

## 9. Traumatisierung und Sucht

### 9.1 Einleitung

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, im Folgenden als »substanzbezogene Störungen« bezeichnet, zählen zu den häufigsten Folgen traumatischer Erfahrungen. Studien an der Allgemeinbevölkerung weisen darauf hin, dass nach sexueller und/oder körperlicher Gewalt in der Kindheit 14–35 % der Betroffenen während ihres Lebens an einer substanzbezogenen Störung leiden, verglichen mit 3–12 % der Personen ohne diese Erfahrungen (z.B. Mullen et al., 1993; MacMillan et al., 2001). Bei Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erhöht sich die Lebenszeitprävalenz substanzbezogener Störungen in der Allgemeinbevölkerung auf 22–43 % (Jacobsen et al., 2001). Patienten, die sich aufgrund früher Traumatisierungen in Therapie befinden, leiden zu 30–35 % während ihres Lebens an einer substanzbezogenen Störung (z.B. Levitt & Cloitre, 2005), und mindestens 30–50 % der Patienten in Suchtbehandlung berichten von Gewalterfahrungen in frühen Lebensabschnitten (z.B. Simpson & Miller, 2002).

Im Folgenden wird ein Überblick über Zusammenhänge zwischen traumatischen

Erfahrungen und substanzbezogenen Störungen, über die Häufigkeit und klinische Bedeutung von Traumatisierungen bei Personen in Suchtbehandlung und den aktuellen Stand traumatherapeutischer Ansätze für diese Patientengruppe gegeben.

### 9.2 Traumatisierung als Risikofaktor für Sucht

#### 9.2.1 Substanzbezogene Störungen nach traumatischen Erfahrungen

Sowohl Zwillingsstudien (z.B. Nelson et al., 2006) als auch populationsbasierte Studien belegen, dass frühe interpersonelle Traumatisierungen mit einer späteren Sucht assoziiert sind. Dies zeigt sich insbesondere im Hinblick auf den Beginn süchtigen Verhaltens im Jugendalter. So fanden etwa Shin et al. (2013) bei einer repräsentativen Stichprobe von mehr als 8000 Jugendlichen, dass Misshandlung und Vernachlässigung robuste Risikofaktoren für exzessiven Konsum (»binge drinking«) im Jugend- und jungen Erwachsenenalter waren, auch nach Kontrolle von soziodemographischen Variablen, Alkoholabhängigkeit der Eltern und elterlichem Aufsichtsverhalten. In einer prospektiven Studie begleiteten Fergusson und



Kollegen (Fergusson et al., 1996; Fergusson & Lynskey, 1997) eine neuseeländische Geburtskohorte bis zum 18. Lebensjahr. Neben weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren in der Kindheit wurden u.a. der sozioökonomische Status der Eltern, elterliches Erziehungs- und Bindungsverhalten sowie Substanzmissbrauch und andere psychiatrische Probleme der Eltern erhoben. Im Alter von 18 Jahren wurden Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit und aktuellen substanzbezogenen Störungen untersucht. Im Hinblick auf sexuellen Missbrauch gab es dabei insbesondere bei schweren Formen deutliche Zusammenhänge mit substanzbezogenen Störungen, die auch nach Kontrolle der anderen Faktoren bestehen blieben. Die Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und substanzbezogenen Störungen waren in Bezug auf den Missbrauch bzw. die Abhängigkeit von Drogen deutlicher ausgeprägt als in Bezug auf Alkoholabhängigkeit bzw. -abusus. Bei körperlicher Misshandlung gab es hingegen insbesondere mit Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit signifikante Zusammenhänge, die ebenfalls mit der Schwere der Erlebnisse korrelierten und nach Kontrolle weiterer Risikofaktoren bestehen blieben. Dabei spielen weitere belastende Entwicklungsbedingungen offensichtlich ebenfalls eine Rolle bei der Entstehung späterer substanzbezogener Störungen (z. B. Dube et al., 2002; Shin et al., 2018).

### 9.2.2 Mögliche Mechanismen

Verschiedene Erklärungsansätze können einen Beitrag dazu leisten, den Einfluss früher Traumatisierungen auf spätere Suchtprobleme zu verstehen. So können interpersonelle Traumatisierungen zu psychischen

Folgen führen, die die Entwicklung substanzbezogener Störungen begünstigen. Dabei handelt es sich neben Problemen im Bereich der Emotionsregulation u. a. um Beeinträchtigungen des Selbstwerts und des Identitätsgefühls, um maladaptive kognitive Schemata und dysfunktionale Copingstrategien (Cohen & Hien, 2006). Auch die neurobiologischen Folgen früher Traumatisierungen, etwa Veränderungen der für substanzbezogene Störungen relevanten neuroendokrinen Stressantwort, wurden als mögliche Mediatoren diskutiert (z. B. Schäfer et al., 2010). Klinisch besonders bedeutsam ist die sogenannte »Selbstmedikations-Hypothese«. Alkohol- oder Drogenkonsum stellt ihr zufolge einen – teilweise erfolgreichen – Versuch dar, schmerzvolle oder in anderer Weise schwer erträgliche emotionale Zustände zu beeinflussen und weitere Traumafolgen, wie Rückzugsverhalten oder Probleme mit sozialen Kontakten, erträglicher zu machen. Besonders in Bezug auf die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) liegen bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen inzwischen zahlreiche Befunde vor, die diese Hypothese untermauern. So befragten Stewart et al. (2000) 294 Personen mit Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit, von denen eine Untergruppe zusätzlich eine PTBS aufwies, zu typischen Konsumsituationen. PTBS-Symptome korrelierten signifikant mit häufigerem Konsum in negativen Situationen (z. B. belastende Emotionen, körperliches Unwohlsein, Konflikte) und seltenerem Konsum in positiven Situationen (z. B. geselliges Trinken, neutrale »Versuchungssituationen«). Ähnliche Zusammenhänge mit belastenden Emotionen fanden sich bei Patienten mit substanzbezogenen Störungen und PTBS in Bezug auf Suchtverlangen und



Rückfälle in Substanzkonsum (z. B. Simpson et al., 2012). Weiter wurde die »Selbstmedikations-Hypothese« durch eine Reihe experimenteller Studien zum Einfluss von posttraumatischen Symptomen auf das Suchtverlangen (»Craving«) gestützt. So fand sich bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und komorbider PTBS ein verstärktes Suchtverlangen bei Darbietung traumabezogener Reize. Bei Patienten mit einer PTBS, die eine traumabezogene Expositionstherapie absolviert hatten, ging das Suchtverlangen signifikant zurück, im Vergleich zu Patienten, die keine entsprechende Behandlung absolviert hatten (Coffey et al., 2006). Neuere Untersuchungen, die Methoden zur Datenerfassung im Alltag nutzten, weisen allerdings auf komplexere Zusammenhänge zwischen der individuellen Befindlichkeit und dem Konsumverhalten bei Betroffenen hin (Kaysen et al., 2014).

### **9.3 Befunde bei Personen mit substanzbezogenen Störungen**

#### **9.3.1 Prävalenz traumatischer Erfahrungen**

Bei Personen mit substanzbezogenen Störungen finden sich gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Raten traumatischer Erfahrungen. Die meisten Untersuchungen befassten sich dabei mit sexueller und/oder körperlicher Gewalt in der Kindheit. Je nach Art der Erhebung und der untersuchten Stichprobe berichten 30–90 % der befragten Patientinnen und Patienten von mindestens einer dieser Formen früher Gewalt. Simpson und Miller (2002) kamen in einer Übersicht über 47 Studien bei weiblichen Patientinnen mit substanzbezogenen Störungen zu einer durchschnittlichen Prävalenzrate früher sexueller Gewalt von

45 %. Bei männlichen Patienten fand sich in 20 Studien eine Rate von 16 %. Zu körperlicher Gewalt in der Kindheit wurden 19 Studien an weiblichen und 12 Studien an männlichen Patienten berücksichtigt. Erfahrungen früher körperlicher Gewalt waren darin von durchschnittlich 39 % der weiblichen und 31 % der männlichen Patienten berichtet worden.

---

Mindestens 30 % der Männer und 50 % der Frauen in Suchtbehandlung berichten von körperlicher und/oder sexueller Gewalt in der Kindheit. Bei Personen mit Drogen- oder Mehrfachabhängigkeit finden sich oft höhere Raten.

---

Substanzbezogene Störungen sind nicht nur mit Erfahrungen früher Gewalt, sondern auch mit Gewalterfahrungen in späteren Lebensphasen assoziiert. So fanden etwa Kilpatrick et al. (1997) in einer Studie an der Allgemeinbevölkerung, dass bei Frauen, die in den zurückliegenden 12 Monaten Drogen genommen hatten, eine dreimal höhere Wahrscheinlichkeit bestand, in den folgenden 2 Jahren Opfer sexueller oder physischer Übergriffe zu werden.

Die Gründe für diese Zusammenhänge sind komplex. Bestimmte Konsumsituationen machen den Kontakt zu potentiellen Tätern wahrscheinlicher und Risikosituationen können in intoxikiertem Zustand weniger gut eingeschätzt werden. Bei Drogenabhängigen führen Beschaffungsprostitution und die Gewaltbereitschaft in der »Szene« zu einem drastisch erhöhten Risiko traumatischer Erfahrungen. Beide Problembereiche, die Folgen früherer Traumatisierungen und die Begleitumstände der Abhängig-



keit, sind also häufig eng miteinander verwoben.

Besonders klare Zusammenhänge bestehen zwischen Substanzproblemen und bestimmten Formen sexueller Gewalt. So konnte für Opfer sexueller Gewalt, bei der sich der Täter zunutze macht, dass das Opfer nach Substanzgebrauch schwer intoxikiert ist (engl. »Incapacitated rape«), oder die Intoxikation durch den Täter absichtlich herbeigeführt wurde (engl. »Drug-alcohol facilitated rape«), klar gezeigt werden, dass bei ihnen bereits vor den Delikten häufiger Substanzmissbrauch vorlag als bei Opfern anderer Formen sexueller Gewalt. Weiter belegen zahlreiche Befunde die hohe Gefährdung von Personen mit substanzbezogenen Störungen durch häusliche Gewalt, zumeist durch ebenfalls suchtkranke Partner. Moore et al. (2008) kamen in einer Metaanalyse von 96 Studien zu Gewalt in der Partnerschaft von Drogenkonsumenten zu dem Ergebnis, dass das Ausmaß der Gewalt mit der Schwere des Drogenkonsums und der drogenbezogenen Probleme assoziiert war. Dieser Zusammenhang fand sich unabhängig vom Geschlecht der konsumierenden und/oder Gewalt ausübenden Person. Foran und O'Leary (2008) fanden ähnliche Zusammenhänge in einer Metaanalyse von Studien zu Gewalt in Partnerschaften bei Personen mit Alkoholproblemen. Allerdings waren Frauen hier stärker als Männer von Gewalt betroffen, insbesondere wenn sie sich in Behandlung befanden und stärkere Alkoholprobleme vorlagen. Zudem sind wie bei anderen Personengruppen auch bei Suchtkranken frühe Gewalterfahrungen und posttraumatische Störungen signifikant mit weiteren Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter assoziiert.

Personen mit substanzbezogenen Störungen sind auch in späteren Lebensabschnitten häufiger körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt als die Allgemeinbevölkerung. Risikofaktoren sind die Schwere der Abhängigkeit, ebenfalls suchtkranke Partner, frühere Gewalterlebnisse und komorbide posttraumatische Störungen.

### 9.3.2 Komorbide psychische Störungen

Bei traumatisierten Patienten mit substanzbezogenen Störungen finden sich hohe Raten weiterer psychischer Störungen. Die meisten Befunde liegen dabei zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vor. Wie die Häufigkeit traumatischer Erfahrungen variiert auch die Häufigkeit der PTBS in Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe. So finden sich bei Frauen mit Suchterkrankungen doppelt so hohe PTBS-Raten wie bei Männern (z. B. Mills et al., 2006), und es zeigen sich Zusammenhänge mit der Art der konsumierten Substanz. Auch in Bezug auf die PTBS finden sich höhere Raten bei Konsumenten »harter Drogen« oder Mehrfachabhängigen, verglichen mit Personen mit Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit. In angloamerikanischen Studien wurde bei Suchtpatienten in Behandlung eine Punktprävalenz der PTBS von 15–41 % und eine Lebenszeitprävalenz von 26–52 % gefunden (Schäfer & Najavits, 2007). Ähnliche Zahlen wurden in der bislang größten deutschen Untersuchung berichtet, in der insgesamt 459 Patientinnen und Patienten aus 14 Einrichtungen anhand etablierter Fragebögen und eines strukturierten klinischen Interviews auf das Vorliegen einer PTBS untersucht worden waren (Driessen et al., 2008).



Unabhängig vom Geschlecht lag in dieser Studie bei 15 % der Alkoholabhängigen, 30 % der Drogenabhängigen und bei 34 % der Mehrfachabhängigen eine akute PTBS vor.

Um die hohen PTBS-Raten bei Suchtpatienten zu erklären, wurden unterschiedliche Hypothesen aufgestellt (Schäfer & Najavits, 2007). Wie oben beschrieben, werden psychotrope Substanzen von vielen Betroffenen eingesetzt, um beeinträchtigende Symptome in der Folge traumatischer Erfahrungen zu lindern («Selbstmedikations-Hypothese»). Weiter erhöht das Vorliegen einer Suchterkrankung die Wahrscheinlichkeit traumatischer Erfahrungen und damit das Risiko, eine PTBS zu entwickeln («Hochrisiko-Hypothese»). Dabei ist auch von Bedeutung, dass bei Personen mit substanzbezogenen Störungen aufgrund einer veränderten Prozessierung traumatischer Erfahrungen eine höhere Wahrscheinlichkeit besteht, die Störung nach einer Traumataexposition zu entwickeln («Vulnerabilitäts-Hypothese»). Schließlich werden in jüngerer Zeit auch gemeinsame neurobiologische Grundlagen beider Störungen diskutiert.

---

Suchtpatienten in Behandlung weisen eine Punktprävalenz der PTBS von 15–41 % und eine Lebenszeitprävalenz von 26–52 % auf. Erklärungsansätze bieten u. a. die »Selbstmedikations-«, die »Hochrisiko-« und die »Vulnerabilitäts-Hypothese«.

---

Auch für weitere psychische Störungen bei Personen mit Suchterkrankungen – etwa Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen – wurden Zusammenhänge mit frühen Traumatisierungen be-

richtet. So fanden Clark et al. (2003) in einer prospektiven Studie an 400 Jugendlichen mit alkoholbezogenen Störungen, dass sexueller Missbrauch und Misshandlung sowohl mit »primären« Depressionen als auch mit »sekundären« Depressionen, die nach Beginn der Suchterkrankung auftraten, assoziiert waren. Elliot et al. (2016) konnten anhand von Daten des »National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions« (NESARC) zeigen, dass Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Antisozialen Persönlichkeitsstörung halfen, den Zusammenhang zwischen Misshandlung in der Kindheit und anhaltenden Abhängigkeitsproblemen zu erklären. Insgesamt stellen »Mehrfachdiagnosen« bei traumatisierten Personen mit substanzbezogenen Störungen offensichtlich eher die Regel als die Ausnahme dar. Mills et al. (2006) fanden in einer Studie an der australischen Allgemeinbevölkerung, dass zwei Drittel der Personen mit einer Suchterkrankung und einer komorbiden PTBS zusätzlich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aufwiesen, zwei Drittel die Kriterien für eine zusätzliche affektive Störung erfüllten und etwa die Hälfte die Kriterien für eine Angststörung. Angesichts dieser Zusammenhänge erscheint es bei vielen Betroffenen nur begrenzt als sinnvoll, substanzbezogene Störungen als »Komorbidität« posttraumatischer Störungen zu konzeptualisieren. Insbesondere nach frühen Traumatisierungen ist Substanzkonsum offensichtlich ein – klinisch nicht selten besonders bedeutsamer – Aspekt einer komplexen Gesamtproblematik.



### 9.3.3 Auswirkungen von Traumatisierungen und Traumafolgen auf den Verlauf substanzbezogener Störungen

Traumatisierungen und deren Folgen sind mit einem schweren Verlauf substanzbezogener Störungen assoziiert. Für Suchtpatienten mit einer PTBS wurden häufig ein besonders früher Beginn der Abhängigkeit und eine längere »Suchtkarriere« mit häufigerem polyvalentem Konsum und mehr Vorbehandlungen berichtet sowie eine größere aktuelle Schwere der Abhängigkeit (z.B. Driessen et al., 2008). Weiter finden sich bei betroffenen Patienten größere kognitive Einschränkungen und mehr körperliche Probleme, mehr interpersonelle Probleme, Impulsivität und Suizidgedanken sowie erneute Opfererfahrungen (z.B. Cohen & Hien, 2006; Grundmann et al., 2018). Vergleichbare klinische Besonderheiten zeigen sich in Studien, die nicht posttraumatische Störungen, sondern interpersonelle Traumatisierungen als Prädiktorvariable wählten (z.B. Schäfer et al., 2009). In verschiedenen Studien waren sowohl frühe Traumatisierungen als auch posttraumatische Störungen mit einem schlechteren Ansprechen auf die Suchtbehandlung assoziiert. So wurde für Patienten mit der Diagnose einer komorbiden PTBS gezeigt, dass sie eine geringere Therapieadhärenz und kürzere Abstinenzphasen aufwiesen; berichtet wurden eine größere Häufigkeit stationärer Aufenthalte, eine insgesamt höhere Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und schlechtere Therapieergebnisse anhand verschiedener Outcome-Parameter (z.B. Ouimette et al., 2003). Insgesamt sind die Befunde zu Zusammenhängen zwischen komorbider PTBS und therapeutischem Outcome jedoch heterogen (Hildebrand et al., 2014).

### 9.4 Traumatherapie bei Personen mit substanzbezogenen Störungen

Zu allen traumaspezifischen Interventionen liegen auch bei Personen mit substanzbezogenen Störungen inzwischen positive Erfahrungen vor. Dabei wird eine integrative Behandlung, die von Anfang an Elemente aus der Sucht- und der Traumatherapie phasengerecht miteinander kombiniert, gegenüber sequentiellen Behandlungsansätzen als erfolgversprechender angesehen. Ihre Vorteile werden u.a. darin gesehen, dass im Falle von Symptomexazerbationen sowohl auf die Trauma- als auch auf die Suchtproblematik flexibler eingegangen werden kann (Dass-Brailsford & Myrick, 2010). So kann bei Patienten mit Substanzabhängigkeit, die eine komorbide PTBS aufweisen, ein höheres Risiko bestehen, in frühen Abstinenzphasen erneut Substanzen zu konsumieren, und eine traumafokussierte Behandlung der PTBS erfordert ausreichende Strategien zum Umgang mit Belastung, um Rückfälle in Substanzkonsum zu vermeiden. Wenn die individuelle Konstellation es zulässt, können aber auch sequentielle Ansätze erfolgversprechend sein. So kann etwa, wenn lediglich ein schädlicher Gebrauch von Substanzen, aber keine Abhängigkeit besteht, dieser in manchen Fällen im Rahmen der üblichen Behandlungsstrategien für Traumafolgestörungen berücksichtigt werden.

---

Trauma- und Suchtproblematik sollten in der Regel integrativ behandelt werden. Sucht- und traumaspezifische Interventionen müssen dabei phasengerecht miteinander kombiniert werden.

---



Inzwischen liegt eine größere Anzahl von Studien zu Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung vor, die zeigen konnten, dass eine komorbide PTBS auch bei dieser Zielgruppe sicher und effektiv behandelt werden kann. Wie bei PTBS-Betroffenen ohne komorbide substanzbezogene Störung wurden dabei sowohl traumafokussierte als auch nicht-traumafokussierte Ansätze überprüft. In den meisten Behandlungskonzepten wurden die jeweiligen Ansätze aus der Traumatherapie mit Interventionen aus dem Suchtbereich kombiniert. So wurde etwa ein klassisches Expositionsverfahren zur Behandlung der PTBS mit verhaltenstherapeutischen Interventionen aus der Suchttherapie integriert (*«Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure»*; Back et al. 2014) und es wurden in einem häufig untersuchten, nicht-traumafokussierten Ansatz verhaltenstherapeutische Strategien zur Behandlung der Folgen komplexer Traumatisierungen in jeder Sitzung mit suchtspezifischen Interventionen kombiniert (*«Sicherheit finden»* Najavits, 2009).

In einer systematischen Übersicht über Therapiestudien zur Behandlung der Komorbidität von PTBS und substanzbezogenen Störungen kamen Roberts et al. (2015) zu dem Ergebnis, dass, wie auch bei PTBS-Betroffenen ohne komorbide substanzbezogene Störung, traumafokussierte Ansätze die PTBS-Symptomatik effektiver reduzierten als Standardbehandlungen für diese Patientengruppe. In Bezug auf den Drogen- oder Alkoholkonsum zu Behandlungsende fand sich keine Überlegenheit gegenüber der Standardbehandlung im Suchtbereich, aber es fanden sich Hinweise auf positive Effekte 6 Monate nach Ende der Behandlung. Nicht-traumafokussierte Behandlungen waren der

Standardbehandlung in Bezug auf die PTBS-Symptomatik nicht überlegen. In einer Studie fanden sich jedoch bei Anwendung eines spezifischen Programms (*«Sicherheit finden»*; Najavits, 2009) bessere Effekte in Bezug auf den Drogen- und Alkoholkonsum. Zudem könnten Ansätze, die neben PTBS-Symptomen weitere Traumafolgen adressieren, positive Effekte in Bezug auf die Folgen komplexer Traumatisierungen haben, wie etwa Risikoverhaltensweisen (Najavits & Hien, 2013). In einem kritischen Review wiesen Simpson et al. (2017) darauf hin, dass sich in allen Studien zur Behandlung von Patienten mit PTBS und komorbiden substanzbezogenen Störungen sowohl in Bezug auf die PTBS als auch in Bezug auf die Suchtproblematik auch signifikante positive Effekte gegenüber der Standardbehandlung zeigten, wenn den Teilnehmenden manualisierte Suchtinterventionen angeboten wurden, deren Umfang den spezielleren traumatherapeutischen Interventionen entsprach. Allerdings wiesen die Autorinnen darauf hin, dass es in den entsprechenden Studien auch bei den Teilnehmenden in den Vergleichsgruppen zu einer Sensibilisierung in Bezug auf die Traumafolgen gekommen sein könnte, was in Standardsuchtbehandlungen zu meist nicht der Fall ist (Simpson et al., 2017).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sowohl traumafokussierte als auch nicht-traumafokussierte Interventionen aus dem Traumabereich auch bei PTBS-Patienten mit komorbiden substanzbezogenen Störungen sicher eingesetzt werden können. Die existierenden Studien legen positive Effekte von integrativen Ansätzen mit Traumafokus in Bezug auf die PTBS, aber nicht die Suchtsymptomatik nahe. Die Evidenz in Bezug auf die Wirksamkeit nicht-



traumafokussierter Ansätze ist bislang gering.

PTBS-Betroffenen mit komorbiden substanzbezogenen Störungen sollten Behandlungen angeboten werden, die traumafokussierte Ansätze mit evidenzbasierten Interventionen aus der Suchttherapie integrieren.

## 9.5 Literatur

- Back S. E., Killeen T. K., Teer A. P., Hartwell E. E., Federline A., Beylotte F. & Cox E. (2014). Substance use disorders and PTSD: An exploratory study of treatment preferences among military veterans. *Addictive Behaviors*, 39, 369–373.
- Clark D. B., De Bellis M. D., Lynch K. G., Cornelius J. R. & Martin C. S. (2003). Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: Onsets and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 51–60.
- Cohen L. R. & Hien D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services*, 57, 100–106.
- Coffey S. F., Stasiewicz P. R., Hughes P. M. & Brimmo M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 425–435.
- Dass-Brailsford P. & Myrick A. C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: The need for an integrated approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 11 (4), 202–213.
- Driessen M., Schulte S., Luedecke C., Schäfer I., Sutmann F., Ohlmeier M., Kemper U., Koesters G., Chodzinski C., Schneider U., Broese T., Dette C. & Havemann-Reinecke U. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or double dependence: A multicenter study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 481–488.
- 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, 713–725.
- Elliott J. C., Stohl M., Wall M. M., Keyes K. M., Skodol A. E., Eaton N. R., Shmulewitz D., Goodwin R. D., Grant B. F. & Hasin D. S. (2016). Childhood maltreatment, personality disorders and 3-year persistence of adult alcohol and nicotine dependence in a national sample. *Addiction*, 111, 913–923.
- Foran H. M. & O'Leary K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1222–1234.
- Fergusson D. M. & Lynskey M. T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 21, 617–630.
- Fergusson D. M., Horwood L. J. & Lynskey M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1365–1374.
- Grundmann J., Lincoln T., Luedecke D., Bong S., Schulte B., Verthein U. & Schäfer I. (2018). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in patients with alcohol dependence. *Substance Use and Misuse*, 53, 677–685.
- Henslee A. M. & Coffey S. F. (2010). Exposure therapy for posttraumatic stress disorder in a residential substance use treatment facility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 34–40.
- Hildebrand A., Behrendt S. & Hoyer J. (2014). Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 2, 565–582.
- Jacobsen L. K., Southwick S. M. & Kosten T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1184–1190.
- Kaysen D., Atkins D. C., Simpson T. L., Stappenbeck C. A., Blayney J. A., Lee C. M. & Larimer



- M.E. (2014). Proximal relationships between PTSD symptoms and drinking among female college students: Results from a daily monitoring study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28, 62–73.
- Kilpatrick D.G., Acierno R., Resnick H.S., Saunders B.E. & Best C.L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 834–847.
- Levitt J.T. & Cloitre M. (2005). A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD related to childhood abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 40–52.
- MacMillan H.L., Fleming J.E., Streiner D.L., Lin E., Boyle M.H., Jamieson E., Duku E.K. et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry* 158, 1878–1883.
- Mills K.L., Teesson M., Ross J. & Peters L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*, 163, 652–658.
- Moore T.M., Stuart G.L., Meehan J.C., Rhatigan D.L., Hellmuth J.C. & Keen S.M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 247–274.
- Mullen P.E., Martin J.L., Anderson J.C., Romans S.E. & Herbison G.P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721–732.
- Najavits L.M. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm »Sicherheit finden«*. Göttingen: Hogrefe.
- Najavits L.M. & Hien D. (2013). Helping vulnerable populations: A comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 433–479.
- Nelson E.C., Heath A.C., Lynskey M.T., Bucholz K.K., Madden P.A., Statham D.J. & Martin N.G. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: A twin study. *Psychological Medicine*, 36, 1473–1483.
- Ouimette P.C., Moos R.H. & Finney J.W. (2003). PTSD treatment and 5-year remission among patients with substance use and posttraumatic stress disorders. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 71, 410–414.
- Roberts N.P., Roberts P.A., Jones N. & Bisson, J.I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38.
- Schäfer I. & Najavits L.M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with PTSD and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 614–618.
- Schäfer I., Verthein U., Oechsler H., Deneke C., Riedel-Heller S. & Martens M. (2009). What are the needs of alcohol dependent patients with a history of sexual abuse? A case-register study in a metropolitan region. *Drug and Alcohol Dependence*, 105, 118–125.
- Schäfer I., Teske L., Schulze-Thüsing J., Homann K., Reimer J., Haasen C., Hissbach J. & Wiedemann K. (2010). Impact of childhood trauma on Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical (HPA) activity in alcohol dependent patients. *European Addiction Research*, 16, 108–114.
- Shin S.H., Miller D.P. & Teicher M.H. (2013). Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 127, 31–38.
- Shin S.H., McDonald S.E. & Conley D. (2018). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 187–192.
- Simpson T.L. & Miller W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*, 22, 27–77.
- Simpson T.L., Stappenbeck C.A., Varra, A.A., Moore S.A. & Kaysen D. (2012). Symptoms of



posttraumatic stress predict craving among alcohol treatment seekers: Results of a daily monitoring study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 724–733.

Simpson T.L., Lehavot K. & Petrakis I.L. (2017). No wrong doors: Findings from a critical review of behavioral randomized clinical trials for individuals with co-occurring alcohol/

drug problems and PTSD. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41 (4), 681–702.

Stewart S.H., Conrod P.J., Samoluk S.B., Pihl R.O. & Dongier M. (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 31–47.