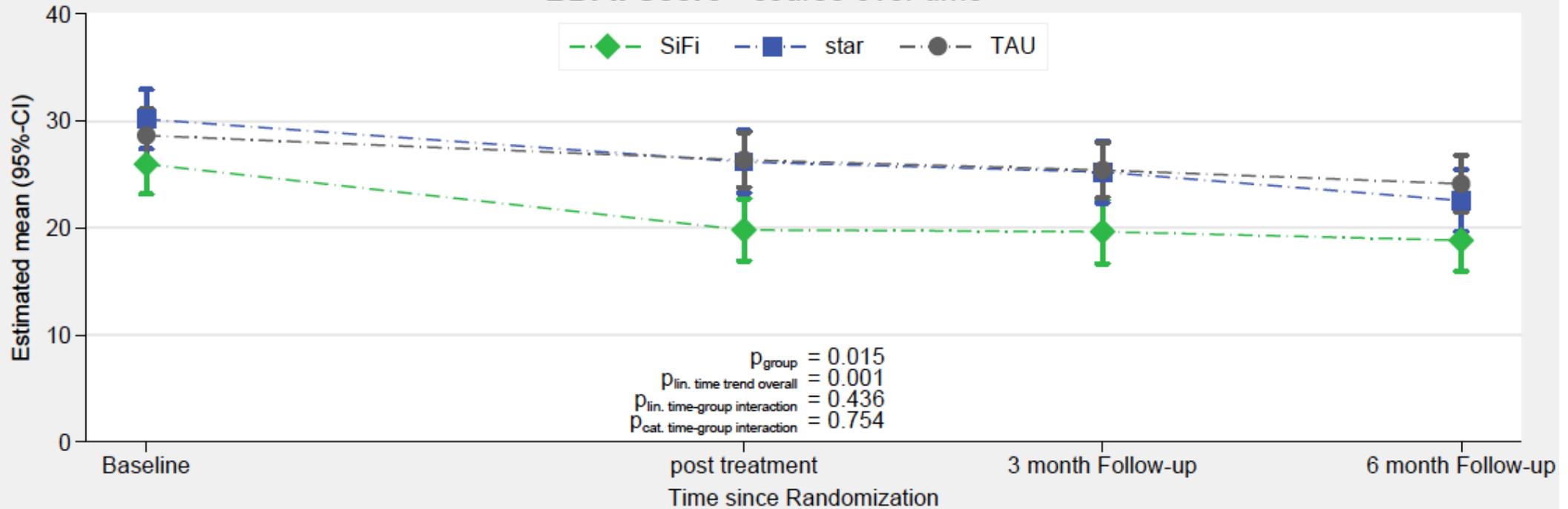
$p_{\text{TAU vs SiFi}} = 0.351$
 $p_{\text{TAU vs star}} = 0.688$
 $p_{\text{star vs SiFi}} = 0.618$

$p_{\text{TAU vs SiFi}} = 0.696$
 $p_{\text{TAU vs star}} = 0.771$
 $p_{\text{star vs SiFi}} = 0.525$

$p_{\text{TAU vs SiFi}} = 0.804$
 $p_{\text{TAU vs star}} = 0.126$
 $p_{\text{star vs SiFi}} = 0.226$



BDI-II Score - course over time



$p_{\text{group}} = 0.015$
 $p_{\text{lin. time trend overall}} = 0.001$
 $p_{\text{lin. time-group interaction}} = 0.436$
 $p_{\text{cat. time-group interaction}} = 0.754$

$p_{\text{TAU vs SiFi}} = 0.007$
 $p_{\text{TAU vs star}} = 0.564$
 $p_{\text{star vs SiFi}} = 0.049$

$p_{\text{TAU vs SiFi}} = 0.018$
 $p_{\text{TAU vs star}} = 0.536$
 $p_{\text{star vs SiFi}} = 0.097$

$p_{\text{TAU vs SiFi}} = 0.030$
 $p_{\text{TAU vs star}} = 0.157$
 $p_{\text{star vs SiFi}} = 0.472$

- „Zur Reduktion von PTBS-Symptomen sollen Patienten mit alkoholbezogenen Störungen PTBS-spezifische KVT-Ansätze angeboten werden“

Mills et al. (2013), Sannibale et al. (2013), Hien et al. (2010 a,b)

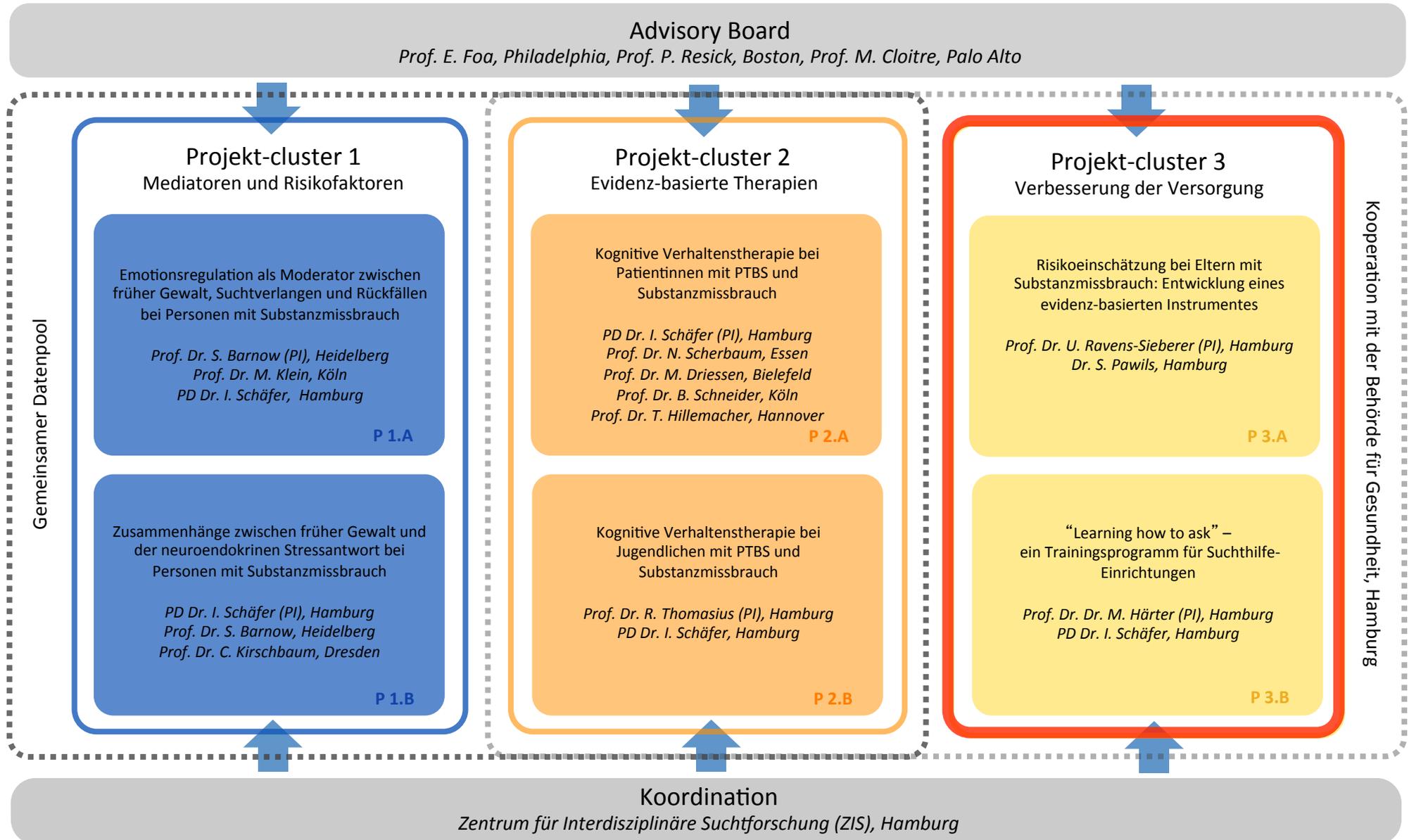
- „Patienten mit dieser Komorbidität sollen stabilisierende integrative KVT-Programme angeboten werden“

Hien et al. (2010 a,b)

- Expositions-basierte Interventionen sollen angeboten werden wenn sich der Konsum auf niedrigem Niveau stabilisiert hat oder Abstinenz erreicht wurde

Mills et al. (2013), Sannibale et al. (2013)

(Jeweils Evidenzlevel Ib, Empfehlungsgrad A)



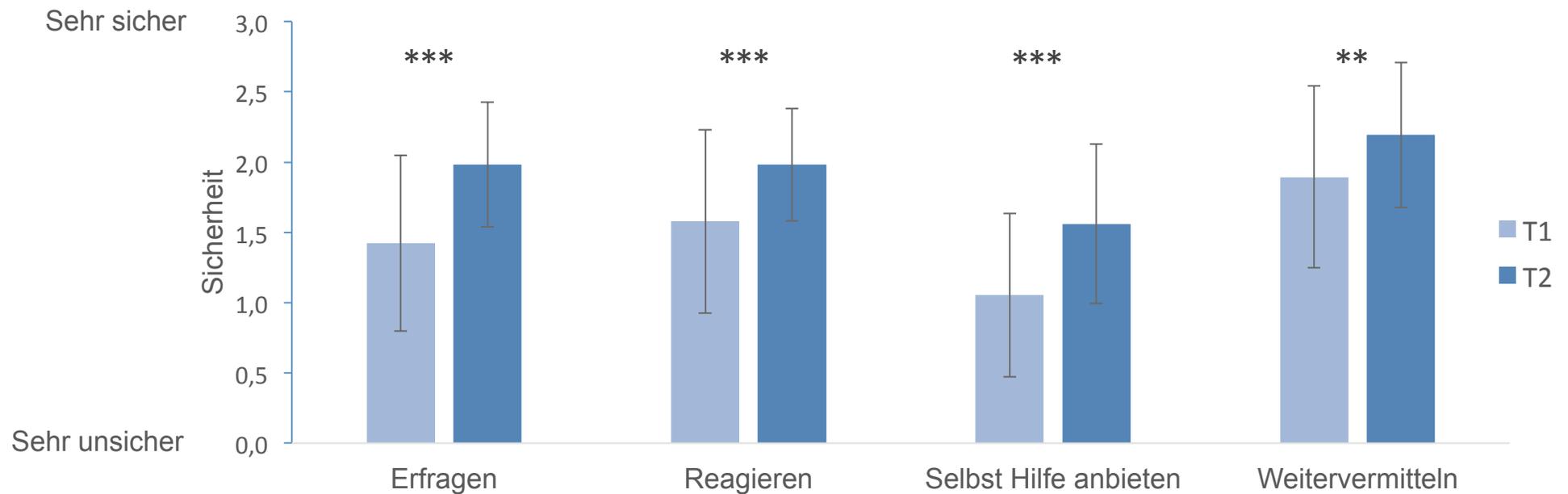
1-Tages-Training zum Umgang mit Traumaberichten (in Anlehnung an Read et al. 2007):

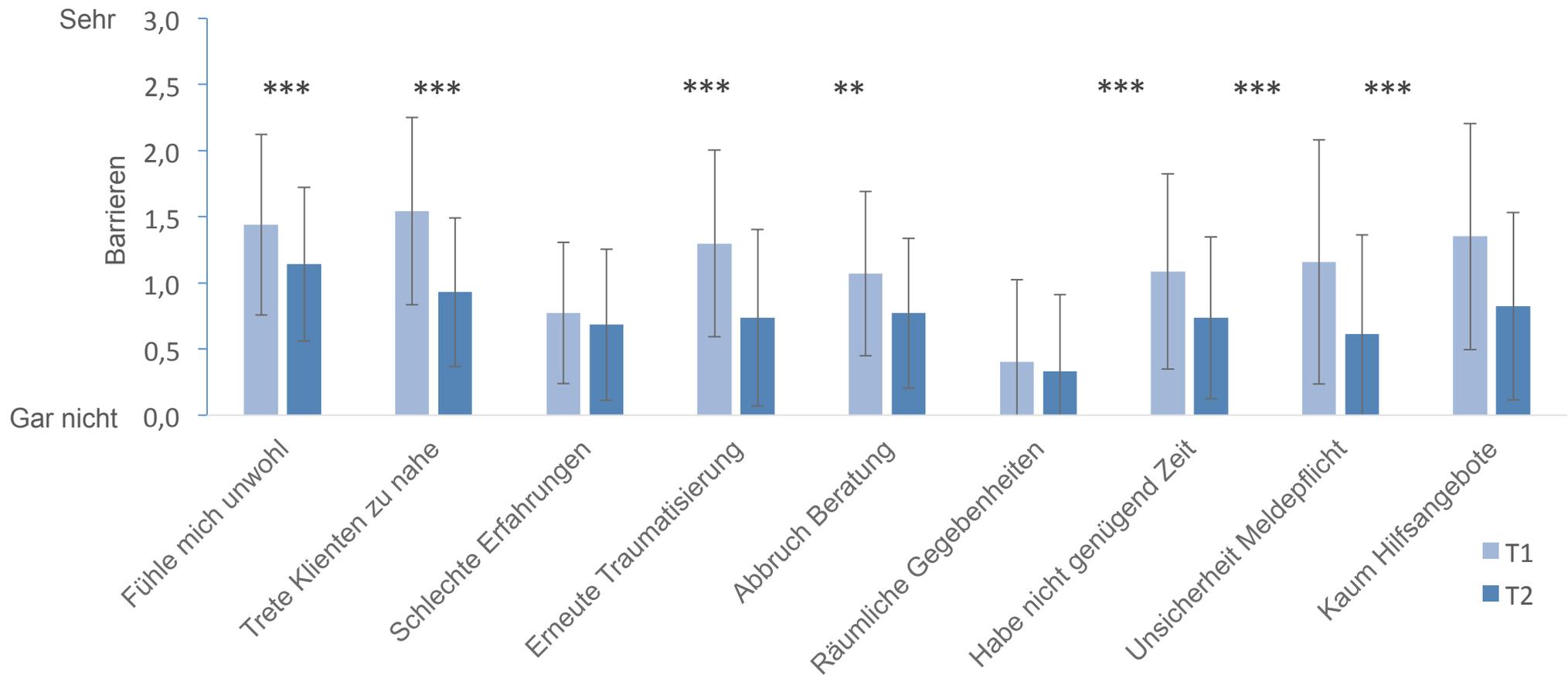
- 1) Reflexion des Umgangs mit Traumatisierungen bei KlientInnen
- 2) Wissensvermittlung
 - Formen und Folgen von Traumatisierungen
 - Grundregeln zum Erfragen und Reagieren auf Berichte
- 3) Praktisches Einüben
 - Rollenspiele



**Why, when and how to ask
about childhood abuse**

- Cluster-randomisierte Studie in 23 amb. Suchthilfe-Einrichtungen (N=132)
- Nachbefragung nach 6 Monaten





Rollenstuhl

Rollenspiele

Rollenpiel

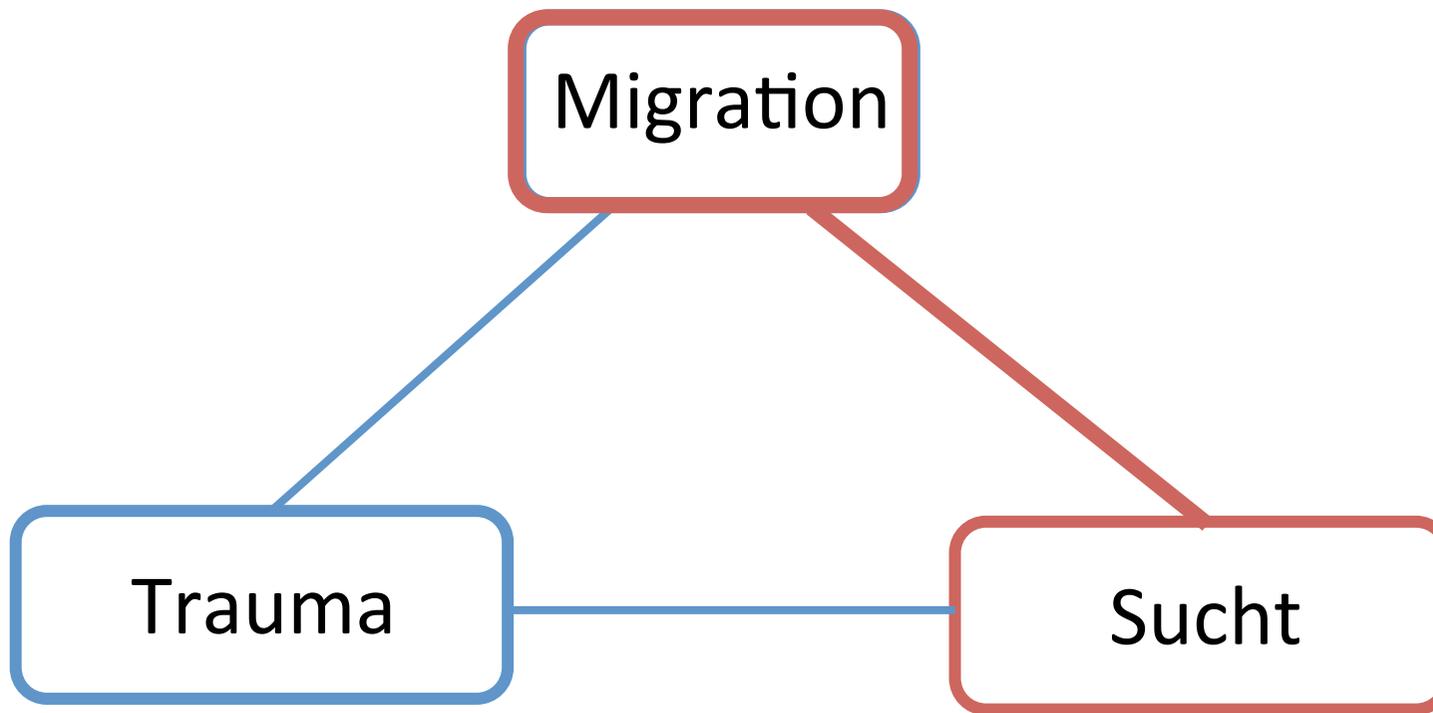
meine veränderte Perspektive durch das konkrete
Üben

Veränderung der Sicht auf
Traumata

Frage nach Traumatisierung

Die konkreteren Formulierungen!

Die Frage nach Trauma gehört zur Beratung!



- Bei türkischen Migranten und Spätaussiedlern kein Hinweis auf höhere Rate von Suchtstörungen
- Schlechterer Verlauf und Schwierigkeiten bei der Behandlung von Suchtstörungen bei MigrantInnen
- Geringere Inanspruchnahme von Hilfen, mehr Abbrüche
- Stärkere soziale Stigmatisierung („Schande“, „Gesichtsverlust“, ...)
- Suchtverständnis betont individuelle Stärke im Umgang mit Suchtmitteln
- Misstrauen gegenüber Institutionen
- Ablehnung der „sprechenden“ Medizin

Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review

D. Horyniak, J.S. Melo, R.M. Farrell, et al.

PLoS ONE (2016) 11: e0159134.

63 Studien: 10 hohe Qualität (16%), 39 mittel (62%), 14 gering (22%)

Schädlicher Alkoholkonsum in Studien mit hoher Qualität:

- 17%-36% in Flüchtlingscamps
- 4%-7% in Community settings

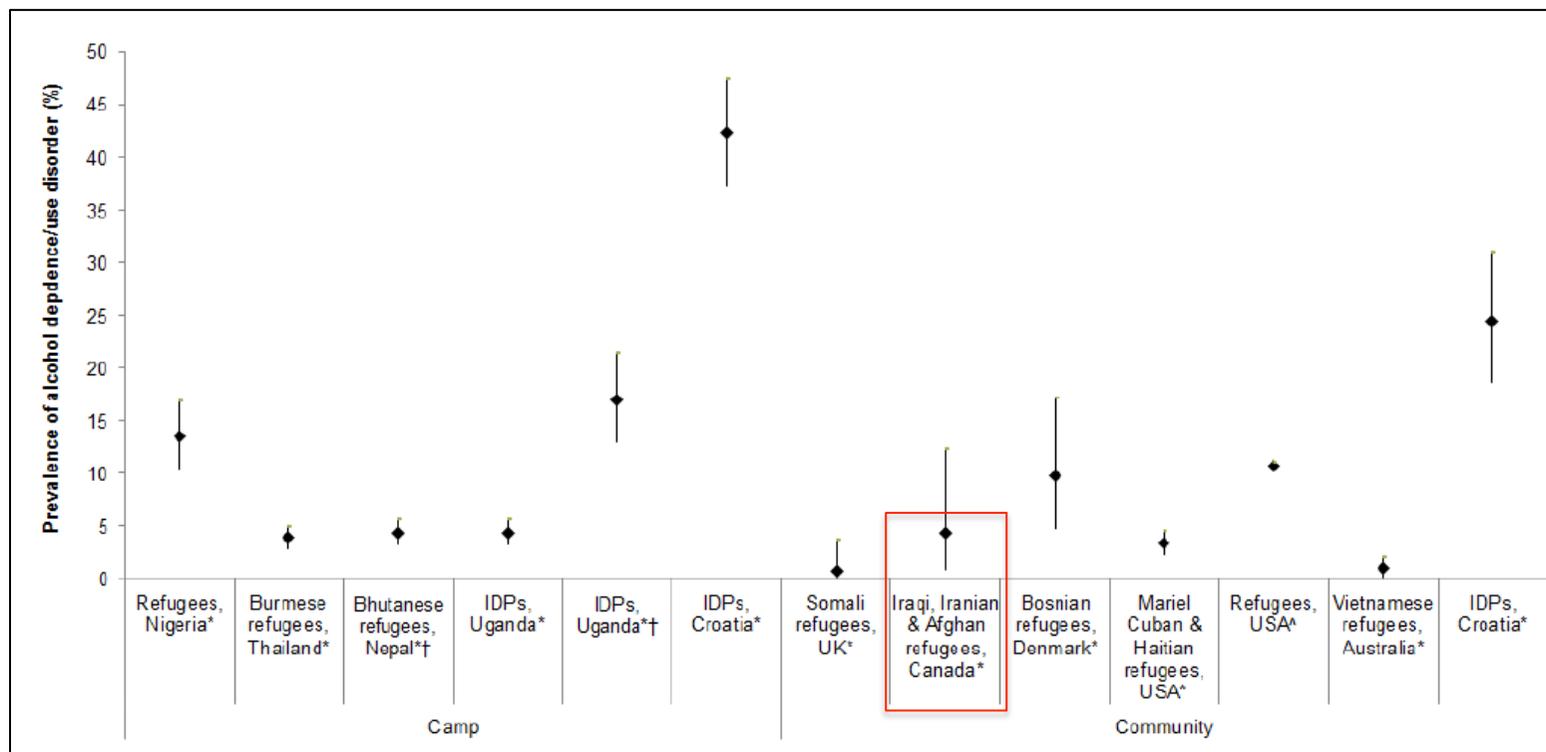
Variablen mit Zusammenhängen:

- Männliches Geschlecht
- Psychische Störungen
- Traumaexposition

Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review

D. Horyniak, J.S. Melo, R.M. Farrell, et al.

PLoS ONE (2016) 11: e0159134.

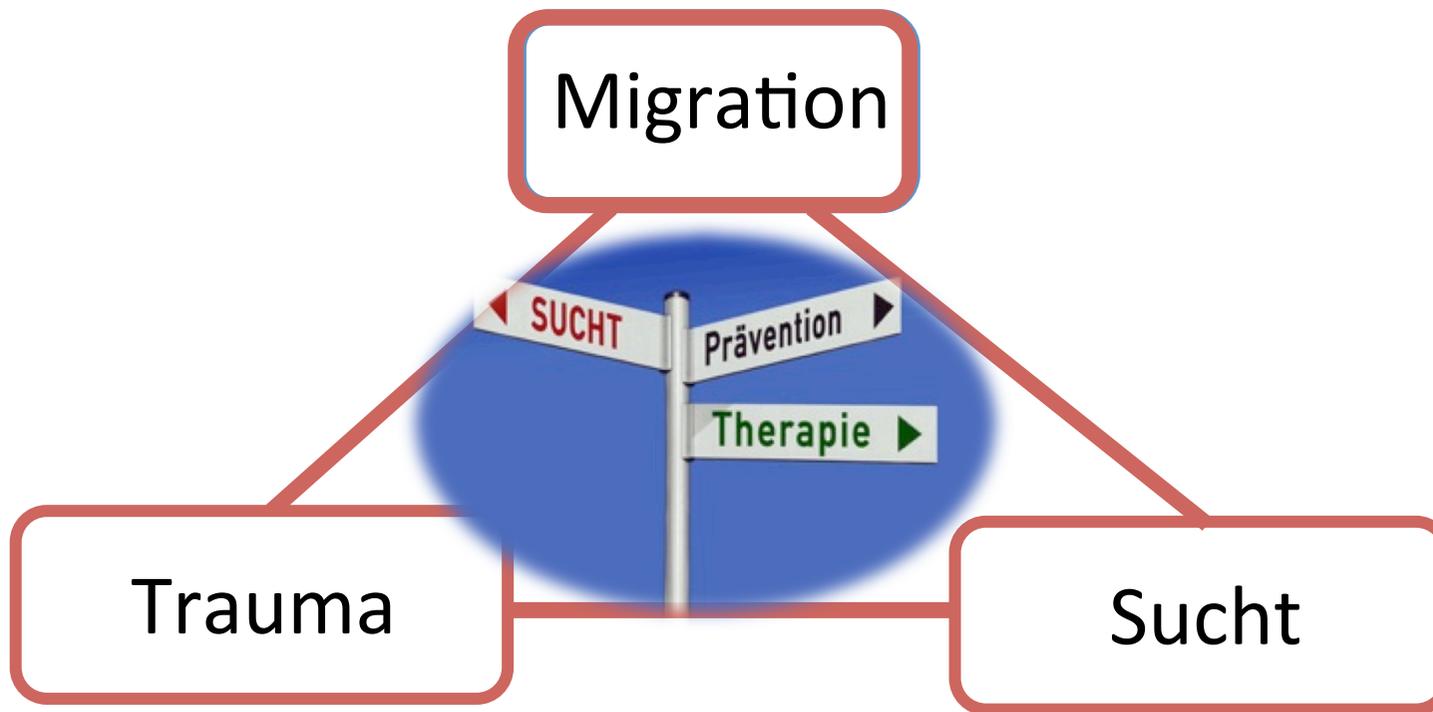


Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review

D. Horyniak, J.S. Melo, R.M. Farrell, et al.

PLoS ONE (2016) 11: e0159134.

- Globale und regionale Unterschiede beeinflussen Substanzkonsum, aber auch lokale Faktoren wie Verfügbarkeit und soziale Normen
- Flüchtlingscamps als besonders problematische Settings, Implikationen für Prävention und Behandlung
- „Es wird für Suchthilfeeinrichtungen wichtig sein psychiatrische Angebote zu integrieren und eine trauma-informierte Perspektive einzunehmen“



- Hoher Grad an Belastung legt besonderes Risiko für Substanzprobleme bei Flüchtlingen nahe, Notwendigkeit Komorbiditäten zu berücksichtigen
- Keine gesicherten Befunde zu speziellen Subgruppen und weiteren Einflussfaktoren (z.B. protektive Faktoren)
- Fragen zur Versorgung stellen sich teilweise anders (z.B. Erreichbarkeit, kulturelle Besonderheiten bei der Therapie, ...) teilweise spitzen sie sich zu (z.B. Notwendigkeit verschiedene Behandlungselemente zu integrieren)
- Zahlreiche strukturelle Hemmnisse (Suchthilfe bereits stark ausgelastet, Verfügbarkeit und Finanzierung von Dolmetschern, hoher Fortbildungsbedarf, ...)

Die gute Nachricht: Wir fangen nicht bei Null an!

- Wissen um die Wirksamkeit von traumatherapeutischen Ansätzen, auch bei „speziellen Gruppen“ (Flüchtlinge, Menschen mit Suchtproblemen)
- Erfahrungen mit der Integration von traumatherapeutischen Ansätzen im Suchtbereich
- Evaluierte Schulungskonzepte für psychosoziale Berufe zum Umgang mit traumatisierten Menschen

 Kultursensible (traumainformierten) Konzepte für relevante Gruppen von geflüchteten Menschen

 Nutzung bewährter Zugänge (Keypersons, neue Medien, ...)

 Konsequente Schulung und Dissemination im Suchtbereich



HAMBURG

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit !

i.schaefer@uke.de

Weiterbildungen: www.zep-hh.de