

Felitti, Vincent J.

Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 8, S. 547-559

urn:nbn:de:bsz-psydok-44598

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior - A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebskranker Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography)	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visualisierter Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) . .	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families form Turkey, with spezial emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings and clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
---	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung übernehmen für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupp, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bündner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankgeschrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundlagen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Entscheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Entwicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie I. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors	61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates.	67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

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 17 000 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 „kindheiterfahrungsabhängig“ und nicht „substanztittelabhängig“ sind. Dieser Widerspruch zum üblichen Konzept der Suchtursachen birgt weitreichende Implikationen für die medizinische Praxis und die Behandlungsprogramme.

Schlagwörter: Kindheitsbelastungen – Sucht – Langzeitfolgen

„In meinem Anfang ist mein Ende.“
T.S. Eliot „Four Quartets“ (1943)

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 Problemen sind, die bis in die Kindheit zurückreichen (Felitti 1991, 1993). Offensichtlich führte Fettleibigkeit zu heimlichen 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 Kindheitserfahrungen 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-

ten und Persönlichkeitsstörungen voneinander trennbar oder sind sie grundlegend miteinander verbunden? Was kann aus den jüngsten dramatischen Ergebnissen der Neurobiologie 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 Straßendrogen 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 Gesundheitsfürsorgesystem der Vereinigten Staaten. In San Diego gibt es 500000 KP-Mitglieder, etwa 30% der Bevölkerung der Stadt. Wir haben 26000 Erwachsene, die im Department of Preventive Medicine freiwillig eine umfassende medizinische Untersuchung wünschten, 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%),
- einem 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 Unfähigkeiten 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 verweisen 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.

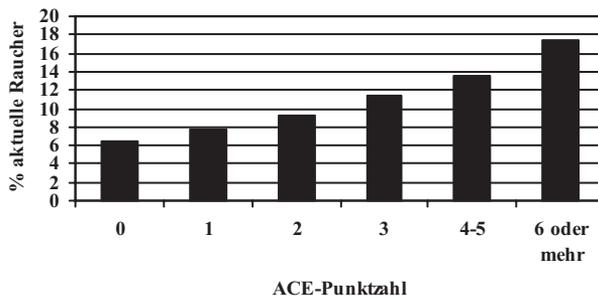


Abb. 1: ACE-Punktzahl gegenüber Rauchen

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 psychoaktiven *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 Kindheitserfahrungen 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.

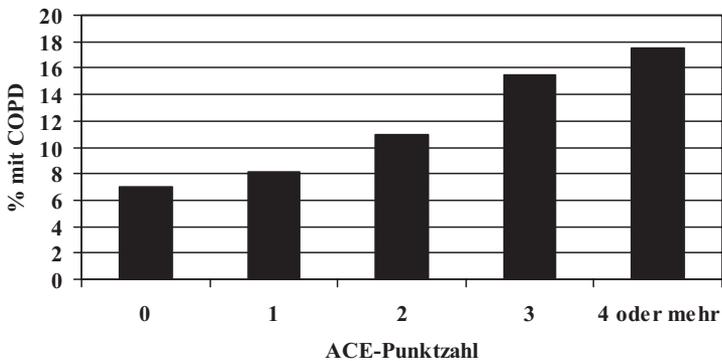


Abb. 2: ACE-Punktzahl gegenüber chronischer Bronchitis und Emphysem (COPD)

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 selbsteingestandenem Alkoholismus zu belastenden Kindheitserfahrungen 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 Kindheitserfahrungen verbunden ist (Dube et al. 2002).

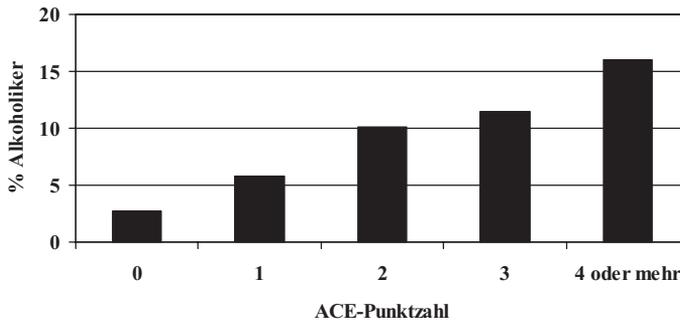


Abb. 3: ACE-Punktzahl gegenüber Alkoholismus im Erwachsenenalter

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 Kindheitserfahrungen 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.

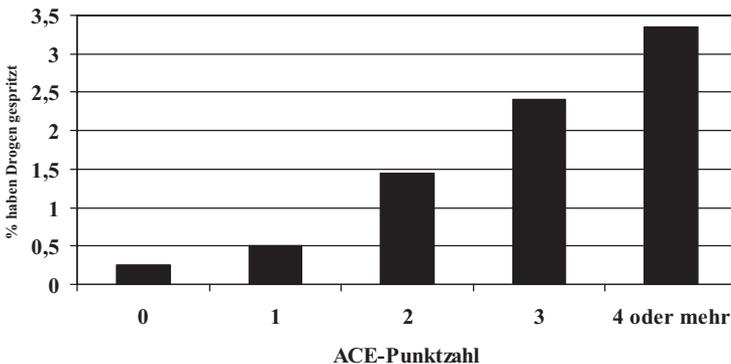


Abb. 4: ACE-Punktzahl gegenüber Spritzen von Drogen

4 Diskussion

Amerikanischer Soldaten, die in Vietnam im Einsatz waren, haben zu einer wichtigen wenngleich übersehenen 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 Genesungsrate geführt. Warum wird nicht jeder süchtig, der wiederholt eine suchtmachende Substanz wie Heroin injiziert bekommt? Ist diese Substanz nicht in sich suchtmachend oder determinieren etwa Lebensereignisse den süchtigen Gebrauch?

Wenn eine Substanz wie Heroin 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 Kindheitserfahrungen 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 Langzeitriskien, indem sie unerlaubte, unreine Chemikalien verwenden. Wir liefern bevölkerungsbasierte 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 Kindheitserfahrungen 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 Kindheitserfahrungen 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 (Dube et al. 2003).

Aufgrund der Tatsache, dass das herkömmliche Konzept von Sucht mit großen Fehlern behaftet ist und dass wir umfassende 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 Kindheitserfahrungen 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 Azetylcholin. 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 schleichend, oft nicht auffaltbar 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 heilt die Zeit nicht. Da Ursache und Wirkung normalerweise innerhalb einer Familie liegen, ist es verständlicherweise tröstlicher, eine Chemikalie zu verteuflern 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.

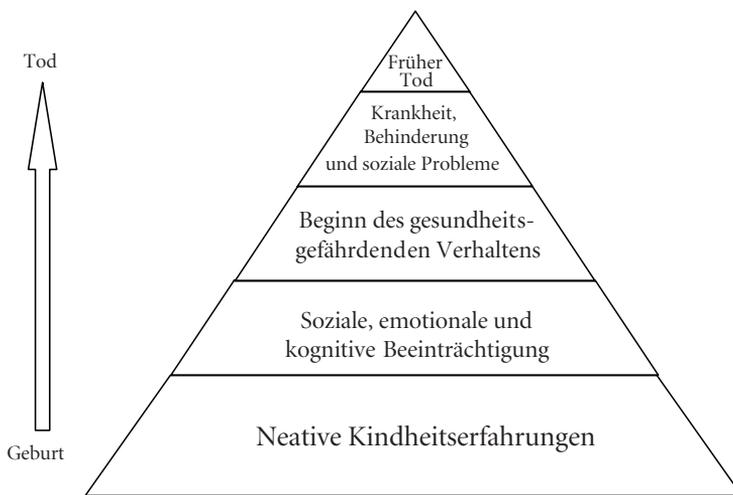


Abb. 5: Einfluss von negativen Kindheitserfahrungen auf die gesamte Lebensdauer

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, Massenuntersuchungen 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 Erstuntersuchung erfolgte 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 belastende 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 einbezogen, 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 Fettleibigkeitsprogramm 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 Kindheitserfahrungen 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 Kindheitserfahrungen 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 Kindheitserfahrungen sind schwierige Probleme, vor allem, da sie für viele zu Hause beginnen. Sich ihrer anzunehmen, führt einerseits zu einer 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.

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.

- 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.