

# Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit

Ein Überblick

## Substance-Related Disorders and Traumatic Childhood Experiences

An Overview

### Autoren

Nuri Wieland, Michael Klein

### Institut

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung,  
Katholische Hochschule NRW, Köln

### Schlüsselwörter

Substanzbezogene Störungen, Sucht, Trauma, Kindesmiss-  
handlung, Vernachlässigung, suchtbelastete Familien

### Key words

substance-related disorders, addiction, trauma, childhood  
maltreatment, neglect, substance-affected families

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0582-1751>

Suchttherapie 2018; 19: 66–75

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 1439-9903

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Klein

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

Katholische Hochschule NRW

Wörthstraße 10

50668 Köln

mikle@katho-nrw.de

### ZUSAMMENFASSUNG

Anhand zahlreicher epidemiologischer und klinischer Untersuchungen lässt sich zeigen, dass substanzbezogene Störungen und familiäre Gewalt und Vernachlässigung weit verbreitet sind und in einem systematischen Zusammenhang stehen. Problematischer Substanzkonsum bzw. die Entwicklung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit können sowohl als Ursache als auch Folge von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit gelten. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand, zeigt mögliche Erklärungsansätze und neue integrative Therapiekonzepte auf und beleuchtet die Suchterkrankung als einen der wichtigsten Risikofaktoren für elterliche Gewaltausübung und Vernachlässigung gegenüber ihren Kindern.

### ABSTRACT

Epidemiological and clinical research has consistently demonstrated the high prevalence of and systematic link between substance-related disorders and childhood traumatic experiences. Problematic substance use and substance dependence can be seen as one of the most relevant causes and consequences of childhood traumatic experiences. This article provides an overview of the current evidence-base, underlying mechanisms and new integrative treatment approaches. Furthermore, it examines parental addiction as a crucial risk factor for childhood maltreatment.

## Einführung

Gewalterfahrungen in der Familie, die zu Traumatisierungen führen können, sind nach epidemiologischen Untersuchungen weit verbreitet [1]. Dazu zählen sowohl das kindliche Erfahren von körperlicher, sexueller und psychischer Gewalt sowie körperlicher und emotionaler Vernachlässigung als auch das Beobachten von Gewalt gegen andere Familienmitglieder. Dabei scheinen das eigene Gewalterfahren und das Beobachten von Gewalt gegen andere, meist des Vaters gegenüber der Mutter, häufig zusammen aufzutreten [2].

Es ist inzwischen gut belegt, dass das frühe Erleben von interpersoneller Gewalt und Vernachlässigung das spätere Auftreten von psychischen Störungen und problematischen Verhaltensweisen begünstigt [3, 4]. Bisweilen scheinen beide Phänomene eng zusammenzuehören. Die Schwere und Art der Beeinträchtigungen sind dabei abhängig vom kumulierten Zusammenwirken verschiedener Faktoren, darunter die ‚Art‘ und das Ausmaß der traumatischen Ereignisse inkl. Dauer und Häufigkeit der Exposition, deren zeitliche Aufeinanderfolge, genetische und epigenetische Einflüsse, das subjektive Erleben und Bewerten der traumatischen

Erfahrung vor dem Hintergrund der eigenen psychischen Ressourcen sowie erlebte soziale Unterstützung, Geschlecht, Alter und kognitive Fähigkeiten der Betroffenen [5–8]. Vulnerabilitäten, welche konsistente Risikofaktoren für die Ausübung familiärer Gewalt gegen Kinder darstellen, betreffen elterliche Sucht, andere elterliche psychische Erkrankungen, eigene elterliche Gewalterfahrungen, geringe Bildung und schlechte sozioökonomische Bedingungen inkl. Beschäftigungs- und Bildungsstatus sowie junges Alter [9, 10].

Suchtstörungen zählen sowohl zu den bedeutsamsten Risikofaktoren für die Ausübung von Gewalt an und/oder Vernachlässigung von Kindern als auch zu den häufigsten Folgen früher Vernachlässigung und Gewalt [11–13]. Mehrere Implikationen ergeben sich hieraus: Erstens muss die Suchtbehandlung und -prävention die häufig bestehenden Traumatisierungserfahrungen der Betroffenen berücksichtigen. Zweitens sollten suchterkrankte Eltern nicht nur hinsichtlich ihrer eigenen Suchtprobleme (und traumatischen Erfahrungen) behandelt werden, sondern auch in ihren Erziehungskompetenzen für ihre Kinder gestärkt werden. Drittens müssen Kinder aus suchtblasteten Familien, die einem großen Risiko für Traumatisierungen innerhalb der Familie ausgesetzt sind, stärker als Zielgruppe für präventive und frühinterventive Programme und Hilfen in den Blick genommen werden.

## Traumatische Erfahrungen als Risikofaktor für substanzbezogene Störungen

Eine 2013 veröffentlichte Studie, welche eine repräsentative deutsche Stichprobe untersuchte, legt nahe, dass ein Drittel der in Deutschland aufwachsenden Kinder von früher Gewalt bzw. Vernachlässigung betroffen sind: 13,9% berichteten von emotionaler Vernachlässigung, 10,2% von emotionaler Misshandlung, 48,4% von körperlicher Vernachlässigung, 12% von körperlicher Gewalt und 6,2% von sexuellem Missbrauch [14]. Von sexuellem Missbrauch waren wesentlich mehr Mädchen (8,6%) als Jungen (2,8%) betroffen, während es für die restlichen Misshandlungs- oder Vernachlässigungsformen keinerlei Geschlechterunterschiede gab. Während etwa ein Drittel der Betroffenen keine konsekutiven Psychopathologien im Erwachsenenalter aufweisen [15], sich also als resilient gegenüber traumatischen Erfahrungen erweist, trifft dies auf die überwiegende Mehrheit der Betroffenen nicht zu. Dass ein starker Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und substanzbezogenen Störungen im Erwachsenenalter besteht, ist inzwischen anhand einer Vielzahl von Studien dokumentiert und kann als gesichert gelten.

### Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Substanzkonsum in Jugend und jungem Erwachsenenalter

Immer mehr groß angelegte Befragungen Jugendlicher belegen inzwischen auch den Zusammenhang zwischen frühen Traumatisierungserfahrungen und problematischem bzw. frühem Substanzkonsum in Jugend und jungem Erwachsenenalter – dem typischen Einstiegsalter für Nikotin, Alkohol und Drogen. Substanzkonsum im Jugendalter gilt als starker Prädiktor für die Entwicklung einer späteren substanzbezogenen Störung im Erwachsenenalter [16].

Jugendliche, die vor ihrem zehnten Lebensjahr körperlich oder sexuell misshandelt wurden oder Zeugen familiärer Gewalt waren, zeigten einen früheren Einstieg in den Alkoholkonsum als Kinder ohne diese Erfahrungen [17]. In einer großen amerikanischen Studie mit einer repräsentativen Stichprobe von ca. 12 700 Jugendlichen wiesen in der Kindheit vernachlässigte oder misshandelte Jugendliche mehr binge-drinking auf als Jugendliche ohne diese Erfahrungen (12,4% vs. 9,9%) [18]. LeTendre und Reed [19] schlossen die Daten einer späteren Befragungswelle ein und stellten fest, dass das Risiko für einen Substanzmissbrauch bzw. eine –abhängigkeit im jungen Erwachsenenalter mit Zunahme der berichteten Fälle von emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt stieg. In einer aktuellen Studie von Cohen et al. [20] wurden 580 junge Erwachsene in einer Längsschnittstudie in 3 aufeinanderfolgenden Jahren befragt. Es ergab sich ein starker Zusammenhang zwischen emotionaler bzw. körperlicher Vernachlässigung und dem Konsum von illegalen Drogen sowie erhöhten Werten für Depression und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS).

In einer weiteren repräsentativen amerikanischen Stichprobe zeigten Carliner et al. [21], dass für die 13- bis 18-jährigen Jugendlichen, die vor ihrem 11. Lebensjahr traumatische interpersonelle Erfahrungen gemacht hatten, das Risiko für den Konsum von Kokain 2,78-fach, von verschreibungspflichtigen Medikamenten 1,8-fach, für Cannabis 1,5-fach, für andere Drogen 1,9-fach und für den Konsum von mehreren Substanzen 1,74-fach erhöht war. Dabei zeigte sich hier ein monoton steigendes Verhältnis zwischen Anzahl der potenziell traumatisierenden Erfahrungen und dem Drogenkonsum.

### Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Suchterkrankungen im Erwachsenenalter

Die Lebenszeitprävalenzen für substanzbezogene Störungen liegen unter Betroffenen sexuellen Missbrauchs oder körperlicher Misshandlung in der Kindheit bei 14–35% im Vergleich zu 3–12% bei Personen ohne Misshandlungsgeschichte [22, 23]. Laut Kendler et al. [24] ist sexueller Missbrauch in der Kindheit dabei mit mehreren späteren psychischen Störungen verbunden, jedoch am stärksten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Unter Suchterkrankten lässt sich eine Überrepräsentation von Traumatisierungserfahrungen in der Kindheit feststellen, die je nach Stichprobe und untersuchter Traumatisierungsform bei 30–90% liegt [25]. In einer Übersichtsarbeit zu Studien im angloamerikanischen Raum lag bei weiblichen Suchtpatienten die durchschnittliche retrospektive Prävalenzrate von sexuellem Missbrauch in der Kindheit bei 45%, bei männlichen Patienten bei 16%. Die durchschnittliche retrospektive Prävalenzrate von körperlicher Misshandlung in der Kindheit lag unter Frauen bei 39% und bei Männern bei 31% [12]. In einer deutschsprachigen Studie mit 900 Suchtpatientinnen in stationärer Suchtbehandlung lag die Prävalenz von früher sexueller Gewalt bei 34% und die Prävalenz von früher körperlicher Gewalt bei mehr als 50%. Mehr als 75% der Patientinnen hatten zudem emotionale bzw. psychische Gewalt erlitten [26]. Die Prävalenz von kindlichen Traumatisierungen scheint bei Drogenabhängigen noch deutlich höher zu sein als bei Alkoholabhängigen [27]. In Studien mit opiatabhängigen und mehrfachabhängigen Patienten in Behandlung

finden sich sexuelle Missbrauchsrate von 50–60 % bei weiblichen und von 25–40 % bei männlichen Patienten [28].

In klinischen Stichproben von Patienten, die wegen früher Traumatisierungserfahrungen in Behandlung sind, liegen Lebenszeitprävalenzen für substanzbezogene Störungen von 30–35 % vor [29]. Angesichts dieser hohen Raten des gemeinsamen Auftretens von Suchterkrankungen und traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, und der Tatsache, dass die traumatischen Erfahrungen den Substanzstörungen meist vorausgehen, lässt sich ein ursächlicher Zusammenhang vermuten. Der kontinuierliche und intensive Substanzkonsum – und dies unterstreicht auch die klinische Erfahrung – dient den Betroffenen zur Sedierung und Affektregulation. Zudem besteht ein Dosis-Wirkungs-Verhältnis: Je mehr Formen früher Gewalt bzw. Vernachlässigung berichtet werden, desto eher liegt auch eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit im Erwachsenenalter vor.

In der Adverse-Childhood-Effects (ACE)-Studie [3] zeigte sich eine 7,2-fache Erhöhung des Risikos für eine Alkoholabhängigkeit und eine 4,5-fache Erhöhung des Risikos für eine Drogenabhängigkeit, wenn Betroffene vier oder mehr Traumatisierungsformen berichteten [30].

Die weitaus meisten Studien untersuchen sexuellen Missbrauch und körperliche Gewalt, weil emotionaler Missbrauch und Misshandlung schwerer erfassbar sind. Jedoch lassen sich auch für emotionalen Missbrauch und Vernachlässigung Zusammenhänge mit dem Auftreten substanzbezogener Störungen im Erwachsenenalter nachweisen (für eine Übersicht siehe Passmann Carr et al., [31]).

### Merke

**Familiäre Gewalt und Vernachlässigung sind weit verbreitete Probleme, zu deren häufigsten Folgen die Entwicklung substanzbezogener Störungen zählen. Dies lässt sich sowohl durch Studien an der Allgemeinbevölkerung als auch klinischen Patientenpopulationen zeigen.**

## Psychische Komorbiditäten

Neben einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) weisen traumatisierte Patienten mit substanzbezogenen Störungen häufig affektive Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen sowie Impulskontrollstörungen und eine deutlich erhöhte Suizidalität [32–34] auf. Dabei sind Mehrfachdiagnosen charakteristisch und spielen eine große Rolle für den Therapieverlauf. Es handelt sich also meist um komplexe psychische Beeinträchtigungen in den Bereichen Affekt, Emotion, Kognition, Bewusstsein, Gedächtnis und Verhalten.

Posttraumatische Belastungsstörungen sind unter den auftretenden psychischen Komorbiditäten von Suchterkrankten am besten untersucht. Im Kontext familiärer Belastungen tritt die PTBS typischerweise als Typ-II-Traumatisierung auf, d. h. die Kinder leiden i. d. R. nicht unter einmaligen traumatisierenden Vorkommnissen, sondern unter chronischen Belastungen durch über einen längeren Zeitraum wiederholte Gewalt, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung durch die Eltern oder enge Bezugspersonen. Es handelt sich also meist um chronische Traumaerfahrungen. Je nach untersuchter Stichprobe entwickeln 26–52 % der Betroffenen substanzbezogener Störungen im Laufe ihres Lebens eine PTBS

[32, 35–38]. Die Punktprävalenz liegt zwischen 15 und 42 % [32, 35–39]. Driessen et al. [36] untersuchten eine deutsche Stichprobe von 459 Suchtpatienten und fanden PTBS-Raten von 34 % bei Mehrfachabhängigen, 30 % bei Drogenabhängigen und 15 % bei Alkoholabhängigen. Weibliche Suchtpatienten weisen mehr als doppelt so hohe PTBS-Raten als männliche Suchtpatienten auf (z. B. [40]). Dies spricht auch für zu berücksichtigende geschlechtsspezifische Ätiologien und Kausalitäten, die entsprechend in Präventions- und Therapieprogrammen aufzugreifen sind.

Unter Personen, die mit einer PTBS diagnostiziert sind, rangiert die Lebenszeitprävalenz für drogenbezogene Störungen zwischen 19 und 35 %, für alkoholbezogene Störungen liegt sie noch höher bei 36–52 % [32, 41–43], wobei sowohl die Prävalenzen für komorbide alkohol- als auch drogenbezogene Störungen bei Männern insgesamt höher liegen als bei Frauen [42]. In einer großen epidemiologischen Studie aus den USA mit einer Stichprobe von ca. 34 000 Teilnehmenden war unter den PTBS-Betroffenen fast die Hälfte (46,4 %) ebenfalls von einer substanzbezogenen Störung betroffen und mehr als jeder Fünfte (22,3 %) wies eine Substanzabhängigkeit auf [43].

Treten Substanzstörungen und PTBS zusammen auf, so ist die Behandlung wesentlich komplexer und aufwendiger, als wenn nur eine der beiden Störungen auftritt. Komorbid auftretende PTBS und Substanzstörungen sind mit mehr chronischen Gesundheitsproblemen, geringerem sozialen Funktionsniveau, einem größeren Risiko für Gewalt und Reviktimisierung, geringerer Behandlungadhärenz und einem allgemein schwierigeren Behandlungsverlauf verbunden. Es treten höhere zusätzliche Komorbiditätsraten mit affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen auf und die Abstinenzphase nach einer suchtspezifischen Behandlung ist kürzer (siehe [44,45]). Aus diesem Grunde werden, trotz der hohen Komorbiditätsraten in der Praxis, in randomisiert kontrollierten klinischen Studien zur Evaluation von PTBS-Behandlungen Patienten mit einer zusätzlich auftretenden substanzbezogenen Störung häufig ausgeschlossen [46]. Dies ist, die Versorgung und klinische Realität betreffend, jedoch wenig förderlich und birgt die Gefahr einer starken Verzerrung der externen Validität dieser Studien.

### Merke

**Mehrfachdiagnosen sind für traumatisierte Patienten charakteristisch. Neben substanzbezogenen Störungen weisen diese häufig auch eine PTBS, affektive und Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Impulskontrollstörungen auf.**

## Mediierende Einflüsse

Dass ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen früher Gewalt bzw. Vernachlässigung und der Entwicklung von problematischem Substanzkonsum oder -abhängigkeiten vorliegt, ist inzwischen durch zahlreiche epidemiologische Untersuchungen belegt. Unklar ist noch, welche Mechanismen genau diesem Zusammenhang zugrunde liegen, bzw. wie unterschiedliche mediierende und moderierende Einflüsse miteinander interagieren, denn bislang existieren nur wenige längsschnittliche und prospektive Studien zu diesem Thema.

Unter den Mediatoren werden PTBS-Symptome, psychosoziale als auch biologische Mediatoren sowie Anzahl und Schwere der Traumata diskutiert. Weiterhin könnte auch der Zeitpunkt (kritische Entwicklungsperioden im Kindes- und Jugendalter) die Vulnerabilität für substanzbezogene Störungen beeinflussen. Auch moderierende Einflüsse, welche den Zusammenhang verstärken oder abschwächen gilt es zu identifizieren. Dabei sind v. a. jene (Schutz-) faktoren von Bedeutung, auf welche Betroffene selbst Einfluss nehmen können, wie z. B. soziale Unterstützung, Alltagsgestaltung, Lebensziele und (körperliche) Gesundheit. Anders als Alter, Geschlecht, Einwanderungsstatus, Armut oder andere sozioökonomische Variablen, die schlecht oder gar nicht selbstständig veränderbar sind, kann hier Prävention an vielen Stellen ansetzen. Eine umfassende Resilienzförderung, die auch bewältigungsförderliche Kognitionen, Affekte und Emotionen beeinflusst, sollte Teil relevanter Behandlungsprogramme sein.

Neben den Charakteristika betroffener Kinder gilt es jedoch auch die Elterngeneration zu berücksichtigen, bei denen Prävention von gewalttätigem oder vernachlässigendem Verhalten sinnvoll ist. Unter die besonders bedeutsamen elterlichen Faktoren fallen dabei substanzbezogene und andere psychische Störungen (siehe nächstes Kapitel).

Zu den psychosozialen Faktoren, welche die Entwicklung von substanzbezogenen Störungen begünstigen können, zählen Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation [47, 48] (siehe auch Artikel von Lotzin et al. in diesem Heft), mangelnde Selbstkontrollfähigkeiten und damit zusammenhängende Ablehnung durch Peers, dysfunktionale Copingstrategien, Beeinträchtigungen im Selbstwert [49–51] und problematische Bindungsmuster im familiären Kontext [52, 53]. All diese Faktoren sind auch auf der Elternebene als ätiologische Risiken ihrer Entwicklung und ihres Verhaltens zu berücksichtigen. Diese Risiken können sich dann transgenerational schädigend auf die Kinder auswirken, wenn sie vorab nicht bewältigt wurden.

Beeinträchtigungen von grundlegenden kognitiven Fähigkeiten wie der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit, Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, aufgrund von stress- und traumabedingten Veränderungen in der Entwicklung von Struktur und Funktion des Gehirns, werden v. a. im Zusammenhang mit der Ausbildung bzw. fehlenden Inhibition dysfunktionaler automatischer Assoziationen bzw. maladaptiver kognitiver Schemata als bedeutsame Risikofaktoren diskutiert [54]. Weitere neurobiologische Faktoren sind Veränderungen in der neuroendokrinen Stressantwort: Bei drogen- und alkoholabhängigen Patienten mit Traumatisierungen in der Kindheit stellte man veränderte Cortisol- und ACTH-Spiegel fest [55]. Eine neuere Studie [56] zeigte in einer Stichprobe von kokainabhängigen Patienten mit sexuellen, körperlichen oder emotionalen Misshandlungserfahrungen in der Kindheit eine erhöhte Aktivität im mesolimbischen System des Gehirns im Vergleich zu kokainabhängigen Patienten ohne diese Erfahrungen. Das mesolimbische System ist das sog. „Belohnungszentrum“ des Gehirns, das in der Suchtentstehung und Aufrechterhaltung eine große Rolle spielt.

Anhand von zahlreichen Befunden zur PTBS-Symptomatik ist die Selbstmedikationshypothese [57] im Zusammenhang mit der Entstehung einer Suchtstörung besonders gut belegt. Exzessiver Alkohol- und Drogenkonsum werden demnach als Versuch angese-

hen, stressvolle Situationen zu bewältigen und besonders schmerzvolle emotionale Zustände erträglicher zu machen. Die Bewältigung geschieht, indem die aufkommende Erregung, die von den Betroffenen als nicht beherrschbar eingeschätzt wird, gedämpft und gefiltert wird. Dadurch entsteht auf dem Wege negativer Verstärkung stabiles Konsumverhalten zur Bewältigung als nicht beherrschbar erlebter stresshafter Situationen, welches durch klassisch konditionierte Hinweisreize im Vorfeld getriggert wird. PTBS-Patienten konsumieren Alkohol- und Drogen v. a. dann, wenn sie Konflikten ausgesetzt sind oder sich körperlich oder emotional unwohl bzw. belastet fühlen [58]. Dagegen wird weitaus seltener in unbelasteten neutralen Situationen oder in positiver geselliger Atmosphäre konsumiert. Rückfälle im Substanzkonsum treten bei traumatisierten Suchterkrankten allgemein v. a. bei starker emotionaler Belastung auf [59]. Dies ist ein massiver Hinweis auf Probleme mit der Emotionsregulation, da negative Emotionen in solchen Situation exzerbieren und als nicht mehr beherrschbar erlebt werden. Weiterhin spricht für die Selbstmedikationshypothese, dass nach erfolgter Expositionstherapie suchterkrankte PTBS-Patienten weniger Suchtverlangen (Craving) verspüren wenn sie traumabezogenen Reizen ausgesetzt sind [60].

#### Merke

**Aktuelle Forschungsarbeiten weisen v. a. auf Emotionsregulation als einen entscheidenden Mediator im Zusammenhang zwischen kindlichen Traumatisierungen und der Entwicklung von substanzbezogenen Störungen, hin. Weitere psychosoziale und biologische Mediatoren und Moderatoren (z. B. neuroendokrine Stressantwort) werden diskutiert.**

### Behandlungsansätze für traumatisierte Suchterkrankte

Trotz der hohen Prävalenzen von PTBS und traumatischen Erfahrungen in ihrer Kindheit werden Suchtpatienten häufig nicht diesbezüglich untersucht und behandelt [32, 39, 61]. Suchttherapeuten und Gesundheitsfachkräfte sollten für die Erfassung von traumatischen Erfahrungen ihrer Klienten sensibilisiert und trainiert werden, z. B. durch Programme wie „Learning how to ask – ein Trainingsprogramm für Suchthilfeeinrichtungen“ [62]. In der traditionellen Behandlung von Patienten mit trauma- und suchtbbezogener Symptomatik geschieht zunächst eine Fokussierung auf den einen oder den anderen Problembereich, d. h. es erfolgt eine zeitliche Separierung zwischen Trauma- und Suchtbehandlung. Häufig zeigt sich jedoch, dass die sequentielle Behandlung der beiden Problembereiche für eine Stabilisierung nicht ausreichend ist und eher Behandlungsabbrüche oder Rückfälle initiiert. Experten empfehlen bei der Behandlung von traumatisierten Suchterkrankten die Kombination von such- und traumatherapeutischen Verfahren, da man nicht mehr davon ausgeht, dass eine PTBS-Behandlung inkl. Exposition erst nach erfolgter Abstinenz erfolgreich ist oder umgekehrt. Eine mögliche Integration der beiden Problembereiche kann dadurch erfolgen, dass parallel zu einer traumafokussierten, expositionsbasierten Behandlung suchtspezifische Interventionen erfolgen [63]. Beispiele für solche integrativen Programme sind CT-PCD [64], ARTS [65], Transcend [66] und COPE [67]. Einen anderen erfolgversprechenden integrativen Ansatz ohne Expositionselemen-

te bietet das Programm „Sicherheit finden“ – eine speziell für traumatisierte Suchtpatienten entwickelte kognitiv-behaviorale Gruppenintervention“, die als deutsche Adaption des amerikanischen Originals „Seeking safety“ vorliegt [68]. „Sicherheit finden“ ist eines der wenigen Behandlungsprogramme, dessen Wirksamkeit in kontrollierten Evaluationsstudien nachgewiesen ist [69, 70]. Es ist ebenso wie für PTBS-Diagnostizierte auch für Personen ohne formale PTBS-Diagnose geeignet und behandelt sowohl die Suchtproblematik als auch die Traumafolgen der Patienten in einem ressourcen-orientierten, stabilisierenden Ansatz. Sichere Bewältigungsstrategien sollen als Alternative zum Substanzkonsum und anderen unsicheren Verhaltensweisen erlernt werden.

## Elterliche Sucht als Risikofaktor für Traumatisierung der Kinder

Eine elterliche Suchterkrankung gilt als einer der stärksten Risikofaktoren für die gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen [71]. Laut Hochrechnungen der bevölkerungsweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ weisen 22 % der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum auf, was bedeutet, dass bis zu 6,6 Mio. Kinder mit einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum zusammenleben [72]. Werden die Kriterien einer Alkoholstörung im Sinne des DSM-IV zugrunde gelegt, sind Schätzungen auf europäischer Ebene zufolge in Deutschland etwa 5–6 Mio. Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholstörung betroffen [73]. Die deutsche EDSP-Studie erbrachte einen Anteil von 15,4 % der deutschen Kinder und Jugendlichen, die wenigstens zeitweise von einer elterlichen Alkoholstörung belastet sind. Hinsichtlich einer elterlichen Drogenabhängigkeit leben Schätzungen zufolge etwa 60 000 Kinder in einem Haushalt mit einem opiatabhängigen Elternteil zusammen [74].

Ein ungünstiges Eltern- und Erziehungsverhalten, welches Gewalt und/oder Vernachlässigung beinhaltet, hat für Kinder tiefgreifende Folgen, kann körperliche Schädigungen und v. a. psychische Probleme verursachen und ist umso schädigender, je weniger wichtige Schutzfaktoren vorhanden sind oder gefördert werden. Bei suchtkranken Eltern konnte ein erhöhtes Risiko für dysfunktionale Verhaltensweisen im Rahmen der Erziehung festgestellt werden [75, 76], wobei alle zentralen Kompetenzbereiche der elterlichen Erziehung [77] betroffen sind: Beziehungsfähigkeit und emotionale Zuwendung, Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten, Grenzsetzungs-, Förder- und Verstärkungsfähigkeiten, Vorbildfunktion und das Alltagsmanagement.

Hinsichtlich aller Kategorien elterlicher Gewalt und Vernachlässigung gegenüber ihren Kindern gibt es einen starken Zusammenhang zur elterlichen Alkohol [78] – und Drogensucht [79]. Dube und Kollegen [78] stellten fest, dass das Risikoverhältnis für Erfahrungen früher Gewalt oder Vernachlässigung für Kinder mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil 2–13-mal so hoch wie für Kinder ohne alkoholabhängigen Elternteil war. Dabei erhöhte sich das Risiko zusätzlich, wenn es sich um mütterliche Abhängigkeit im Unterschied zu väterlicher handelte und noch weiter wenn beide Elternteile alkoholabhängig waren. Sprang, Clark und Bass [80] untersuchten Familien, in denen Kindesmisshandlungen be-

kannt waren, hinsichtlich Substanzkonsums und fanden heraus, dass elterlicher Substanzgebrauch signifikant mit schwereren Formen der Kindesmisshandlung assoziiert war.

## Vernachlässigung

In der Praxis ist davon auszugehen, dass Suchtstörungen der Eltern in einem Multiproblemmkontext zusammen mit schlechten sozio-ökonomischen Bedingungen, mangelnder sozialer Unterstützung und häufig anzutreffender elterlicher Gewalterfahrungen und –handlungen zu betrachten sind. Substanzabhängigkeit kann unter den verschiedenen untersuchten elterlichen Risikofaktoren als stärkster Risikofaktor für Vernachlässigung der Kinder gelten [81]. Als Konsequenz ihres Suchtproblems sind betroffene Eltern häufig nicht mehr in der Lage einer geregelten Arbeit nachzugehen, deshalb häufig arbeitslos und/oder verschuldet [82]. Diese und weitere Folgen des Alkohol- und Drogenkonsums inkl. Entzugssymptomen und der Priorisierung der Einnahme und Beschaffung der Drogen führen dazu, dass einfachsten alltäglichen familiären Verpflichtungen nicht mehr nachgekommen werden kann [75]. Das Aufwachsen unter solch sozial und psychologisch prekären Bedingungen führt oft zu sozialer Marginalisierung auch der Kinder, Exklusion und Stigmatisierung.

Eine Vernachlässigung der materiellen Versorgung der Kinder geht häufig mit einer emotionalen Vernachlässigung einher. Insgesamt scheinen emotionale Vernachlässigungen sogar häufiger zu sein als körperliche Vernachlässigungen [83]. Unabhängig von der konsumierten Substanz zeigen suchtkranke Eltern eine ausgeprägte Labilität der Stimmung und ein insgesamt sehr sprunghaftes, unberechenbares Erziehungsverhalten [84], was sich nicht nur im Fehlen von gemeinsamen Familienritualen (z. B. gemeinsames Abendessen, Ins-Bett-Bringen, usw.), sondern auch in der Inkonsequenz in Belohnung bzw. Bestrafung bzgl. kindlichen Verhaltens zeigt sowie im Nichteinhalten von Plänen und Versprechungen. Diese fehlende Konstanz und saliente Volatilität der Eltern wirkt für die Kinder destabilisierend und überfordernd. Da alltägliche Verpflichtungen der Eltern häufig von den Kindern übernommen werden müssen, wird von den Kindern die Übernahme altersunangemessener Aufgaben und Rollen abverlangt, was für die gesunde kindliche Entwicklung eine oft chronische Belastung darstellt [85]. Eine solche als Parentifizierung der Kinder bezeichnete Rollenkehr beinhaltet auch eine altersunangemessene Übernahme von emotionaler Fürsorge [86] für die Eltern bzw. jüngere Geschwister. Suchtkranke Eltern zeigen darüber hinaus eine mangelnde Sensitivität für kindliche Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit, Zuneigung, Wärme und emotionaler Unterstützung [87] und reagieren häufig unangemessen gereizt, gleichgültig, aggressiv oder wenig wertschätzend auf kindliche Äußerungen oder Verhaltensweisen, da sie selbst in ihrer Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Emotionsregulation häufig beeinträchtigt sind.

In suchtblasteten Familien kommt es häufig vor, dass die Kinder zeitweise oder dauerhaft von ihren Eltern getrennt sind und sich auf die Präsenz ihrer Eltern keineswegs verlassen können. Trennungen oder Scheidungen der Eltern bzw. der Verlust eines Elternteils sind häufig. Aufgrund stationärer Aufenthalte oder sogar Inhaftierungen werden die Kinder zeitweise oder dauerhaft fremduntergebracht. Eine Studie mit methamphetaminabhängigen Klienten der ambulanten Suchtberatung konnte bspw. zeigen, dass über ein Drittel der Kinder der betroffenen Eltern in Fremdunterbringung

lebte [75]. Häufige Beziehungsabbrüche stellen für die Kinder einen nicht zu unterschätzenden Stressor dar, der sich hinsichtlich einer sicheren Bindungsentwicklung äußerst negativ auswirkt. Wie eine Studie zu vor Gericht erscheinenden Kindesmisshandlungsfällen zeigt, können sowohl elterliche Alkohol- und Substanzabhängigkeit, Vernachlässigung durch die Eltern als auch Abwesenheit der Eltern individuell die Wiederkehr eines Kindesmisshandlungsfalles vor Gericht innerhalb der nächsten 12 Monate vorhersagen [88].

## Sucht und elterliches Gewaltverhalten

Verschiedene Studien belegen, dass in suchtbelasteten Familien Konflikte häufig mit körperlicher Gewalt ausgetragen werden [89] und Kinder entweder selbst als Opfer elterlicher oder als Zeugen partnerschaftlicher Gewalt betroffen sind [75]. Sowohl Gewalt erfahren zu haben als auch Zeuge von Gewalthandlungen in der Familie gewesen zu sein, gehört für erwachsene Kinder Suchtkranker häufiger zu den Familienerinnerungen als für Vergleichsprobanden aus Familien ohne Suchterkrankungen [90]. Die Familienatmosphäre wird öfter als chronisch belastet, instabil und kalt erlebt.

In einer Untersuchung mit 200 jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien und 200 Kontrollprobanden [91] zeigte sich, dass die erste Gruppe 13,4% tägliche Gewalt (Vergleichswert: 2,3%) und weitere 19,1% häufige Gewalt, definiert als fünf und mehr Episoden physischer Gewalt, erlitt. Hier betrug der Vergleichswert für die Kontrollgruppe 6,8%. Eine zusammenfassende Betrachtung beider Kategorien (tägliche und häufige familiäre Gewalt) erbringt für die Kinder aus suchtbelasteten Familien einen Wert von 32,5% (Kontrollgruppe: 9,1%). Somit wäre jedes dritte Kind in einer alkoholbelasteten Familie von physischer Gewalt in erheblichem Ausmaß betroffen.

In einer Untersuchung mit 251 Kindern aus suchtbelasteten und unbelasteten Familien, die im Rahmen einer Studie an nordrhein-westfälischen Schulen akquiriert wurden und deren Eltern zum größten Teil bislang unbehandelt waren [92], ergab sich ebenfalls eine erhebliche Belastung der Familien mit Gewalthandlungen. Von allen Kindern, die ein Alkoholproblem bei ihrem Vater angaben, erlebten 26% manchmal Gewalt, die vom Vater ausging (Vergleichswert Mütter: 11,4%). Die Frage, ob die Kinder Gewalt erlebten, wenn der Vater mit Alkoholproblemen getrunken hat, beantworteten dieselben 26% positiv (Vergleichswert Mütter: 8,6%). Diese Daten zeigen, dass alle alkoholbelasteten Väter, die Gewalt ausüben, dies nach Angaben der Kinder auf jeden Fall unter Alkoholeinfluss tun. Inwieweit sie dies auch im nüchternen Zustand tun, kann auf der Basis der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Bei den Kindern der Kontrollgruppe (Väter bzw. Mütter ohne Alkoholprobleme) beträgt der Wert für Gewaltverhalten eines Elternteils im Allgemeinen 8,2%, unter Alkoholeinfluss 0%.

Während es zum Zusammenhang zwischen Gewaltverhalten und Drogenkonsum bisher nur wenig eindeutige Erkenntnisse gibt, liegen verschiedene Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gewaltverhalten vor. Die lange Zeit dominierende Theorie der Disinhibition besagt, dass die pharmakologischen Effekte des Alkohols eine Hemmung vieler Funktionen, z. B. der Angst und der Unsicherheit, bewirken, wodurch das Individuum insgesamt in seiner Gewaltbereitschaft enthemmt wird [93]. Heute besteht Konsens darüber, dass der Alkohol jedoch nicht als alleiniger Auslöser, sondern nur als begünstigender Faktor für entsprechendes Verhalten angesehen werden kann, also nicht per se

Gewaltverhalten auslöst. Zu den differentiellen Faktoren, die aus dem Gesamtkontext berücksichtigt werden müssen, zählen der Grad der Intoxifikation, die Schnelligkeit des Eintritts der Intoxikation, neuropsychologische Effekte der Substanzverarbeitung, sozial-kognitive Erwartungen bezüglich des Alkohols, zugrundeliegende oder koinzidentielle Persönlichkeitsfaktoren und Dispositionen als auch die jeweiligen Situations- und Kontextbedingungen.

Zu den neuropsychologischen Effekten zählen neben der globalen Hemmungswirkung auf neuronale Prozesse insbesondere die Beeinträchtigung des Beurteilungs- und Wahrnehmungsvermögens, das Nachlassen der Aufmerksamkeit mit entsprechenden Gegensteuerungsreaktionen, die verstärkte Auslösung negativer Affekte [94], die Induktion von Unruhe und Irritierbarkeit, vermehrte Schlafdeprivation (insbesondere bzgl. der REM-Phasen) und gestörte Denkläufe (bis hin zu paranoiden Mustern) sowie das Auftauchen von Gedächtnislücken [95]. In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass die familiäre Kommunikation unter Alkoholeinfluss stark beeinträchtigt sein kann und Missverständnisse und Konflikte nach sich ziehen kann, die wiederum gewalttätiges Verhalten wahrscheinlicher machen. Die verbale Provokationsschwelle ist dabei oft erniedrigt ebenso wie die Hemmschwelle zum aggressiven Ausagieren. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass unter Alkoholeinfluss stehende Personen ihr Verhalten und dessen Konsequenzen eher dem Alkohol zuschreiben, was durch die Möglichkeit der Selbstentlastung i.S. einer Entschuldigung bzw. Selbstrechtfertigung negativen Verhaltens impulsive Gewaltausbrüche begünstigen kann [96]. Ein biopsychosoziales Modell von Cherack und Giancola [97] berücksichtigt neben den alkoholbezogenen Faktoren auch entwicklungsbezogene, individuelle und Kontextfaktoren, welche durch ihr Zusammenwirken die Auslösung gewalttätigen Verhaltens umfassender erklären können.

### Merke

**Eine elterliche Suchterkrankung geht häufig mit einem dysfunktionalen Erziehungsstil, der auch Vernachlässigung und Gewalt umfasst, einher. Betroffene Kinder wachsen in der Regel in einem Multiproblemerkongext auf, von dem sie stark überfordert sind.**

## Besonderheiten von Kindern drogenabhängiger Eltern

Im Unterschied zur Forschung bei Alkoholintoxikation und -abhängigkeit sind Studien zum Gewaltverhalten unter Drogeneinfluss seltener. Dies ergibt sich aus den ungleich schwierigeren Rahmenbedingungen aufgrund der Illegalisierung der meisten Substanzen. Konsum illegaler Drogen bzw. eine Abhängigkeit von illegalen Substanzen sind laut Studien mit Vernachlässigung, sexueller und körperlicher Gewalt gegenüber den Kindern verbunden [79, 98]. Jedoch gibt es kaum Studien zum Zusammenhang zwischen Drogenkonsum bzw. -abhängigkeit und familiärer Gewalt, die die differenziellen Effekte verschiedener Substanzen unterscheiden. Während einige wenige Studien einen Zusammenhang zwischen elterlichen Heroin- und Kokaingebrauch und Vernachlässigung und körperlicher Misshandlung der Kinder aufzeigen, ist die Datenlage insgesamt noch zu spärlich um klare Schlussfolgerungen zu ziehen (siehe [13]).

Dennoch sind einige Besonderheiten in Familien mit elterlichen Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit im Vergleich zu alkoholbelasteten Familien zu nennen. So erleben Kinder von drogenabhängigen Eltern weitaus häufiger eine Abhängigkeit nicht nur eines, sondern beider Elternteile [99], wodurch die negativen Effekte eines Elternteils nicht mehr durch einen gesunden Elternteil kompensiert werden können und dieser sogenannte „Buffering-Effect“ weit weniger häufig als bei alkoholbelasteten Familien vorkommt. Zu den Begleitumständen von drogenbelasteten Familien, welche die Kinder solcher Familien miterleben, zählen die typischen Bedingungen der Drogensubkultur, wie Beschaffungskriminalität, Prostitution und Strafverfolgung. Die vermehrt auftretenden justiziellen Probleme von drogenabhängigen Eltern und daraus resultierenden Inhaftierungen führen zu häufigeren Trennungen von den Kindern [75]. Insgesamt ist bei Kindern von drogenabhängigen Eltern zudem eine stärkere Isolation vom sozialen Umfeld zu beobachten, sowohl durch die Angst vor als auch der tatsächlich vorhanden gesellschaftlichen Stigmatisierung von drogenabhängigen Menschen.

### Hilfeangebote für suchtblastete Familien

Das sucht- und traumaspezifische Hilfesystem sind bisher zu wenig aufeinander abgestimmt, obwohl die Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Sucht, wie aufgezeigt, evident sind. Es ist von einer transgenerationalen Symptomatik mit erhöhten Risiken für beide Krankheitsbilder auszugehen dergestalt, dass traumatisierte Suchtkranke mit höherer Wahrscheinlichkeit wieder Kinder aufziehen, die zunächst schwere emotionale, physische oder sexuelle Traumata erleiden und späterhin öfter problematischen Substanzkonsum entwickeln, der sich zu einer Suchtstörung intensiviert. Diese bislang in Forschung und Praxis noch wenig realisierte Risikokonstellation sollte zur Entwicklung passgenauer, integrierter Präventions- und Therapieangebote führen. Insbesondere die durchaus in hoher Zahl vorliegenden Präventionsprogramme für die beiden Problembereiche sollten gemeinsame Schnittstellen entwickeln, durch die die Bearbeitung des jeweils komplementären Themas integriert wird.

### Ausblick

Die vorausgegangenen Ausführungen unterstreichen, wie wichtig eine Perspektivenerweiterung für Forschung und Praxis ist, um den Bedürfnissen und Problemen von betroffenen Kindern und Erwachsenen passgenauer und effektiver gerecht zu werden. Der oftmals zu beobachtende Teufelskreis zwischen Gewalterleben und -erleiden auf der einen Seite, späterem problematischen Substanzkonsum und konsekutiver Gewaltweitergabe oder Re-Viktimisierung sollte in den Fokus der Fachkräfte und Forscher rücken. Auch die subtileren Formen von Traumatisierung durch emotionalen Missbrauch sind in Zukunft stärker zu berücksichtigen und in entsprechenden Konzeptionen in Hinblick auf Kindeswohlgefährdung zu berücksichtigen. So kann eine dauerhafte Atmosphäre der Demütigung, Nicht-Akzeptanz, Unsicherheit, Instabilität und Angst die kindliche Entwicklung traumatisch und nachhaltig beeinflussen und auch zu späterem Substanzkonsum als Selbsterleichterung und -medikation führen. Zentral sind dabei auch Probleme der Emotionsregulation, insofern dass Kinder und Jugendliche im Kontext

elterlicher Suchtstörungen oft keine adäquate Selbstkontrolle und Selbststeuerung in diesem Bereich erlernen können.

Es ist evident, dass zur Optimierung der Ausgangssituation die immer noch vorherrschende Individualfixierung auf einen einzelnen betroffenen Kranken unzureichend ist und relevante Aspekte dauerhaft ausblendet und ignoriert. Insofern ist diese zu überwinden und durch transgenerationale, biopsychosoziale Perspektiven zu ersetzen. Die transgenerationalen Wiederholungs- und Intensivierungsrisiken sollten genauer mit biologisch-genetischen wie auch psychosozialen Paradigmen erforscht werden, um frühinterventive Strategien möglich und langfristig mit guter Evidenz praktikabel werden zu lassen. Dies erfordert eine enge Kooperation der Akteure in der Versorgung, insbesondere von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie sowie Jugend- und Suchthilfe. Ziel aller wissenschaftlichen und praktischen Bemühungen sollte die Verringerung der transgenerationalen Kreisläufe zwischen Trauma und Sucht und eine Verbesserung der psychischen Gesundheit betroffener oder – besser – noch nicht betroffener Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen sein.

### Autorinnen/Autoren



#### Nuri Wieland

Psychologin, M.Sc. Seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW.



#### Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein

Dipl.-Psychologe, Psych. Psychotherapeut (VT). Seit 1994 Professor für Klinische Psychologie und Suchtforschung an der Katholischen Hochschule NRW, Köln, Leiter des dortigen Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung.

### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- [1] Kury H, Obergfell-Fuchs J, Woessner G. The extent of family violence in Europe: A comparison of National Surveys. *Violence Against Women* 2004; 10: 749–769
- [2] Osofsky JD. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003; 6: 161–170
- [3] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245–258
- [4] Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 378–385

- [5] Elbert T, Schauer M. Epigenetic, neural and cognitive memories of traumatic stress and violence. In: Cooper S, Ratele K, (Hrsg.). *Psychology Serving Humanity: Proceedings of the 30th International Congress of Psychology*. Vol. 2: East Sussex/New York: Western Psychology, Psychology Press; 2014: 215–227
- [6] Wilker S, Pfeiffer A, Kolassa S et al. How to quantify exposure to traumatic stress? Reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma exposure in a post-conflict population. *Eur J Psychotraumatol* 2015; 6: 28306
- [7] Danese A, Baldwin JR. Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annu Rev Psychol* 2017; 68: 517–544
- [8] Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 18–28
- [9] Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 11: 109
- [10] Doidge JC, Higgins DJ, Delfabbro P et al. Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse Neglect* 2017; 64: 47–60
- [11] Schäfer I, Barnow S, Pawlis S. Substanzbezogene Störungen als Ursache und als Folge früher Gewalt. Grundlagen, Therapie und Prävention im BMBF-Forschungsverbund CANSAS. *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 35–43
- [12] Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 27–77
- [13] Choenni V, Hammink A, van de Mheen D. Association between substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized countries: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse* 2015; 18: 37–50
- [14] Iffland B, Braehler E, Neuner F et al. Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health* 2013; 13: 980
- [15] McGloin JM, Widom CS. Resilience among abused and neglected children grown up. *Dev Psychopathol* 2001; 13: 1021–1038
- [16] Patton GC, Coffey C, Lynskey MT et al. Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction* 2007; 102: 607–615
- [17] Hamburger ME, Leeb RT, Swahn MH. Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *J Stud Alcohol Drugs* 2008; 69: 291–295
- [18] Shin SH, Edwards EM, Heeren T. Child abuse and neglect: relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addict Behav* 2009; 34: 277–280
- [19] LeTendre ML, Reed MB. The Effect of Adverse Childhood Experience on Clinical Diagnosis of a Substance Use Disorder: Results of a Nationally Representative Study. *Subst Use Misuse* 2017; 52: 689–697
- [20] Cohen JR, Menon SV, Shorey R et al. The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child Abuse Negl* 2017; 63: 151–161
- [21] Carliner H, Keyes DM, McLaughlin KA et al. Childhood Trauma and Illicit Drug Use in Adolescence: A Population-Based National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 701–708
- [22] Mullen PE, Martin JL, Anderson JC et al. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721–732
- [23] MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1878–1883
- [24] Kendler KS, Buli CM, Silberg J et al. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An Epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 953–959
- [25] Schäfer I. Traumatisierung und Sucht. In: Seidler GH, Freyberger H, Maercker A. *Handbuch der Psychotraumatologie*. 2. überarb. und erweit. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2015: 263–272
- [26] Zenker C, Bammann K, Jahn I. Ursachen und Differenzierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. *Sucht aktuell* 2002; 2: 15–20
- [27] Schmid SA. Prävalenz sexuellen Kindesmissbrauchs bei Opiatabhängigen – Themenbezogene Grundlagen, Konzept, Durchführung und Ergebnisse eines Kontrollgruppenvergleichs. Berlin: VWB, Verlag für Wiss. und Bildung; 2000
- [28] Schäfer M, Schnack B, Soyka M. Sexueller und körperlicher Missbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000; 50: 38–50
- [29] Levitt JT, Cloitre M. A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTBS related to childhood abuse. *Cogn Behav Pract* 2005; 12: 40–52
- [30] Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 174–186
- [31] Passmann Carr C, Martins CMS, Stingel AM et al. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders. A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201: 1007–1020
- [32] Mills KL, Teeson M, Ross J et al. Trauma, PTBS, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 651–658
- [33] Bernstein DP, Stein JA, Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 1998; 23: 855–868
- [34] Ellason JW, Ross CA, Sainton K et al. Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bull Menninger Clin* 1996; 60: 39–51
- [35] Dragan M, Lis-Turlejska M. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addict Behav* 2007; 32: 902–911
- [36] Driessen M, Schulte S, Luedecke C et al. Trauma and PTBS in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32: 481–488
- [37] Reynolds M, Hinchliffe K, Asamoah V et al. Trauma and post-traumatic stress disorder in a drug treatment community service. *Psychiatric Bulletin* 2011; 35: 256–260
- [38] Schäfer I, Langeland W, Hissbach J et al. Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both - a multi-center study. *Drug Alcohol Depend* 2010; 109: 84–89
- [39] Reynolds G, Mezey M, Chapman M et al. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77: 251–258
- [40] Dom G, De Wilde B, Hulstijn W et al. Traumatic experiences and post-traumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Compr Psychiatry* 2007; 48: 178–185
- [41] Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 671–675

- [42] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–1060
- [43] Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM et al. Prevalence and axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 456–465
- [44] Roberts NP, Roberts PA, Jones N et al. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 38: 25–38
- [45] McCauley JL, Killeen T, Gros DF et al. Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clin Psychol* 2012; 19: 1–27
- [46] Ouimette P, Moos RH, Brown PJ. Substance use disorder-posttraumatic stress disorder comorbidity: A survey of treatments and proposed practice guidelines. In: Ouimette P, Brown PJ, Hrsg. *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. Washington DC: American Psychological Association; 2003: 91–110
- [47] Wolff S, Holl J, Stopsack M et al. Does Emotion Dysregulation Mediate the Relationship between Early Maltreatment and Later Substance Dependence? Findings of the CANSAS Study. *Eur Addict Res* 2016; 22: 292–300
- [48] Dutcher CD, Vujanovic AA, Paulus DJ et al. Childhood maltreatment severity and alcohol use in adult psychiatric inpatients: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 48: 42–50
- [49] Harlow LL, Newcomb MC, Bentler PM. Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation: lack of purpose in life as a meditational factor. *J Clin Psychol* 1986; 42: 5–21
- [50] Kaplan HB, Martin SS, Robbins C. Pathways to adolescent drug use: self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *J Health Soc Behav* 1984; 25: 270–289
- [51] Epstein JA, Griffin KW, Botvin GJ. Efficacy, self-derogation, and alcohol use among innercity adolescents: gender matters. *J Youth Adolesc* 2004; 33: 159–166
- [52] Schindler A, Thomasius R, Petersen K et al. Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attach Hum Dev* 2009; 11: 307–330
- [53] Crittenden PM, Claussen AH. Developmental psychopathology perspectives on substance abuse and relationship violence. In: Wekerle C, Wall A, (Hrsg.). *The violence and addiction equation*. New York: Brunner-Routledge; 2002: 44–63
- [54] Edalati H, Krank M. Childhood Maltreatment and Development of Substance Use Disorders: A Review and a Model of Cognitive Pathways. *Trauma Violence Abuse* 2015; 17: 454–467
- [55] Schäfer I, Teske L, Schulze-Thüsing J et al. Impact of childhood trauma on Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical (HPA) activity in alcohol dependent patients. *Eur Addict Res* 2010; 16: 108–114
- [56] Regier PS, Monge ZA, Franklin TR et al. Emotional, physical and sexual abuse are associated with a heightened limbic response to cocaine cues. *Addict Biol* 2017; 22: 1768–1777
- [57] Khantzian EF. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4: 231–244
- [58] Stewart SH, Conrod PJ, Samoluk SB et al. Posttraumatic stress disorder symptoms and situation-specific drinking in women substance abusers. *Alcohol Treat Q* 2000; 18: 31–47
- [59] Ouimette P, Coolhart D, Funderburk JS et al. Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addict Behav* 2007; 32: 1719–1727
- [60] Coffey SF, Stasiewicz PR, Hughes PM et al. Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychol Addict Behav* 2006; 20: 425–435
- [61] Ford J, Hawke S, Alessi D et al. Psychological trauma and PTBS symptoms as predictors of substance dependence treatment outcomes. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2417–2431
- [62] Lotzin A, Buth S, Hiller P et al. Wirksamkeit des Learning „how to ask“ Trainings zum Erfragen von Traumatisierungen in der ambulanten Suchthilfe – Eine Cluster-randomisierte kontrollierte Studie. *Suchttherapie* 2015; 16-S\_41\_04
- [63] van Dam D, Vedel E, Ehring T et al. Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 202–214
- [64] Brady KT, Dansky BS, Back SE et al. Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: preliminary findings. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21: 47–54
- [65] Triffleman E. Gender differences in a controlled pilot study of psychosocial treatments in substance dependent patients with posttraumatic stress disorder: Design considerations and outcomes. *Alcohol Treat Q* 2000; 18: 113–126
- [66] Donovan B, Padin-Rivera E, Kowaliv S. „Transcend“: Initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program. *J Trauma Stress* 2001; 14: 757–772
- [67] Ruglass LM, Lopez-Castro T, Papini S et al. Concurrent Treatment with Prolonged Exposure for Co-Occurring Full or Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 150–161
- [68] Najavits LM. Ein Therapieprogramm für Posttraumatische Belastungsstörungen und Sucht – Sicherheit finden. Dt. Übersetzung von Schäfer I, Stubenvoll M, Dilling A. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2009
- [69] Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD. Seeking Safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *J Behav Health Serv Res* 2006; 33: 453–463
- [70] Hien DA, Cohen LR, Miele GM et al. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1426–1432
- [71] Klein M, Moesgen D, Bröning S et al. Kinder aus suchtblasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm. Göttingen: Hogrefe; 2013
- [72] Robert Koch Institut., (Hrsg.). *Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien*. Robert Koch Institut; Berlin: 2016
- [73] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) *Drugs and Vulnerable Groups of Young People. Selected Issue*. Lissabon: EMCDDA; 2008
- [74] NACOA Deutschland. *Kinder aus suchtblasteten Familien. Hilfen zur Unterstützung in Kindertagesstätte und Grundschule*. Berlin: NACOA; 2006
- [75] Klein M, Dyba J, Moesgen D. *Crystal meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2016
- [76] Hogan DM. The impact of opiate dependence on parenting processes: Contextual, physiological and psychological factors. *Addict Res Theory* 2007; 15: 617–635
- [77] Petermann F, Petermann U. *Erziehungskompetenz. Kindheit und Entwicklung* 2006; 15: 1–8

- [78] Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al. Growing up with parental alcohol abuse: Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 1627–1640
- [79] Onigu-Otite EC, Belcher HME. Maternal drug abuse history, maltreatment, and functioning in a clinical sample of urban children. *Child Abuse Negl* 2012; 36: 491–497
- [80] Sprang G, Clark JJ, Bass S. Factors that contribute to child maltreatment severity: a multi-method and multidimensional investigation. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 335–350
- [81] Wekerle C, Wall A-M, Leung E et al. Cumulative stress and substantiated maltreatment: The importance of caregiver vulnerability and adult partner violence. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 427–443
- [82] Hussong AM, Flora DB, Curran PJ et al. Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. *Develop Psychopathol* 2008; 20: 165–193
- [83] Wekerle C, Miller AL, Wolfe DA et al. Childhood maltreatment. Ashland, OH: Hogrefe & Huber; 2006
- [84] Templeton L, Velleman R, Hardy E et al. Young People living with parental alcohol misuse and parental violence: „No-one has ever asked me how I feel in any of this“. *J Subst Use* 2009; 14: 139–150
- [85] Zobel M. Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe; 2000
- [86] Kelley ML, French A, Bountress K et al. Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addict Behav* 2007; 32: 675–685
- [87] Barnow S, Lucht M, Freyberger HJ. Psychosocial risk factors for alcohol problems among adolescents: results of the family-based study „Children of alcoholics in Pomerania“. *Nervenarzt* 2002; 73: 671–679
- [88] Yampolskaya S, Banks SM. An assessment of the extent of child maltreatment using administrative databases. *Assessment* 2006; 13: 342–355
- [89] Olszewski D, Burkhart G, Bo A. Children’s voices. Experiences and perceptions of European children on drug and alcohol issues. Lissabon: EMCDDA; 2010
- [90] Jones DC, Houts R. Parental drinking, parent-child communication, and social skills in young adults. *J Stud Alcohol* 1992; 53: 48–56
- [91] Klein M, Zobel M. Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Familien – Ergebnisse einer Modellstudie. In: Zobel M, Hrsg. Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001: 90–104
- [92] Klein M, Ferrari T, Kürschner K. Kinder unbehandelter suchtkrankter Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Bonn, Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung; 2003 (im Internet veröffentlicht unter: [www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F305.PDF](http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F305.PDF))
- [93] Miller BA, Maguin E, Downs WR. Alcohol, drugs, and violence in children’s lives. In: Galanter M, Hrsg. Recent developments in alcoholism. Vol. 13. Alcoholism and violence. New York, NY: Plenum Press; 1997: 357–385
- [94] Leonard KE, Roberts LJ. The effects of alcohol on the marital interactions of aggressive and nonaggressive husbands and their wives. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 602–615
- [95] Miller MM, Potter-Efron RT. Aggression and Violence Associated with Substance Abuse. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 1990; 3: 1–35
- [96] Jewkes R. Intimate partner violence: Causes and prevention. *Lancet* 2002; 359: 1423–1429
- [97] Chermack ST, Giancola PR. The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clin Psychol Rev* 1998; 17: 621–649
- [98] Lewin L, Abdrbo A. Mothers with self-reported axis I diagnoses and child protection. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23: 200–209
- [99] Klein M. Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein M, Hrsg. Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer; 2008: 114–127