



Abb. 6.2 Trauma-Sucht-Verlauf: Typ I

Herr K., 43 Jahre

Herr K. stellte sich mit den typischen Symptomen einer Alkohol-Abhängigkeit vom y-Typus nach Jellinek in einer Suchtberatungsstelle vor. Dort sah ich ihn in meiner Funktion als beratende Psychiaterin. Er gab zu Beginn der Behandlung an, seit vier Jahren täglich nach der Arbeit und an den Wochenenden Alkohol zu trinken, zuletzt eine Flasche Schnaps pro Tag und mehrere Biere. Der Arbeitgeber hätte ihn wegen schlechter Arbeitsleistungen angesprochen, und die Ehefrau habe mit Trennung bei fortgesetztem Alkohol-Konsum gedroht.

Herr K. lebte in sozial stabilen Verhältnissen. Er hatte, bis er begann, vermehrt Alkohol zu trinken, eine gut funktionierende Ehe und zu den zwei fast erwachsenen Töchtern ein gutes Verhältnis. Herr K. zeigte von Therapiebeginn an eine hohe Motivation, suchtmittelabstinent zu werden. Es bestand eine gute Introspektionsfähigkeit. Er äußerte allerdings im Falle einer stationären Entwöhnung berechnete Sorge um seinen Arbeitsplatz. Da Herr K. die Kriterien einer ambulanten Rehabilitation in Bezug auf die Alkohol-Erkrankung erfüllte – es bestand ein stabiles soziales Umfeld, ein Arbeitsplatz, hohe Therapiemotivation und Halten der Abstinenz –, wurde diese eingeleitet. In den ersten Monaten klagte er über starkes Suchtverlangen, weshalb wir vorsorglich ein Alkohol-Aversivum zur Rezidivprophylaxe einsetzten. Herr K. nahm im folgenden Jahr erfolgreich an der ambulanten Rehabilitation teil.

Im Abschlussgespräch sprach ich mit Herrn K. resümierend auch über den Beginn seiner Suchterkrankung und die Gründe, die aus seiner Sicht damals zu vermehrtem Trinkverhalten führten. Herr K. berichtete daraufhin – für mich unerwartet – Folgendes: Er sei von Beruf Lkw-Fahrer gewesen und habe seit Jahren die „gleiche Tour“ zu fahren. Er habe eine Fabrik mit Baumaterialien beliefert. Eines Abends habe sich auf dem Weg ein schwerer Unfall ereignet, und Herr K. sei Ersthelfer am Unfallort gewesen. Ihm habe sich ein schreckliches Bild geboten. Der Fahrer sei aus dem völlig zerstörten Auto geschleudert und dekapitiert worden. Am Unfallort sei es dunkel gewesen, und Herr K. sei fast über den Kopf des Unfallopfers gestolpert. Von da an habe er die Situation nur noch wie durch einen Nebel gesehen, habe neben sich gestanden, und als er damals zu seinem Lkw zurückgegangen sei, habe er das Gehen wie in einer Zeitdehnung erlebt.

Die Beine seien wie Blei gewesen, und er habe subjektiv das Gefühl gehabt, für die wenigen Meter zurück zu seinem Lkw eine viertel Stunde gebraucht zu haben. In den Beinen habe er ein eigenartig bleiernes Gefühl gehabt (peritraumatische Dissoziation). Nachdem die Polizei eingetroffen war, nahm Herr K. die Fahrt nach Überwindung des ersten Schocks wieder auf. Dabei habe er sich gefühlt wie „in Watte gehüllt“. Nach einigen Kilometern sei er in der Fabrik angekommen und habe noch im Lkw Intrusionen und Flashback-Erlebnisse gehabt, verbunden mit intensiver Angst. Im Rückspiegel seines Lkw habe er das Unfallopfer gesehen und geglaubt, „verrückt zu werden“. In diesem Zustand intensiver Angst habe er mehrere Dosen Bier getrunken. Die Angstzustände und vegetativen Störungen der akuten Belastungsreaktion hätten sich prompt gebessert. In den nächsten Tagen entwickelte Herr K. Alpträume, die über ein Jahr anhielten. Fast jede Nacht sei er aus dem Schlaf hochgeschreckt. Er habe an innerer Unruhe gelitten, sei extrem schreckhaft gewesen und innerlich hocherregt, so dass die Ehefrau ihm angeraten habe, einen Psychiater aufzusuchen. Herr K. habe sich geschämt und sei deshalb dem Rat seiner Frau nicht gefolgt. Im Folgenden musste Herr K. jeden Tag an der Unfallstelle vorbeifahren, da es keinen alternativen Weg zu der Fabrik, die er belieferte, gab. Er entwickelte immer früher vor der Stelle, an der sich der Unfall ereignet hatte, Angst, Panik, Flashbacks und intrusive Symptomatik. Herr K., der bisher nie während des Autofahrens Alkohol getrunken hatte, konsumierte nun während der Fahrt zur Linderung der posttraumatischen Symptomatik immer früher vor dem Erreichen der damaligen Unfallstelle Alkohol, um die Wirkung der Triggerreize abzuschwächen. Zusätzlich weitete sich der Alkohol-Konsum auch während des restlichen Tages aus. Erst wurde es am Abend wegen der Schlafstörungen mehr Alkohol und später wegen des insgesamt erhöhten Erregungsniveaus auch während des Tages. Schließlich trank Herr K. mehrere Dosen Bier und eine Flasche Schnaps pro Tag. Ein Jahr nach dem Unfall verlor der Patient wegen Alkohol am Steuer seinen Führerschein. Damit war er der täglichen Konfrontation mit dem Unfallort nicht mehr ausgesetzt. Durch den Wegfall des Triggerreizes remittierte die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung in den nächsten Wochen. Trotzdem konnte Herr K. den Alkohol-Konsum nicht einstellen, weshalb er dann seinerzeit die Suchtberatung aufsuchen musste.

In diesem Abschlussgespräch war Herr K. dankbar, über das traumatische Ereignis und seine Reaktionen sprechen zu können. Er hatte dies bisher aus Scham vermieden. Ein Mann müsse seiner Ansicht nach solchen Ereignissen gewachsen sein, und dies habe er auch von sich erwartet.

Typ II

Dieser Verlaufstyp ist besonders häufig bei drogenabhängigen oder bei Alkohol-Patienten mit frühem Beginn der Erkrankung zu finden. Die Patienten haben in ihrer Kindheit vielfältige Traumatisierungen erlitten, die auf ein Monotrauma nicht zu begrenzen sind. Es geht vielmehr um pathologische Bindungsmuster, die wechselweise mit emotionaler Vernachlässigung und Reizüberflutung einhergehen. Zusätzlich spielen traumatisierende Ereignisse im engeren Sinne eine Rolle (sexualisierte und physische Gewalt). Der Beginn der Suchterkrankung ist früh. Durch internalisierte pathologische Bindungsmuster sind die Patienten anfällig für spätere Retraumatisierungen. Dies führt zu Suchterkrankungen mit stetiger Verschlechterung. Oft bestehen psychosoziale, juristische und somatische Probleme. Unbehandelt nimmt die Suchterkrankung einen schlechten Ausgang. Unter Substitutionsbedingungen können auch prognostisch