

Befunde zu frühen Beziehungsraumatisierungen aus verschiedenen Forschungsgebieten sind für Kliniker und Praktiker gleichermaßen wichtig, da sie notwendige Weiterentwicklungen therapeutischer Konzepte befördern. Die Richtung, die solche Weiterentwicklungen in der Kinderpsychotherapie einschlagen müssen, liegt in entwicklungsorientierten therapeutischen Konzepten, die die Besonderheiten dieser frühen Störungen mit ihren Entwicklungseinschränkungen aufgreifen.

In dem vorliegenden Heft werden die Auswirkung von frühem anhaltenden Stress aufgrund von Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch von verschiedenen Seiten beleuchtet. Die Reihenfolge der Arbeiten ist bewusst gewählt; sie bauen aufeinander auf.

Vincent Felitti zeigt in seiner Studie an 17000 erwachsenen US-Amerikanern die möglichen Folgen von Belastungen in der Kindheit. Er kann mit beeindruckenden Befunden belegen, dass das Ausmaß und die Intensität des süchtigen Konsums von Nikotin, Alkohol oder Drogen sich proportional zum Ausmaß negativer Kindheitsbelastungen verhält. Seine Ergebnisse verweisen nicht zuletzt darauf, wie wichtig frühe therapeutische Eingriffe in Familiensysteme mit hohen Belastungsfaktoren sind.

Bei der Arbeit von Selma Fraiberg handelt es sich um eine Übersetzung eines bereits 1982 veröffentlichten Textes, der häufig zitiert wird, bisher jedoch in deutscher Sprache nicht vorlag. Fraibergs Beobachtungen unterstreichen nachdrücklich die massiven und schwerwiegenden Folgen traumatischer Belastungen in der Entwicklung. Sie beschreibt frühe Interaktionen von Säuglingen und ihren misshandelnden Müttern. Die von Fraiberg beschriebenen Abwehr- und Schutzformen, die als biologische Reaktionsformen auch im Tierreich vorkommen, weisen auf frühe Prägungen im Verhalten von Kindern mit Beziehungsraumata hin, die eine Tendenz haben zu persistieren.

Ulrich Sachse beschäftigt sich mit den Folgen von Traumatisierungen, zu denen es innerhalb von interpersonellen Beziehungen gekommen ist. Er verweist auf Regulationsstörungen und auf die Veränderung in den Stressreaktionen als Folge früher Belastungen. Insbesondere beschäftigt sich Sachse mit den unterschiedlichen Affektsystemen, dem Furcht- und dem Paniksystem und ihrer Bedeutung für die Entwicklung. Michael Naumann-Lenzen widmet sich vergleichbaren Fragestellungen. Dabei arbeitet er vor allem die Folgen früher Traumatisierungen für die klinische Entwicklung heraus. Im Weiteren geht es Naumann-Lenzen vor allem um klinische Operationen, die bei solchen Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen sind.

Wir – meine Mitarbeiterinnen und ich – stellen abschließend die Behandlung eines besonders schwierigen Jungen vor, dessen Problematik im Zusammenhang mit den Befunden aus der Forschung betrachtet wird und an dem wir zeigen, wie eine entwicklungsorientierte psychodynamisch orientierte therapeutische Arbeit mit frühtraumatisierten Kindern und Jugendlichen aussieht. Dabei gehen wir insbesondere auf die mangelnde Fähigkeit ein, sich verbal mitzuteilen bzw. zu symbolisieren und auf die ausgeprägten Regulationsstörungen.

Annette Streck-Fischer

Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen

Vincent J. Felitti

Summary

The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experiences Study

A population-based analysis of over 17 000 middle-class American adults undergoing comprehensive, biopsychosocial medical evaluation indicates that three common categories of addiction are strongly related in a proportionate manner to several specific categories of adverse experiences during childhood. This, coupled with related information, suggests that the basic cause of addiction is predominantly experience-dependent during childhood and not substance-dependent. This challenge to the usual concept of the cause of addictions has significant implications for medical practice and for treatment programs.

Keywords: adverse childhood experiences – addiction – long time consequences

Zusammenfassung

Aus einer Untersuchung mit mehr als 17000 Erwachsenen der amerikanischen Mittelschicht, die an einer umfassenden biopsychosozialen medizinischen Evaluation teilgenommen haben, geht hervor, dass drei verbreitete Suchtkategorien verhältnismäßig eng mit spezifischen belastenden Erfahrungen in ihrer Kindheit verbunden sind. Das lässt in Verbindung mit darauf bezogenen Informationen den Schluss zu, dass Ursachen einer Sucht hauptsächlich „kindheitserfahrungsabhängig“ und nicht „substanzmittelabhängig“ sind. Dieser Widerspruch zum üblichen Konzept der Suchtsachen birgt weitreichende Implikationen für die medizinische Praxis und die Behandlungsprogramme.

Schlagwörter: Kindheitsbelastungen – Sucht – Langzeitfolgen

1 Fragestellungen

Meine Absicht ist, das übliche Konzept von Sucht mit neuen Evidenzen aus einer klinischen Bevölkerungsstudie, die an 17000 Erwachsenen der amerikanischen Mittelschicht durchgeführt wurde, in Frage zu stellen. Das übliche Suchtkonzept geht davon aus, dass die Ursachen für zwanghaften Konsum „suchtauslösender“ Substanzen in ihren intrinsischen Eigenschaften der Molekularstruktur zu suchen sind. Wir gehen davon aus, dass bei dieser Sichtweise der Mechanismus mit der Ursache verwechselt wird. Da jede anerkannte Erklärung von Sucht soziale, medizinische, therapeutische und rechtliche Folgen hat, ist die Art und Weise wichtig, wie Sucht verstanden wird. Die Verwechslung von Mechanismus mit der zugrundeliegenden Ursache ist irreführend. Die hier präsentierten neuen Daten verfolgen den Zweck, Probleme der Sucht neu zu überdenken.

Die hier präsentierten Untersuchungen stammen aus der Adverse Childhood Experiences (ACE) Study [Studie zu Kindheitsbelastungen] (Felitti et al. 1998). Die ACE-Studie beschäftigt sich mit den zugrundeliegenden Ursachen der 10 häufigsten Todesfolgen in Amerika; Sucht ist nur eine der verschiedenen Outcome-Studien.

Mitte der 1980er Jahre haben Ärzte im Department for Preventive of Medizin der Kaiser Permanente-Krankenversicherung in San Diego entdeckt, dass Patienten, die in einem Gewichts-Programm erfolgreich Gewicht verloren hatten, dieses Programm auch am häufigsten abbrachen. Diese unerwartete Beobachtung führte zu der Entdeckung, dass übermäßiges Essen und Fettleibigkeit oft unbewusst eine protektive Lösung bei unbekanntem Problem sind, die bis in die Kindheit zurückreichen (Felitti 1991, 1993). Offensichtlich führte Fettleibigkeit zu heimatlichen Vorteilen: es war oft ein sexueller, physischer oder emotionaler Schutz.

Unsere Entdeckung, dass solche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung wie Fettleibigkeit auch persönliche Lösungen sein könnten, und die Hinweise für einen unerwartet hohen Anteil an belastenden Kindheitsereignissen der Erwachsenen der Mittelschicht waren Anlass für eine Zusammenarbeit mit den Centers for Disease Control (CDC – Zentren für Krankheitskontrolle), mit dem Ziel, Häufigkeiten zu dokumentieren und die Tragweite dieser unerwarteten klinischen Beobachtungen zu untersuchen. Einer von uns (V.J.F.) hat die klinischen Beobachtungen geliefert und klinischen Informationen gesammelt; der andere (R.F.A.) hat die ACE-Studie mit den epidemiologischen Daten zusammengestellt und hat mit seiner Gruppe am CDC mehrere hunderttausend Seiten mit Patientendaten analysiert, um die von uns publizierten Daten zu erstellen.

Viele unserer fettleibigen Patienten waren ehemals starke Trinker, Raucher oder Konsumenten illegaler Drogen. Welche Relevanz haben diese Beobachtungen? Implizieren sie eine unspezifische, angeborene Suchtneigung? Ist Sucht genetisch bedingt, wie dies von einigen beim Alkoholismus vermutet wird? Ist Sucht eine biomedizinische Krankheit, eine Persönlichkeitsstörung oder etwas ganz anderes? Sind Krankhei-

tenepidemiologie geschlossen werden, die eine neurochemische Erklärung für Sucht zu versprechen scheinen? Warum wird nur ein kleiner Prozentsatz der Personen, die süchtig machende Substanzen zu sich nehmen, auch zu zwanghaften Konsumenten?

Obwohl das Problem von Drogensucht zu weitreichenden Bemühungen seitens der Gesetzgebung geführt hat, die Drogen an sich auszurotten, ist die Anzahl der Fälle im letzten Jahrhundert nicht zurückgegangen. Allerdings hat sich das Verbreitungsmuster von Drogenkonsum innerhalb der Bevölkerung drastisch verändert, was zu einer bedeutenden politischen Aufmerksamkeit und Maßnahmen seitens der Regierung führte (Brecher 1972). Die Unfähigkeit, eine Kontrolle über Suchtkranke zu erreichen, trotz der großen, gutgemeinten Maßnahmen der Regierung, hat zu wohlüberlegten und herausfordernden Kommentaren mit unterschiedlichen Standpunkten geführt (Friedman et al. 1992; Gray 2001).

In unserer detaillierten Studie mit mehr als 17000 Erwachsenen verschiedener Bevölkerungsgruppen, die alle der amerikanischen Mittelschicht angehören, haben wir herausgefunden, dass der süchtige Konsum von Nikotin, Alkohol und injizierten Strahrendrogen an Stärke, Abstufung und in dosisreaktiver Weise proportional zum Ausmaß der negativen Kindheitsbelastungen lag. Dies unterstützt alte psychoanalytische Ansichten und steht im Gegensatz zu aktuellen Konzepten, einschließlich jenen der biologischen Psychiatrie, den Drogenbehandlungsprogrammen und den Programmen zur Abschaffung von Drogen. Unsere Ergebnisse sind für einige beunruhigend, denn sie bedeuten, dass die grundlegenden Ursachen der Sucht in uns liegen und in der Art und Weise, wie wir miteinander umgehen und eben nicht an Drogendealern oder gefährlichen Chemikalien. Unsere Ergebnisse deuten an, dass Milliarden Dollar auf allen Gebieten ausgegeben wurden, nur nicht dort, wo die Antwort zu finden ist.

2 Studiendesign

Kaiser Permanente (KP) ist das größte, beitragsfinanzierte, gemeinnützige Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten. In San Diego gibt es 500.000 KP-Mitglieder, etwa 30% der Bevölkerung der Stadt. Wir haben 26.000 Erwachsene, die im Department of Preventive Medicine freiwillig eine umfassende medizinische Untersuchung wünschen, gebeten, uns dabei zu helfen zu verstehen, wie Ereignisse in der Kindheit den späteren Gesundheitsstatus im Erwachsenenalter beeinflussen können. Siebzig Prozent waren mit einer Teilnahme einverstanden, da die eingeholten Informationen anonym behandelt wurden und nicht in ihre medizinischen Unterlagen eingingen. Unsere Teilnehmer waren zu 80% weißer, einschließlich hispanischer, zu 10% schwarzer und zu 10% asiatischer Herkunft. Ihr Durchschnittsalter lag bei 57 Jahren; 74% hatten eine College-Ausbildung, 44% einen College-Abschluss; 49,5% waren Männer. 81% aller erwachsenen Mitglieder des Kaiser-Gesundheitsplanes wünschten in einem Zeitraum von vier Jahren eine solche medizinische Evaluation; es besteht daher kein Grund zur Annahme, dass ein Auswahlfehler in der Studie bedeutsam wäre. Die Studie wurde in zwei Gruppen durchgeführt, damit bei

Bedarf nach der Hälfte eine Korrektur möglich gewesen wäre. Weitere Einzelheiten zum Studiendesign wurden in unserer ersten Veröffentlichung beschrieben (Felitti et al 1998).

- Die ACE-Studie vergleicht belastende Kindheitserfahrungen mit dem Gesundheitszustand des Erwachsenen, im Durchschnitt ein halbes Jahrhundert später. Die untersuchten Erfahrungen waren in acht Kategorien von Kindheitsbelastungen unterteilt, die im Gewichtsprogramm generell beobachtet wurden. Die Prävalenz jeder Kategorie wird in Klammern angegeben. Die Kategorien sind:
- wiederholter und schwerer körperlicher Missbrauch (11%),
 - wiederholter und schwerer emotionaler Missbrauch (11%),
 - sexueller Missbrauch (22%),
 - Aufwachsen in einem Haushalt (mit):
 - einem Alkoholiker oder Drogenkonsumenten (25%),
 - einem Familienmitglied im Gefängnis (3%),
 - einen geistig kranken, chronisch depressiven oder einem in eine Anstalt eingewiesenen Familienmitglied (19%),
 - in dem die Mutter körperlich mißhandelt wird (12%),
 - beide biologischen Eltern *nicht* vorhanden waren (22%).

Das Bewertungssystem ist einfach: War die Person in Kindheit oder Jugendalter einer der Kategorien von ACE ausgesetzt, erhielt sie einen Punkt. Bei mehrmaligem Auftreten innerhalb einer Kategorie gab es keine weiteren Punkte: ein Alkoholiker im Haushalt ergibt die gleiche Punktzahl wie ein Alkoholiker und ein Drogenkonsument; die Ergebnisse werden dadurch in ihrer Tendenz eher niedriger veranschlagt. Die ACE-Punktzahl kann von 0 bis 8 reichen. Weniger als die Hälfte der Mitglieder dieser Mittelschichtbevölkerung hatte eine ACE-Punktzahl von 0; einer von 14 hatte eine ACE-Punktzahl von 4 oder höher.

Rückblickend bestand ein kleiner Fehler im Design der Studie insofern, als subtile Probleme, wie geringgradige Vernachlässigung oder Mangel an Interesse für das Kind, das sich ansonsten angemessener physischer Betreuung erfreute, nicht in die Punktebewertung einbezogen wurden. Diese Auslassung hat jedoch keinen Einfluss auf die Interpretation unserer Untersuchung der ersten Gruppe und erklärt einige unerwartete Ergebnisse bei Personen mit einer ACE-Punktzahl von Null. Emotionale Vernachlässigung wurde in der zweiten Gruppe untersucht.

Die ACE-Studie enthält einen prospektiven Teil: die Teilnehmer, die zu Beginn bewertet wurden, werden weiter beobachtet, um belastende Kindheitserfahrungen auch mit aktuellen Besuchen beim Arzt, in der Notaufnahme, mit den Apothekenkosten, den Krankenhausaufenthalten und dem Tod zu verbinden. Die Veröffentlichung dieser Analyse erfolgt in Kürze.

3 Untersuchungsergebnisse

Unsere Gesamtergebnisse, die in der amerikanischen Literatur im breiten Umfang vorgestellt wurden, zeigen, dass:

- Belastende Kindheitserfahrungen überraschend häufig auftreten, obwohl sie meist verborgen und unerkannt bleiben,
- ACE auch nach 50 Jahren noch grundlegende Auswirkungen haben, obwohl sie sich jetzt von psychosozialer Erfahrung in organische Krankheiten, soziale Unfähigkeit und geistige Krankheiten gewandelt haben,
- belastende Kindheitserfahrungen Hauptdeterminanten für Gesundheit und soziales Wohlergehen der Nation sind.

Unsere Untersuchungsergebnisse stellen konventionelle Ansichten in Frage, wobei einige dieser Ansichten defensiv sind. Sie weisen auch auf Möglichkeiten für neue Lösungsansätze einiger unserer schwierigsten Probleme im Gesundheitswesen. Ergebnisse der ACE-Studie geben einen Einblick in die Veränderungen, die in der pädiatrischen Medizin und der für Erwachsene erforderlich sind, die erwartungsgemäß einen bedeutenden Effekt auf die Kosten und Wirksamkeit des Gesundheitswesens haben werden.

Unsere Absicht ist es, unsere Ergebnisse nur insoweit darzustellen, wie sie sich auf das Problem der Sucht und den Konsum von Nikotin, Alkohol und das Spritzen von illegalen Drogen beziehen. Denn dies sind Beispiele für Substanzen, die gemeinhin als „süchtig machend“ gelten. Sobald wir wissen, warum Dinge passieren und wie, können wir eine neue Basis zu ihrer Prävention haben.

3.1 Rauchen

Rauchen von Tabak ist in den Vereinigten Staaten stark in die Kritik geraten, besonders im Süden Kaliforniens, wo die ACE-Studie durchgeführt wurde. Während die meisten Männer und Frauen ein Zeit lang geraucht haben, ist es nur eine Minderheit, die auch jetzt noch raucht; in Bürogebäuden, öffentlichen Verkehrsmitteln, Restaurants, Bars und in den meisten Hotelbereichen ist Rauchen verboten.

Bei der Untersuchung von Personen, die aktuell rauchen, haben wir herausgefunden, dass Rauchen stark und in abgestufter Weise in Beziehung zu belastenden Kindheitserfahrungen steht. In Abbildung 1 wird dies übersichtlich dargestellt. Der Wert *p* steht dafür und alle anderen gezeigten Daten liegen bei 0,001 oder höher.

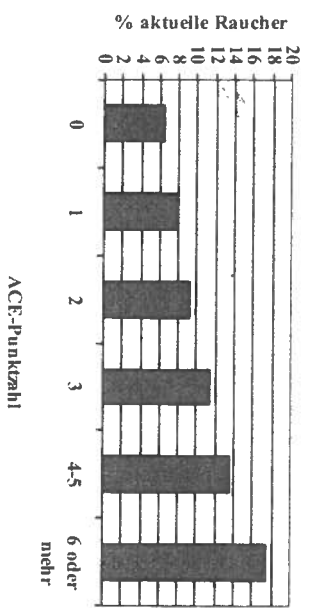


Abb. 1: ACE-Punktzahl gegenüber Rauchen

Die 250-prozentige Steigerung der Wahrscheinlichkeit, dass ein mit ACE-Punktzahl 6 belastetes Kind als Erwachsener aktuell raucht, im Vergleich zu einer ACE-Punktzahl-Belastung als Kind von 0 ist im Allgemeinen nicht bekannt (Anda et al. 1999). Diese einfache Beobachtung hat grundlegende Bedeutung und illustriert die psychokratischen Vorteile des Nikotins (Carmody 1989). Diese Information wurde bei der Kampagne des Gesundheitswesens gegen das Rauchen im Allgemeinen nicht beachtet, doch sie hilft uns beim Verständnis der unbändigen Natur des Rauchens von vielen Personen (Larson u. Silvette 1975; Jaffe u. Jarvik 1978; ACE Score 6 1997; Anda et al. 1990).

Stellen wir das Auftreten von chronischer Bronchitis und Emphysem bei Erwachsenen der ACE-Punktzahl gegenüber, so ist auch hier eine starke dosisreaktive Beziehung erkennbar. Dabei stellen wir jetzt eine Beziehung von belastenden Kindheitsereignissen zu gesundheitsgefährdendem Verhalten her mit Entwicklung von organischer Krankheit. Mit anderen Worten illustriert Abbildung 2 die Umwandlung von emotionalem Stress zu organischen Krankheiten durch den Zwischenmechanismus eines emotional vorteilhaften (wenn auch medizinisch gefährlichen) Verhaltens.

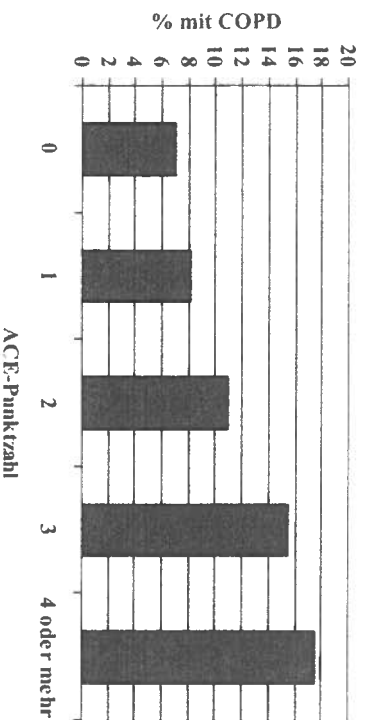


Abb. 2: ACE-Punktzahl gegenüber chronischer Bronchitis und Emphysem (COPD)

3.2 Alkoholismus

Die eigene Alkoholabhängigkeit ist zuzugeben keine leichte Aufgabe. Daher haben wir bei den Antworten der Teilnehmer auf die Frage, ob sie sich selbst als alkoholabhängig betrachten, ein Ja als Untertreibung der Wahrheit erachtet, wodurch der Effekt noch stärker ist als demonstriert. Die Beziehung zwischen selbstgestandenen Alkoholismus zu belastenden Kindheitsereignissen wird in Abbildung 3 dargestellt. Daraus geht hervor, dass eine mehr als 500-prozentige Zunahme des Alko-

holismus im Erwachsenenalter in starker und abgestufter Weise mit belastenden Kindheitsereignissen verbunden ist (Dubé et al. 2002).

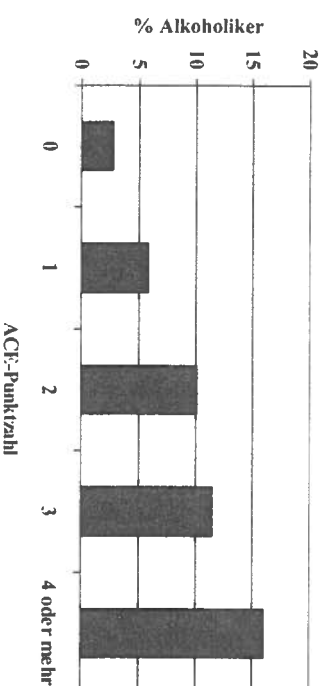


Abb. 3: ACE-Punktzahl gegenüber Alkoholismus im Erwachsenenalter

3.3 Injektion von illegalen Drogen

Die in den Vereinigten Staaten am häufigsten gespritzten Straßendrogen sind Heroin und Methamphetamine. Methamphetamine haben die interessante Eigenschaft, dass sie eng verwandt mit Amphetaminen sind, den ersten Antidepressiva, die 1932 von Ciba Pharmaceuticals vorgestellt wurden. Bei der Untersuchung der Beziehung zwischen Injizieren von illegalen Drogen und belastenden Kindheitsereignissen haben wir auch hier wieder ähnliche dosisreaktive Muster gefunden. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch Straßendrogen spritzt, steigt stark und in abgestufter Weise mit dem Anstieg der ACE-Punktzahl (Abb. 4). Bei extremen ACE-Punktzahlen lagen die Zahlen für das Spritzen von Drogen noch höher. Ein männliches Kind mit einer ACE-Punktzahl von 6 hat beispielsweise im Vergleich zu einem männlichen Kind mit einer ACE-Punktzahl von 0 eine 46-fach (4600%) höhere Wahrscheinlichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt in seinem Leben Drogen zu spritzen.

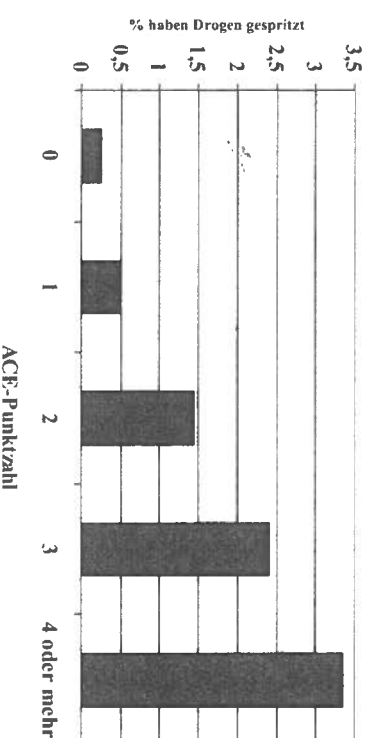


Abb. 4: ACE-Punktzahl gegenüber Spritzen von Drogen

4 Diskussion

Amerikanischer Soldaten, die in Vietnam im Einsatz waren, haben zu einer wichtigen wenigleich überschenen Beobachtung beigetragen. Viele der registrierten Männer wurden in Vietnam heroïnabhängig. Nur 5% verwendeten die Drogen 10 Monate nach ihrer Rückkehr in die Vereinigten Staaten weiter. Die Behandlung hat nicht zu dieser hohen Gensungsrate geführt. Warum wird nicht jeder süchtig, der wiederholt eine suchtmachende Substanz wie Heroïn injiziert bekommt? Ist diese Substanz nicht in sich suchtmachend oder determinieren etwa Lebensereignisse den süchtigen Gebrauch?

Wenn eine Substanz wie Heroïn nicht jeden süchtig macht, sondern nur eine kleine Minderheit, was bestimmt dann die Selektion, zumal die chemische Zusammensetzung konstant bleibt. Unsere Untersuchungsergebnisse verweisen darauf, dass der Hauptfaktor für die Suchtneigung belastende Kindheitsereignisse sind, die nicht über die Zeit geheilt sind und die in überwältigender Weise verborgen wurden aus Scham, Geheimhaltung und sozialer Tabuierung. Die Süchtigen erscheinen wie Personen, die keine anderen Lösungen verfügbar haben und unbewusst nach Erleichterungen suchen, indem sie Substanzen benutzen, von denen sie psychoaktiv profitieren. Sie akzeptieren dabei bekannte Langzeitrisiken, indem sie unerlaubte, unreine Chemikalien verwenden. Wir liefern bevölkerungspasiierte klinische Evidenzen, dass unerkannte Kindheitsbelastungen einen bestimmenden Faktor, wenn nicht *den* Faktor dafür bieten, wer psychoaktive Substanzen braucht und süchtig wird.

Obwohl die Gefahren des Rauchens heutzutage weithin bekannt sind und zu einer bedeutenden Verringerung des Rauchens geführt haben, blieb die Verbreitung des Rauchens in den letzten Jahren größtenteils unverändert. Die Beziehung zwischen der ACE-Punktzahl und dem Rauchen ist sogar bei den Altersgruppen, die nach der Veröffentlichung des „Surgeon General’s Report on Smoking“ geboren wurden, noch höher. Stehen aktuelle Raucher für den Kern von Personen, die ein grundlegendes Bedürfnis nach den psychoaktiven Vorteilen von Nikotin haben im Gegensatz zu denen, die das Rauchen aufgegeben haben? Unsere klinische Erfahrungen (ACE Score 6 1997) weisen darauf hin, dass dies durchaus möglich ist. Natürlich gibt es ausreichend Beweise für die psychoaktiven Vorteile von Nikotin zur Verringerung von Ärger, Angst und Hunger (Carmody 1989; ACE Score 6 1997).

Alkohol ist als psychoaktiver Wirkstoff weithin anerkannt. Diese offensichtliche Erklärung für Alkoholismus wird jedoch aktuell zu Gunsten einer möglichen genetischen Ursache zurückgewiesen. Sicherlich kann Alkoholismus derart familiär bedingt sein wie die Muttersprache. Unsere Resultate unterstützen eine erfahrungsbedingte und psychodynamische Erklärung für Alkoholismus, obwohl dies durch genetische und stoffwechselbedingte Unterschiede zwischen ethnischen Gruppen und Einzelpersonen abgeschwächt werden kann.

Dieselben Beobachtungen gelten für den Drogenmissbrauch von injizierten Substanzen. Das Wissen über das Risiko von Hepatitis und HIV-Infektion durch Injektion von Drogen ist stark verbreitet. Jene, die sich dem Programm zur Verwendung sauberer Injektionsnadeln widersetzen, tun dies im Glauben, dass bekannte Injektionsrisiken den Gebrauch unerlaubter Drogen verhindern. Eine Analyse des Popu-

lation Attributable Risk¹ (PAR – *bevölkerungsbedingtes Risiko*) zeigt, dass 78% des Drogeninjizierens von Frauen auf belastende Kindheitsereignisse zurückgeht. Bei Männern und Frauen zusammen liegt PAR bei 67%. Außerdem war dieses Risiko (PAR) bei vier Altersgruppen, deren Geburtsdaten über ein Jahrhundert verteilt liegen, konstant. Dies zeigt, dass die Beziehung von belastenden Kindheitsereignissen und illegalem Drogenkonsum trotz großer Veränderungen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Drogen sowie der sozialen Gewohnheiten und auch bei Einführung der Programme zur Ausrottung von Drogen konstant geblieben sind (Dubé et al. 2003).

Aufgrund der Tatsache, dass das herkömmliche Konzept von Sucht mit großen Fehlern behaftet ist und dass wir umfängliche Beweise für eine alternative Erklärung vorgelegt haben, schlagen wir vor, die alten mechanistischen Erklärungen von Sucht zu Gunsten einer Erklärung aufzugeben, die die Sucht im Hinblick auf ihre Psychodynamiken beschreibt: die unbewussten, wenn auch verständlichen Entscheidungen, die auf der Suche nach einer chemischen Erleichterung von den andauernden Auswirkungen eines alten Traumas gemacht werden, wenn sie auch oft auf Kosten eines hingegenommenen Gesundheitsrisikos in der Zukunft gehen. Ausdrücke wie „selbsterstörerisches Verhalten“ sind irreführend und sollten nicht mehr verwendet werden, denn, obwohl sie die Annahme des langfristigen Risikos beschreiben, damit wird die Bedeutung des kurzfristigen Vorteils, die den Konsum dieser Substanz vorantreibt, übersehen.

Dieses revidierte Konzept von Sucht beinhaltet neue Ansätze zu primärer Prävention und Behandlung. Die aktuelle Herangehensweise des Gesundheitswesens mit wiederholten Warnungen zur Vorsicht hat ihre Grenzen gezeigt, vielleicht auch deshalb, weil sich die Warnungen nicht auf den Einzelnen beziehen, da sie Veränderung ohne Verständnis anmahnen. Belastende Kindheitsereignisse sind weit verbreitet und im Allgemeinen unerkannt. Diese Erfahrungen führen zu Schäden in der emotionalen und der Hirnentwicklung und beeinträchtigen soziale und schulische Leistungen. Im Jugendalter sind Kinder unabhängig und in der Lage, auf eine kleine Anzahl von Mechanismen als Erleichterung zurückzugreifen, und viele gibt es schon seit ewigen Zeiten: Trinken von Alkohol, sexuelle Promiskuität, Rauchen von Tabak, indem sie psychoaktive Substanzen konsumieren und übermäßig viel essen. Diese Bewältigungsinstrumente sind spürbar wirksam für ihre Konsumenten, wahrscheinlich durch ihre Fähigkeit, die Aktivität von verschiedenen Neurotransmittern zu modulieren. Nikotin ist z. B. ein leistungsstarker Ersatz für den Neurotransmitter Acetylcholin. Der Spiegel einiger Neurotransmitter ist bei den Menschen genetisch bedingt sehr unterschiedlich (Du et al. 2002).

Es sind diese Bewältigungsinstrumente mit ihren kurzfristigen, emotionalen Vorteilen, die oft langfristige Risiken bergen und zu einer chronischen Krankheit führen können. Viele führen zu einem frühen Tod. Diese Folgen werden in der ACE-Pyramide (Abb. 5) dargestellt. Die Folgen sind schlechend, oft nicht auffahrbar und werden allgemein durch Zeit, Geheimhaltung und soziale Tabus versteckt. In den meis-

¹ Population Attributable Risk ist ein einfaches Konzept und trotzdem eine komplexe Berechnung, die in einer Bevölkerung den Teil eines Risikofaktors beschreibt, der auf eine bestimmte Ursache zurückgeführt werden kann.

ten Fällen heißt die Zeit nicht. Da Ursache und Wirkung normalerweise innerhalb einer Familie liegen, ist es verständlicherweise tröstlicher, eine Chemikalie zu verteuern als einen genaueren Blick ins Innere zu werfen. Wir haben herausgefunden, dass Abhängigkeit überwiegend frühere belastende Lebenserfahrungen impliziert.

Die Reihenfolge in der ACE-Pyramide stützt die psychoanalytischen Beobachtungen, dass Sucht primär die Folge von belastenden Kindheitserfahrungen ist. Vor allem, da es sich um eine bevölkerungsbasierte Studie handelt, bei der ein potentieller Auswahlfehler von einzelnen Fallberichten nicht möglich ist. Sucht ist keine Gehirnkrankheit, und sie wird weder ausgelöst durch chemisches Ungleichgewicht noch durch Genetik. Sucht ist am besten als verständlicher, unbewusster, zwanghafter Konsum von psychoaktiven Stoffen in Reaktion auf anormale frühere Lebenserfahrungen zu sehen.

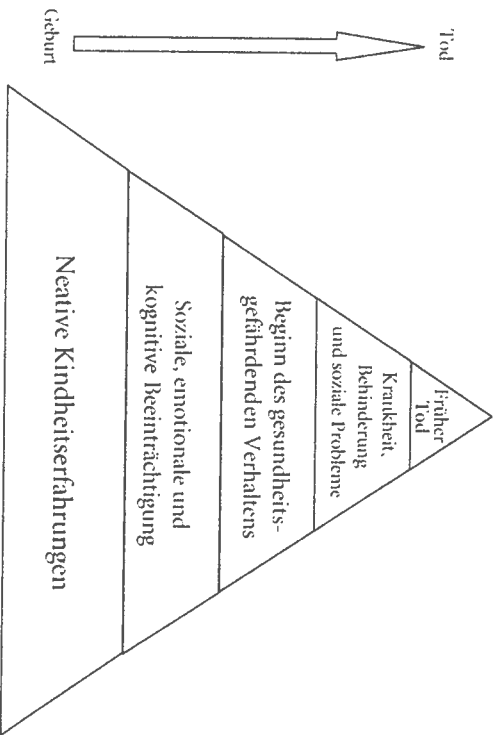


Abb. 5: Einfluss von negativen Kindheitserfahrungen auf die gesamte Lebensdauer

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Kindheitserfahrungen das Leben des Erwachsenen grundlegend und ursächlich formen. „Chemische Ungleichgewichte“, egal ob genetisch moduliert oder nicht, sind notwendige Zwischenmechanismen, durch die diese ursächlichen Lebenserfahrungen in offensichtliche Effekte übertragen werden. Es ist wichtig, zwischen Ursachen und Mechanismen zu unterscheiden. Unsicherheit und Verwechslung zwischen beiden führt zu unnötiger Polemik und fehlgeleiteten Anstrengungen. Sucht zu überwinden, ganz gleich, ob auf sozialer oder individueller Ebene. Unsere Ergebnisse machen außerdem klar, dass die Studie zu Kategorien belastender Erfahrungen, gleich, ob häusliche Gewalt, sexueller Missbrauch im Kindesalter oder andere Formen von familiären Fehlfunktionen, einen konzeptuellen Fehler darstellt. Keine dieser Erfahrungen tritt *in vacuo* auf. Sie sind Teil einer komplexen Systemstörung: Niemand wächst mit einem Alkoholiker auf, bei dem ansonsten im Haushalt alles in Ordnung ist.

Wollen wir die aktuell unglückliche Situation verbessern, müssen wir im medizinischen Bereich routinemäßig so früh wie möglich prüfen, ob belastende Kindheitserfahrungen vorliegen. Im Kontext einer umfassenden medizinischen Bewertung ist es machbar und akzeptabel, Massenerhebungen auf ACE durchzuführen. Damit werden Fälle früh erkannt und Behandlungen der grundlegenden Ursachen anstelle der Behandlungen von aktuellen Symptomen möglich. Wir haben über 450000 Erwachsene Mitglieder im Kaiser Health Plan auf diese acht Kategorien negativer Kindheitserfahrungen untersucht. Unsere Ersterhebungsergebnisse folgten durch einen Fragebogen zum Überblick des Systems. Patienten geben diese Informationen natürlich nicht spontan und freiwillig. Fragen, die mit „Ja“ beantwortet wurden, werden mit traditionellen Methoden hinterfragt: „Ich sehe hier, dass Sie als Kind belästigt wurden. Können Sie mir sagen, welchen Einfluss dies auf Ihr späteres Leben hatte.“

Diese Untersuchungen haben sich als wertvoll erwiesen. Bevor wir nach belastenden Kindheitserfahrungen gefragt haben, hat unsere standardisierte umfassende medizinische Bewertung zu einer 12-prozentigen Senkung der Arztbesuche im Folgejahr geführt. Später führte ein Psychoanalytiker vor Ort in einer Pilotstudie ein einstündiges Gespräch mit depressiven Patienten. Dies führte zu einer 50-prozentigen Senkung der Arztbesuche bei dieser Teilmenge im Folgejahr. Doch die Senkung ergab sich lediglich bei den depressiven Patienten, die aufgrund von Somatisationsstörungen häufige medizinische Betreuung benötigten. In einer kürzlichen Evaluation haben wir eine neurale Netz-Analyse der Unterlagen von 135000 Patienten entzogen, die wegen belastender Kindheitserfahrungen als Teil unserer neugestalteten umfassenden medizinischen Bewertung untersucht wurden. Diese gesamte Gruppe zeigte eine 35-prozentige Verringerung der Arztbesuche in dem Jahr nach der Bewertung (Felitti 1978, 1980, 1998).

Die wiederholten Nachfragen zeigen, dass das ACE-Problem so groß ist, dass nur primäre Prävention eine wirklich realistische Lösung sein kann. Primäre Prävention erfordert die Entwicklung von hilfreichen und akzeptablen Zugängen in geschlossene Bereiche persönlicher und familiärer Erfahrung. Techniken zur Durchführung solcher Änderungen *en masse* müssen erst noch entwickelt werden, denn jeder von uns passt sich oft an den Status quo an aus Angst vor dem Neuen und Unbekannten, das eine potentielle Krise des Selbstwertgefühls hervorrufen könnte. Ein möglicher Ansatz zu primärer Prävention ist jedoch in den Massenmedien zu finden: der Inhalt von Filmen und Fernsehserien bietet riesige, wenn auch bisher ungenutzte, therapeutische Möglichkeiten zur Gegenüberstellung von wünschenswerten und nicht wünschenswerten Fähigkeiten der Eltern in verschiedenen Lebenssituationen.

Da die Sucht erfahrungsbedingt und nicht substanzbedingt ist und da der zwanghafte Konsum von nur einer Substanz eher unüblich ist, müssen auch Behandlungsprogramme umstrukturiert werden, um zugrunde liegende Ursachen anzugehen und den Schwerpunkt nicht nur auf den Entzug der Substanz zu richten. Wir haben begonnen, diesen Ansatz erfolgreich in einem Fettleichtigkeitprogramm zu nutzen und möchten dies auch für einige der traditionell akzeptierteren Suchtformen tun.

5 Schlussfolgerung

Das aktuelle Konzept zur Sucht stützt sich auf falsche Grundlagen. Unsere Studie der Beziehung zwischen belastenden Kindeiserfahrungen und dem Gesundheitszustand im Erwachsenenalter von mehr als 17000 Personen zeigt, dass Sucht ein verständlicher, wenn auch weithin unbewusster Versuch ist, sich von gut verborgenen, früher im Leben erlittenen Traumata durch psychoaktive Stoffe Erleichterung zu verschaffen. Da es schwierig ist, genügend von etwas zu bekommen, was nicht funktioniert, ist der Versuch, ganz abgesehen von seinen Gefahren, letztlich erfolglos. Was wir aufgezeigt haben, wird die meisten Psychoanalytiker kaum überraschen, obwohl die Beobachtungen und Schlussfolgerungen von anderen Disziplinen hin und wieder energisch in Frage gestellt werden.

Die Beweise zugunsten unserer Schlussfolgerungen über die grundlegenden Ursachen der Sucht sind umfassend und ihre Implikationen erschreckend. Negative Kindeiserfahrungen und ihre langfristigen Folgen sind ganz offensichtlich eine große Einflussgröße für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Nation. Dies ist eine wahre Aussage bezogen auf den Standpunkt der Sozialausgaben, die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsfürsorge, die Qualität der menschlichen Existenz, den Schwerpunkt der medizinischen Behandlung oder die Auswirkungen der öffentlichen Politik. Belastende Kindeiserfahrungen sind schwierige Probleme, vor allem, da sie für viele zu Hause beginnen. Sich ihrer anzunehmen, führt einerseits zu einem immensen Vielzahl an Veränderungen andererseits zu einer Möglichkeit, ein besseres Leben zu führen.

Literatur²

- ACE Score 6 (1997). Psychoactive benefits of nicotine. Videotaped interview. Department of Preventive Medicine, Kaiser Permanente, San Diego.
- Anda, R. F.; Croft, J. B.; Felitti, V. J.; Nordenberg, D.; Giles, W. H.; Williamson, D. F.; Giovino, G. A. (1999): Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association* 282: 1652-1658.
- Anda, R. F.; Williamson, D. F.; Escobedo, L. G.; Mast, E. E.; Giovino, G. A.; Remington, P. L. (1990): Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 264 (12): 1541-1545.
- Brecher, E. M. (1972): *Licit and Illicit Drugs*. Boston: Little Brown, S. 183-192.
- Carmody, T. P. (1989): Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation. *J. Psychoactive Drugs* 24: 111-122.
- Du, L.; Faludi, G.; Palkovits, M.; Sotoni, P. et al. (2002): High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males. *Neuroreport* 13 (9): 1195-1198.
- Dube, S. R.; Anda, R. F.; Felitti, V. J.; Edwards, V. J.; Croft, J. B. (2002): Adverse Childhood Experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors* 27 (5): 713-725.

- Dube, S. R.; Felitti, V. J.; Dong, M.; Chapman, D. P.; Giles, W. H.; Anda, R. F. (2003): Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics* 111 (3): 564-572.
- Eliot, T. S. (1943): Four Quartets. New York: Harcourt, Brace, and World.
- Felitti, V. J.; Anda, R. F.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A. M.; Edwards, V.; Koss, M. P. et al. (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine* 14: 245-258.
- Felitti, V. J. (1978, 1980, 1998): Unpublished data, Kaiser Permanente Medical Care Program, San Diego.
- Felitti VJ. Childhood Sexual Abuse, Depression, and Family Dysfunction in Adult Obese Patients. *Southern Medical Journal*. 1993; 86:732-736.
- Felitti, V. J. (1991): Long Term Medical Consequences of Incest, Rape, and Molestation. *Southern Medical Journal* 84: 328-331.
- Friedman, M.; Szasz, T. S. (1992): On Liberty and Drugs: Essays on the free market and prohibition. Washington DC: Drug Policy Foundation Press.
- Gray, J. P. (2001): *Why Our Drug Laws Have Failed and What We Can Do About It: A Judicial Indictment of the War on Drugs*. Philadelphia: Temple University Press.
- Jaffe, J. H.; Jarvik, M. (1987) in Lipton, M. A.; DiMascio, A.; Killam, K. *Psychopharmacology: A Generation of Progress*. NY: Raven Press, S. 1665-1676.
- Larson, P. S.; Silvette, H. (1975): Tobacco: Experimental and Clinical Studies, Suppl. 3. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Robins, L. N.; Helzer, J. E.; Davis, D. H. (1975): Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees. *Arch. Gen. Psychiatry* 32 (8): 955-961.
- Robins, L. N. (1993): Vietnam Veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction* 88: 1041-1054.

Korrespondenzadresse: Dr. Vincent J. Felitti, Department of Preventive Medicine, Kaiser Permanente Medical Care Program, 7060 Clairemont Mesa Boulevard, San Diego, CA 92111, USA.

² Auszüge aus allen vergangenen und zukünftigen Beiträgen zu ACE-Studien sind unter dem Namen des Autors auf der Website der US National Library of Medicine zu finden: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>. Der vierteljährlich veröffentlichte elektronische Newsletter, in dem verschiedene Aspekte der ACE-Studie behandelt werden, kann kostenfrei abonniert werden unter CAIPMreding@cox.net.