

# Trauma und Sucht

## COROMA & SSAM 2021

Dr. Jan Conradi (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen)

- Traumatische Lebensereignisse und Traumafolgestörungen
- PTBS: Definition und Epidemiologie
- Dualdiagnose:  
Traumafolgestörung (PTBS)  
& Abhängigkeitserkrankung
- Diagnostik bei PTBS und F1
- Therapeutische Ansätze  
bei PTBS & F1



# Traumatische Ereignisse und Traumafolgestörungen

## Was sind Traumafolgestörungen?

# Traumafolgestörungen



## ICD-10 - Trauma- und Stress-Störungen:

### F43

- Akute Belastungsreaktion (F43.0)
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS – F43.1)
- Anpassungsstörungen (F43.2)

### F44.8

- Dissoziative Identitätsstörung

### F62.0

- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

### F94

- Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters / mit Enthemmung

# Traumafolgestörungen



## Stress-assoziierte Störungen (6B4) im ICD-11:

- **Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)**
- **Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)**
- **Verlängerte Trauerreaktion (6B42)**
- **Anpassungsstörung (6B43)**

## Dissoziative Störungen

- **Dissoziativ-neurologische Symptomstörungen (6B60)**
- **Dissoziative Amnesie (6B61)**
- **Dissoziative Identitätsstörung (6B64)**
- **Partielle dissoziative Identitätsstörung (6B65)**
- **Depersonalisations-Derealisationsstörung (6B66)**

# Traumatische Ereignisse und Traumafolgestörungen

## Was sind traumatische Lebensereignisse?

# Definition Trauma ICD-10

## Definition ICD-10

- Trauma: von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmass, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde
- Die Person ist selbst direkt von dem Ereignis betroffen

# Definition Trauma DSM-V

## Definition DSM-V:

Trauma:

Die Person war mit einem der folgenden Ereignissen konfrontiert:

Tod, tödlicher Bedrohung, schwerer Verletzung, angedrohter schwerer Verletzung, sexueller Gewalt, angedrohter sexueller Gewalt, und zwar in einer der nachfolgenden Weisen (mindestens eine):

- Direkt ausgesetzt
- Als Augenzeuge
- Indirekt; erfahren, dass ein naher Verwandter oder ein Freund einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war. Wenn dieses Ereignis ein Todesfall oder eine tödliche Bedrohung war, dann musste dieser bzw. diese die Folge von Gewalt oder eines Unfalles gewesen sein.
- Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen (z. B. als Ersthelfer, Polizist ...). Konfrontation durch elektronische Medien erfüllt das Kriterium nur, wenn diese berufsbedingt ist.

# Definition Trauma ICD-11

## Trauma-Definition ICD11:

**ICD-11 PTBS: Ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen.**

Ein wesentlicher neuer Aspekt ist, dass auch Menschen, die nicht unmittelbar selber bedroht worden sind, auch posttraumatische Störungen erleiden können (Polizei, Rettungsdienst, Lokomotivführer, u.a.).

**ICD-11 Komplexe PTBS:** Ein extrem bedrohliches oder entsetzliches Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen, **meistens längerdauernde oder wiederholte Ereignisse, bei denen Flucht schwierig oder unmöglich war** (z.B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).

# Epidemiologie Traumafolgestörung



**LZ-prävalenz PTBS** in Allgemeinbevölkerung (in CH):

ca. **1,5 – 3%**

Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder dtl. höher

Hohe Chronifizierungsneigung

# Traumatische Ereignisse und Traumafolgestörungen

## Wer entwickelt eine Traumafolgestörung?

# Traumatische Ereignisse und Traumafolgestörungen

## Risikofaktoren für Entwicklung PTBS: Trauma-, Personen-, Umweltfaktoren

### Traumafaktoren:

- Art (z.B. physische, psychische oder sexualisierte Gewalt, Unfall etc.)
- Schweregrad
- Dauer
- Häufigkeit
- “man made“ (**intentional?**) vs Naturkatastrophe

### Personenfaktoren:

- Niedriges/Hohes Lebensalter
- Anzahl und Art Traumata (ACE) in der Vorgeschichte (Familie/transgenerational)
- Sozio-ökonomischer Status & Bildungsgrad
- Psychiatrische Vorerkrankungen
- Geschlecht (weiblich)
- Dissoziation
- Genetische Faktoren

Freyberger, Widder 2010

# Traumatische Ereignisse und Traumafolgestörungen



## Risikofaktoren für Entwicklung PTBS:

### Umweltfaktoren:

- Einbettung und Art des sozialen Umfeldes
- Reaktion / Unterstützung des Umfeldes
- Gesellschaftliche Anerkennung
- Zeitnahe weitere traumatische oder andere belastende Ereignisse (z.B. Scheidung, Jobverlust etc.)

Freyberger, Widder 2010

# Epidemiologie Traumafolgestörung



PTBS nach Traumatischem Erlebnis:

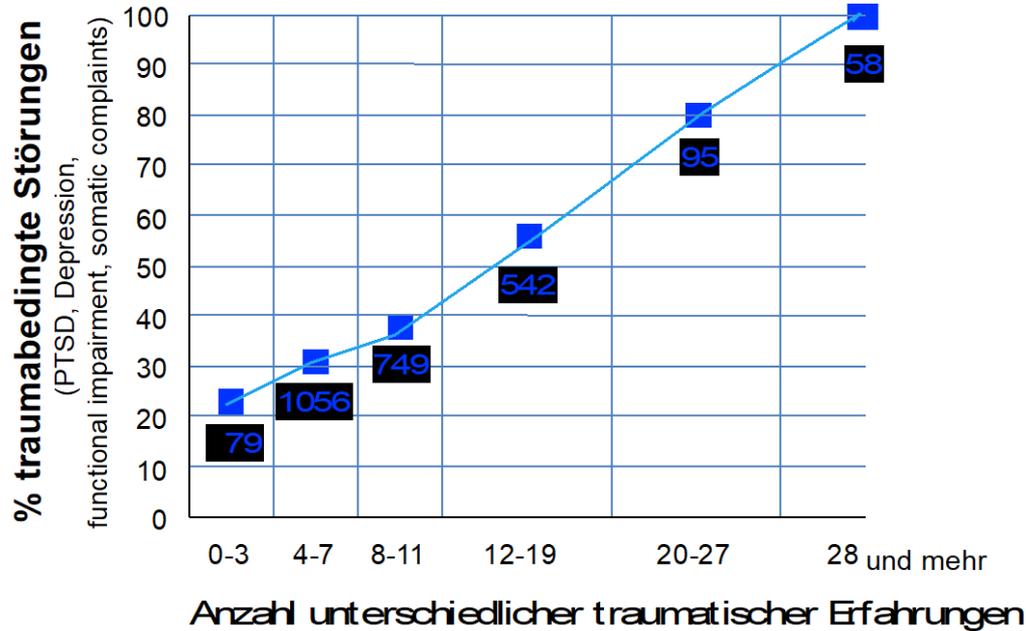
- ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- ca. 35% Misshandlungen in der Kindheit
- ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Maercker et al 2003

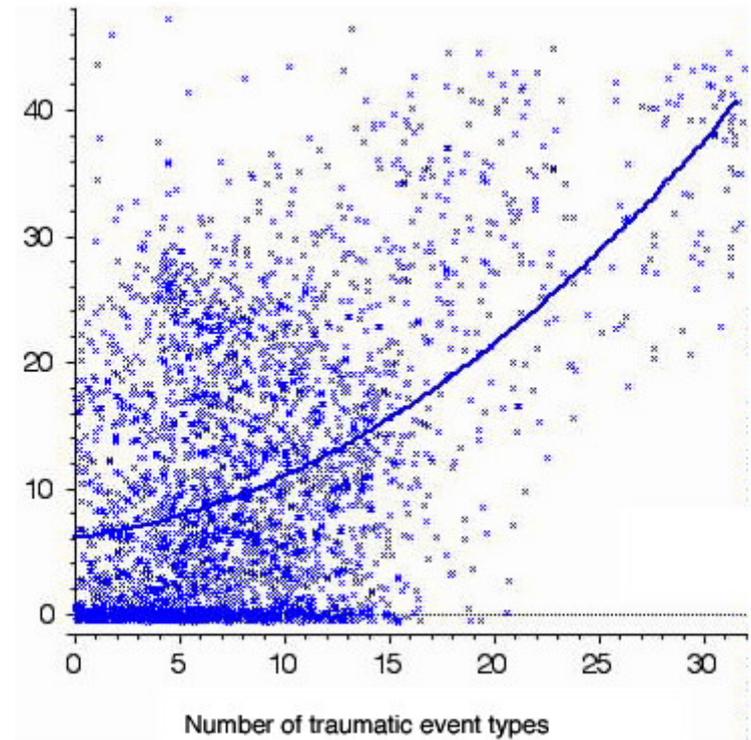
## Besonderheiten Traumagedächtnis:

- Bestimmte Aspekte werden überstark wahrgenommen und verarbeitet (z.B. Gerüche, Geräusche etc.), quasi in das Gedächtnis „eingebrannt“
- andere Informationen (z.B. zu Raum und Zeit) werden kaum wahrgenommen
- Erinnerungen an das Trauma können häufig nicht eindeutig in Raum und Zeit eingeordnet werden, sondern liegen isoliert neben anderen Erinnerungen vor
- Gefühl, dass die Bedrohung gegenwärtig weiter besteht („**desintegriertes Traumagedächtnis**“)

# Building Block



Neuner, Schauer, Elbert, et al., BMC Psychiatry, 2004



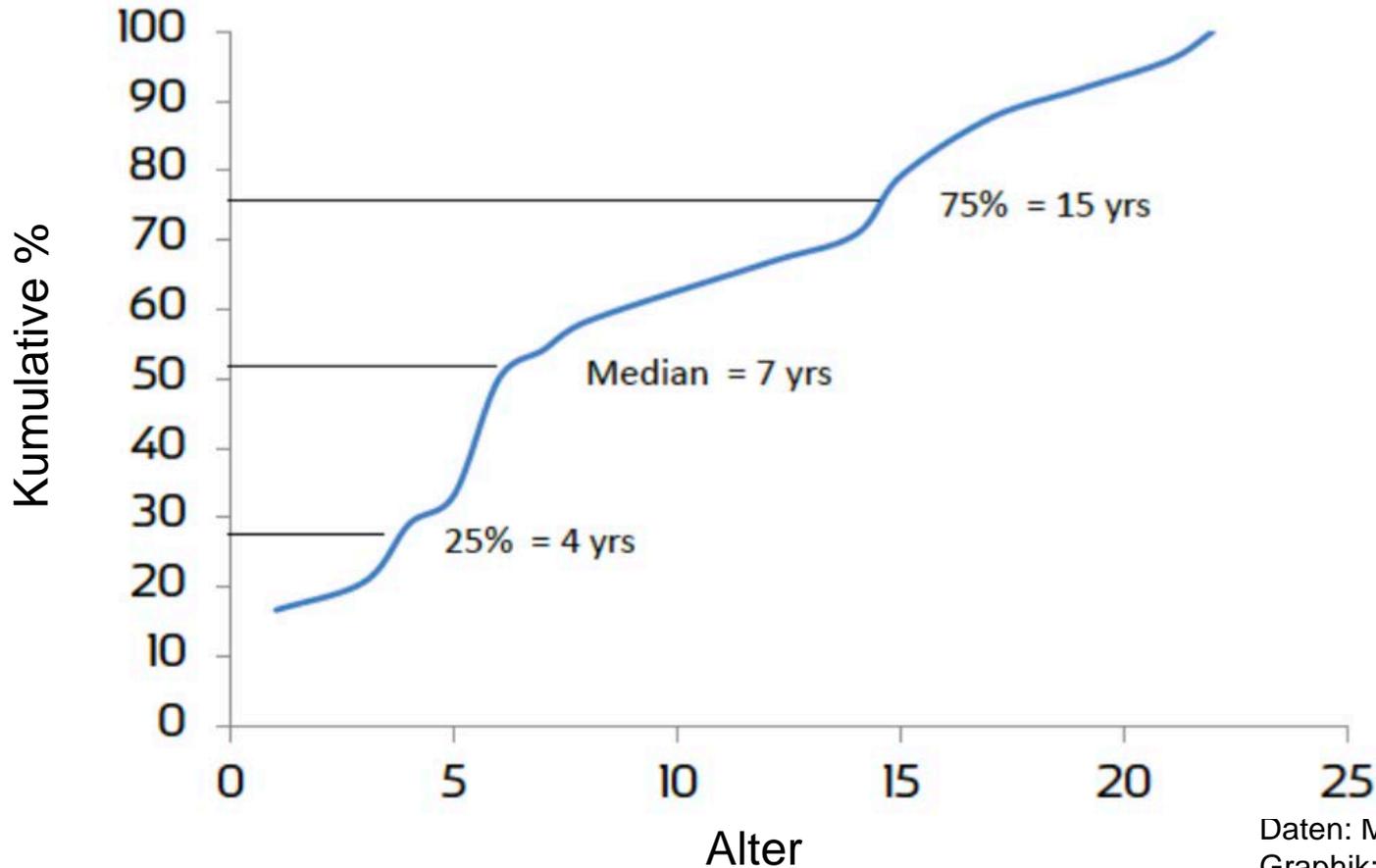
# Dualdiagnose F1 & PTBS

## Lebenserwartung nach ACE:

- 0 ACE: 80 Jahre
- 6+ ACE: Lebenserwartung 60 Jahre

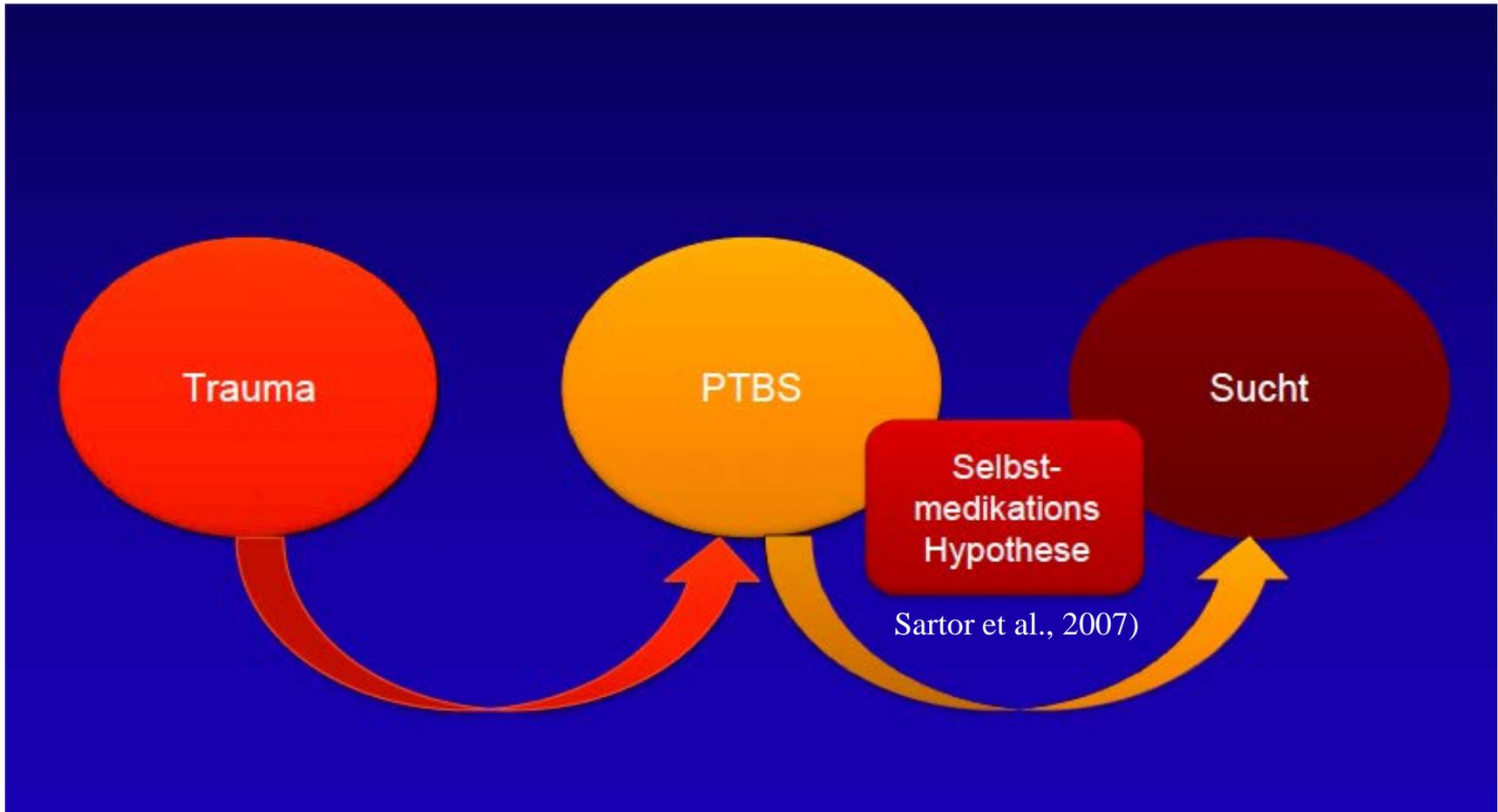
ACE-Studie CDC 1998

## Alter bei Trauma (SUD-Pat.)

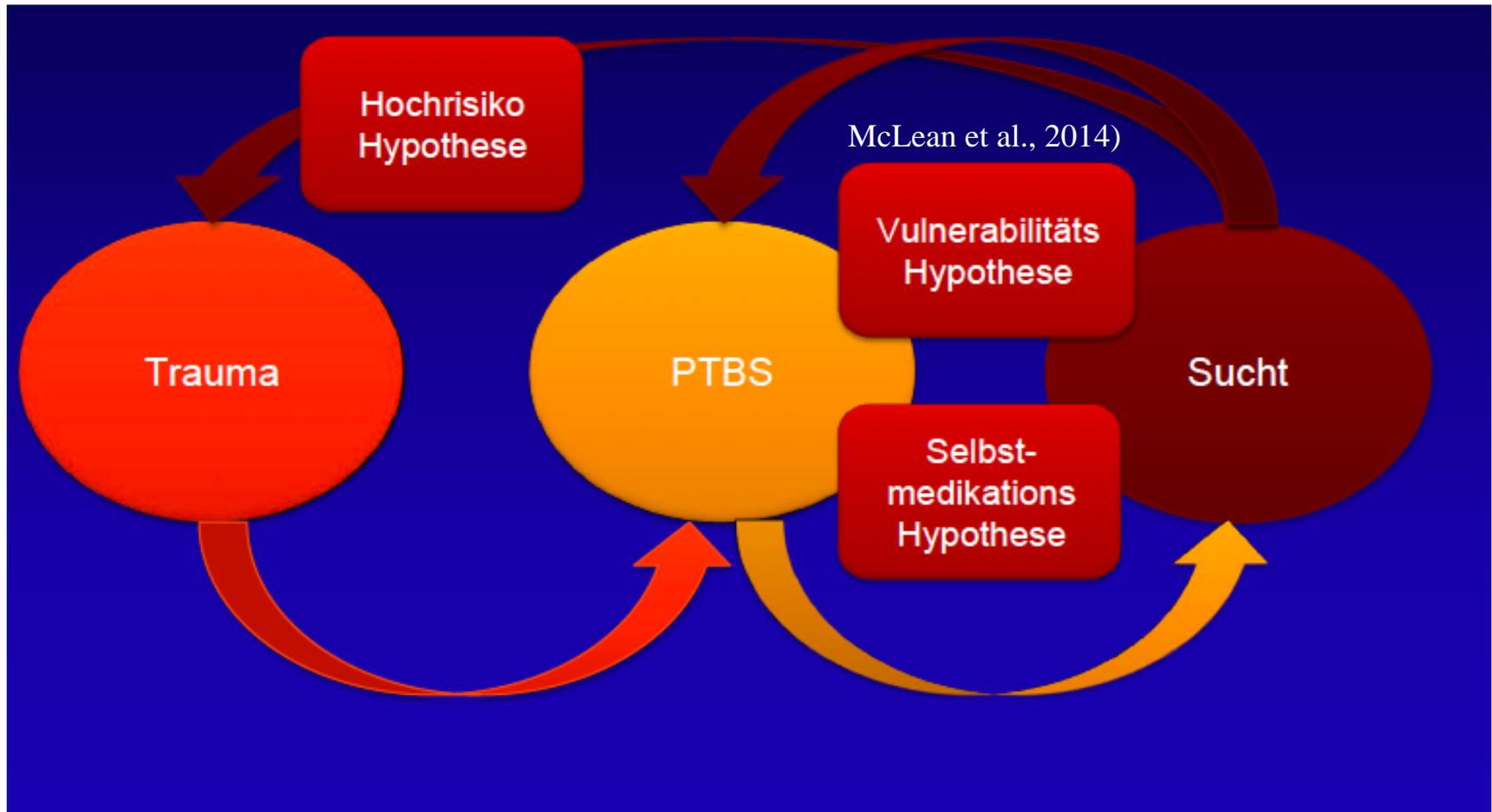


Daten: Mills et al 2012, JAMA  
Graphik: B. Kleim

# Zusammenhang Trauma, PTBS und Sucht



# Zusammenhang Trauma, PTBS und Sucht



„Die Gefechte waren vorbei, aber die Soldaten kämpften noch immer. Erinnerungen, Alpträume und Depressionen quälten sie. Einige sprachen undeutlich. Andere konnten sich nicht konzentrieren. Nervös und heimgesucht rangen die Soldaten mit den Erinnerungen des Krieges.“

Keilschrifttafeln aus Mesopotamien vor 3.000 Jahren

## 1. Weltkrieg:

Granatschock, Kriegszitterer, Kriegsneurose

## 2. Weltkrieg:

Fast 1,4 Millionen der 16,1 Millionen amerikanischen Soldaten, die im Zweiten Weltkrieg dienten, wurden während des Krieges wegen Kriegsneurosen behandelt

## Post Vietnam Syndrome

Seit 1980 Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ in 3. Ausgabe DSM. Seit 1992 in ICD der WHO

## Trauma and Recovery

Judith Herman, Erstausgabe 1992, bringt das Thema sexuelle und häusliche Gewalt in den Fokus

- Traumatische Lebensereignisse und Traumafolgestörungen
- **PTBS: Definition und Epidemiologie**
- Dualdiagnose: Traumafolgestörung (PTBS) & Abhängigkeitserkrankung
- Diagnostik bei PTBS und F1
- Therapeutische Ansätze bei PTBS & F1



# PTBS nach DSM-V

- A. Traumatisches Ereignis
- B. Wiedererleben
- C. Vermeiden
- D. Negative Veränderungen von Gedanken und Stimmung
- E. Veränderung in Erregung und Reaktionsfähigkeit
- F. Dauer: Das Störungsbild (alle Symptome in B, C, D und E) dauert länger als einen Monat.
- G. Funktionelle Bedeutsamkeit: Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Nach Exposition mit einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen.

Charakterisiert durch:

- 1) **Wiedererleben des traumatischen Ereignisses** in der Gegenwart in Form von lebhaften intrusiven Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen. Typischerweise verbunden mit starken und überflutenden Emotionen wie Angst oder Horror und starken körperlichen Empfindungen, oder Gefühlen von Überflutung oder Versunkensein mit den gleichen intensiven Emotionen wie während des traumatischen Ereignisses.
- 2) **Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen** an das Ereignis, oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Menschen in Verbindung mit dem Ereignis oder den Ereignissen.

Charakterisiert durch:

- 3) **Persistierende Wahrnehmung erhöhter gegenwärtiger Gefahr**, zum Beispiel mit Hypervigilanz oder verstärkter Schreckhaftigkeit auf Reize wie unerwartete Geräusche.

Die Symptome müssen mindestens über mehrere Wochen auftreten und wesentliche Einbussen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten (persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit oder andere).

## Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung ist eine Störung, die nach der Exposition mit einem oder mehreren Ereignissen auftreten kann, die extrem bedrohlich oder entsetzlich waren, meistens längerdauernde oder wiederholte Ereignisse, bei denen Flucht schwierig oder unmöglich war (z.B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch).

Die Störung ist charakterisiert durch die Kernsymptome der PTBS; alle diagnostischen Bedingungen für eine PTBS waren im Verlauf der Störung einmal erfüllt.

Zusätzlich ist die kPTBS charakterisiert durch:

## Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41)

Zusätzlich ist die kPTBS charakterisiert durch:

- 1) Schwere und tiefgreifende Probleme der **Affektregulation**
- 2) Andauernde **Ansichten über sich selber als vermindert**, unterlegen oder wertlos, verbunden mit schweren und tiefgreifenden **Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen** in Verbindung mit dem traumatischen Ereignis
- 3) Andauernde **Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen** oder im Gefühl der Nähe zu anderen

Die Symptome müssen mindestens über mehrere Wochen auftreten und wesentliche Einbussen in verschiedenen Lebensbereichen beinhalten (persönlich, Familie, Soziales, Ausbildung, Arbeit, oder andere)

- Traumatische Lebensereignisse und Traumafolgestörungen
- PTBS: Definition und Epidemiologie
- **Dualdiagnose:  
Traumafolgestörung (PTBS)  
& Abhängigkeitserkrankung**
- Diagnostik bei PTBS und F1
- Therapeutische Ansätze bei PTBS & F1



# Epidemiologie: Komorbidität bei PTBS

Komorbidität:

- Männer 88%
- Frauen 78%

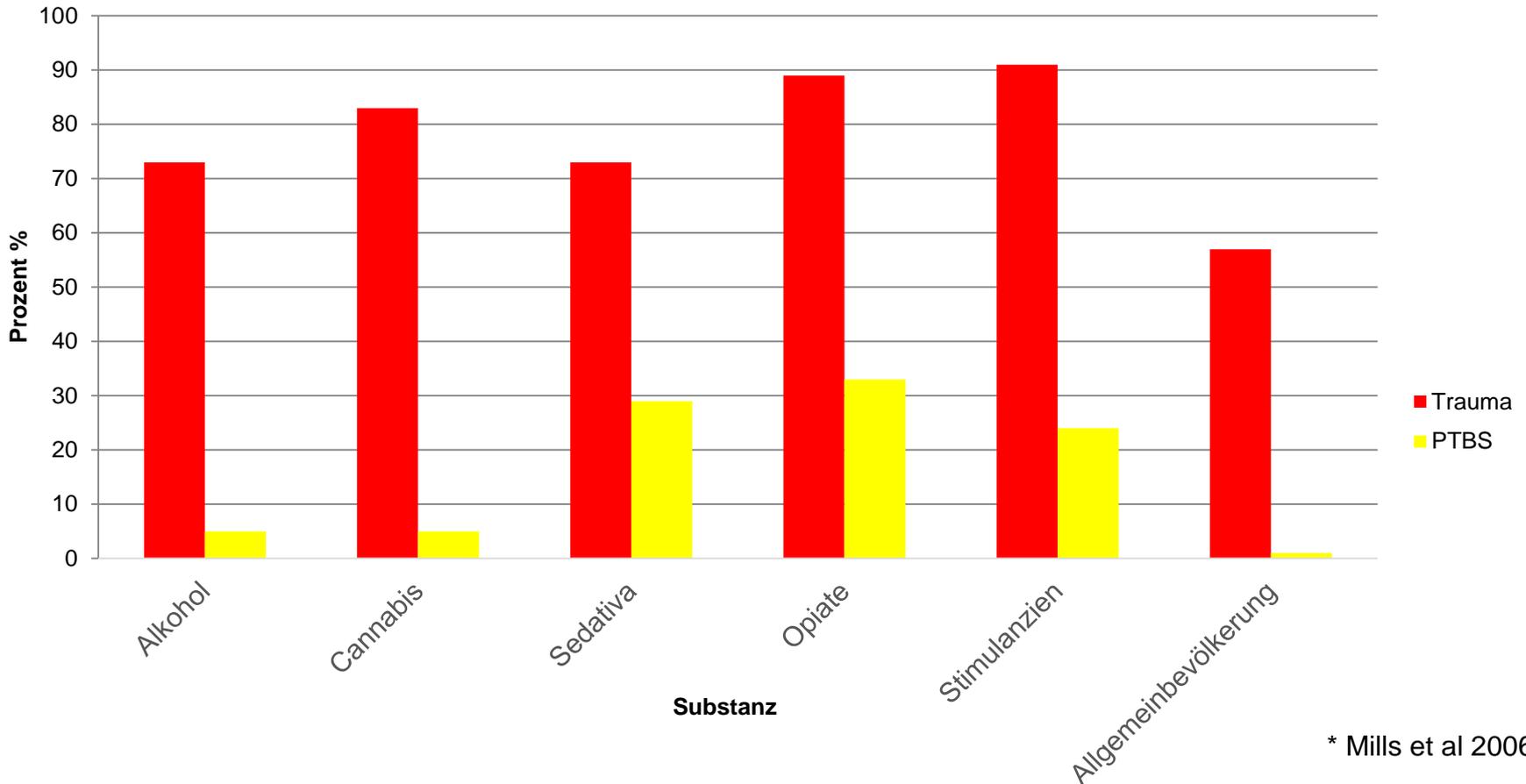
Major Depression	> 50%
Substanzmissbrauch	♂ 50%; ♀ 33%
Chron Sz. & somatoforme Störungen	37-80%
Somatische Erkrankungen	Dtl. erhöht
Suizidhäufigkeit	15x Normalbevölkerung
Angststörungen	> 33%

## Epidemiologie Sucht und Trauma:

Suchtpatienten haben sehr häufig Traumaerfahrungen:

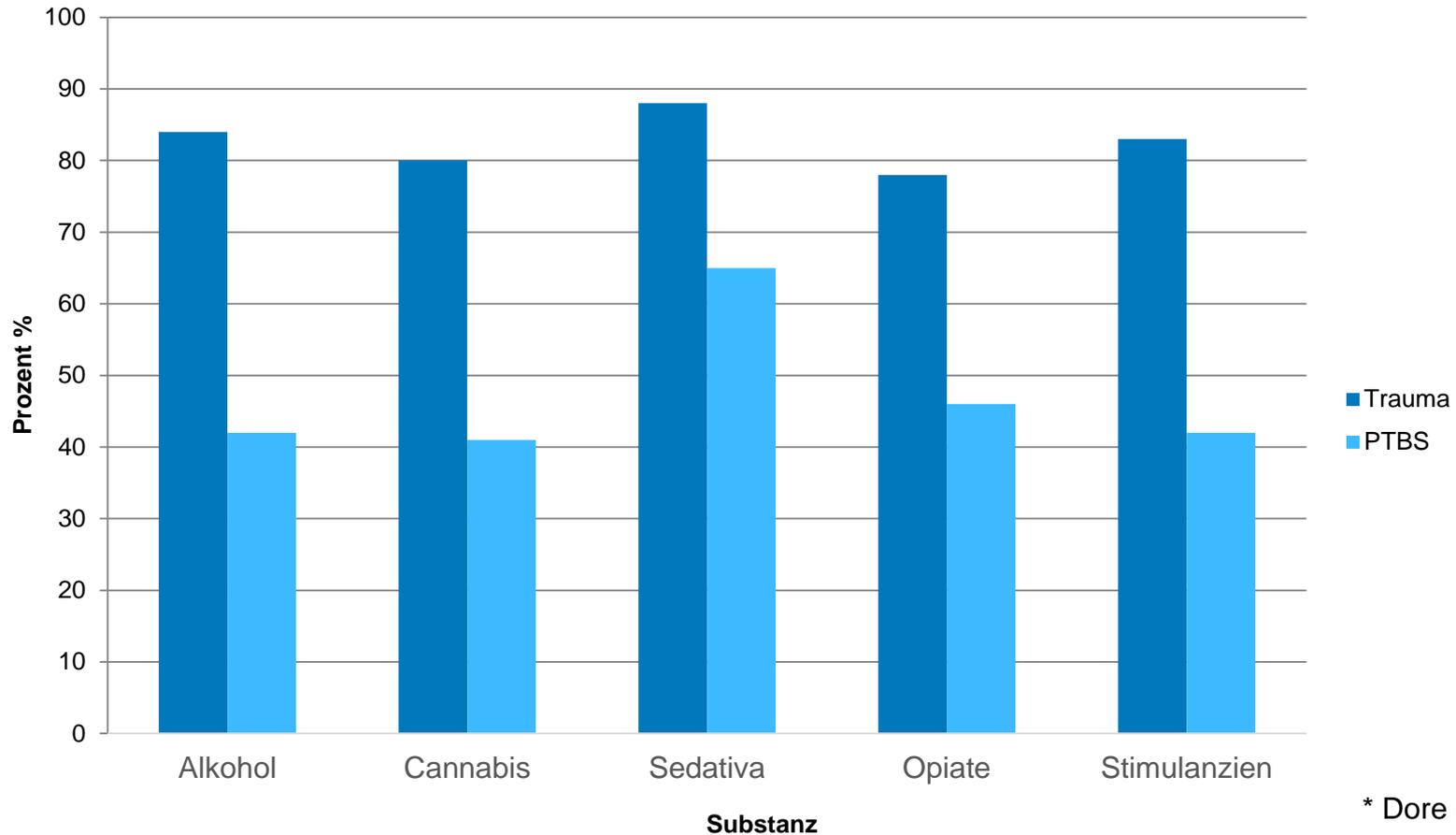
- Prävalenz **PTBS bei stationären Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen zwischen 25-51%** (Ouimette et al., 2005; Reynolds et al., 2005; Kok et al., 2012)
- Trauma sind **schwerwiegender** als in Normalbevölkerung (Khoury et al., 2010)
- Häufigere **Therapieabbrüche** (Hien & Levin, 1994; Thompson & Kingree, 1998)
- Häufiger **Suizidversuche** und Intoxikationen (Mills et al., 2005, *Drug and Alc Dep*)
- Häufiger weitere psych. und som. Erkrankungen (Mills et al., 2005, *Drug and Alc Dep*)

## Exposition Trauma und Prävalenz PTSD in Allgemeinbevölkerung und Patienten mit SUD



\* Mills et al 2006

## Prävalenz Trauma und PTBS bei F1-Patienten in Behandlung \*



\* Dore et al 2012

- Traumatische Lebensereignisse und Traumafolgestörungen
- PTBS: Definition und Epidemiologie
- Dualdiagnose:  
Traumafolgestörung (PTBS)  
& Abhängigkeitserkrankung
- Diagnostik bei PTBS und F1
- Therapeutische Ansätze  
bei PTBS & F1



# Diagnostik

Schwierigkeiten bei der Diagnostik Dualdiagnose PTBS & F1:

- früher Zeitpunkt/Beginn der Traumatisierung (broken home)
- Häufiger komplexe Traumafolgestörung
- Weitere komorbide (evtl. konfundierende) Störungen häufig
- Substanzkonsum kann PTBS Symptome überdecken oder akzentuieren
- Traumatisierung unter Substanzkonsum erschwert Erinnerung. Scham- und Schuldgefühl oft sehr gross („selber Schuld“)
- Scham und Vermeidung seitens Behandlers



# Diagnostik PTBS

## Diagnostik

### Screening (PUK):

- Aktives Erfragen von Adverse Childhood Experiences (**ACE**)/ Adverse life events (**ALE**) bei Erstanamnese

### Wenn bejaht und Zustimmung für weitere Diagnostik:

- Childhood Trauma Questionnaire (**CTQ**)
- Life Events Checklist for DSM-V (**LEC-5**)
- Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-V (**PCL-5**)
- Ggf. International Trauma Questionnaire (**ITQ**)



# Diagnostik PTBS

## Diagnostik

Verifizierung (PUK):

- Clinician Administered PTSD Scale (**CAPS-V**)
- Kriterien klinisch nach **DSM-V / ICD-11**



# Diagnostik PTBS



## Clinician Administered PTSD Scale (**CAPS-V**)

- „Goldstandard“
- 45-60 min
- Gut für Verlaufsbeurteilung und Beurteilung Therapieerfolg
- Gute Erfassung der Symptomausprägung, somit gut für Therapievorbereitung

# Diagnostik PTBS: Feasibility

Ist Trauma-Diagnostik bei belasteten Patienten sinnvoll?

- PTSD-Diagnostik ist machbar und auch bei belasteten Pat. vertretbar wenn von Pat. gewünscht und gut begleitet ✓

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

- Immer ✓
- Ausnahmen:
  - Fortlaufende Traumatisierung
  - Suizidale Krise
  - Von Pat. nicht gewünscht
  - Akutsituationen wie akuter Entzug, Intox etc.

# Early Screening for Posttraumatic Stress Disorder in Inpatient Detoxification and Motivation Treatment: Results and Consequences

Margit G. Proescholdt<sup>a</sup> Sandra E. Müller<sup>a</sup> Marc Vogel<sup>a</sup> Undine Lang<sup>a</sup>  
Gerhard A. Wiesbeck<sup>a</sup> Wilhelm Breit<sup>b</sup> Andreas Linde<sup>b</sup> Marc Walter<sup>a</sup>  
Michael Odenwald<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup>University of Basel, Psychiatric Hospital, Basel, Switzerland; <sup>b</sup>Psychiatric Services Aargau, Brugg, Switzerland;  
<sup>c</sup>Department of Psychology, University of Konstanz, Konstanz, Germany; <sup>d</sup>Vivo International e.V., Konstanz, Germany

## Keywords

PTDS · Substance use disorders · Subsyndromal PTSD · Trauma · Inpatient detoxification treatment

## Abstract

**Aims:** Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a significant comorbidity in substance use disorders (SUDs). While most studies have addressed trauma/PTSD in abstinent patients, little is known about trauma/PTSD in early detoxification treatment. The current study therefore addresses the systematic evaluation of trauma/PTSD in early inpatient detoxification. **Methods:** A cross-sectional survey was accomplished in three German-speaking clinics ( $n = 134$ ) specialized in inpatient detoxification and motivation treatment. All measures are based on self-report using trauma-specific questionnaires and measures for general psychopathological burden. **Results:** Participation rate was 60.1% and patients did not show clinically obvious psychological distress during or after assessment. DSM-IV traumatic events were reported by 66.4%. Of the total sample, 38.1% screened positive for PTSD, and 14.9% screened positive for subsyndromal PTSD. PTSD patients reported significantly more child-

hood adversities and significantly higher scores in depression and general psychopathology compared to subsyndromal PTSD and SUD-only patients. **Conclusions:** Early and systematic evaluation of PTSD in SUD inpatient detoxification treatment is largely safe and yields important information for individual treatment. The high PTSD-rate and the high symptom load in SUD patients during inpatient detoxification treatment highlight the need for a more stringent address of trauma/PTSD in early SUD treatment.

© 2018 S. Karger AG, Basel

## Introduction

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a significant comorbidity in patients with alcohol and substance use disorders (SUDs) with high prevalence rates ranging from 15 to 41% for current and 26 to 52% for lifetime PTSD in clinical SUD samples [1].

Patients with SUDs and comorbid PTSD are clinically more severely affected, have higher rates of other comorbid mental disorders, more medical, psychosocial and interpersonal problems and worse treatment-outcomes

- Traumatische Lebensereignisse und Traumafolgestörungen
- PTBS: Definition und Epidemiologie
- Dualdiagnose:  
Traumafolgestörung (PTBS)  
& Abhängigkeitserkrankung
- Diagnostik bei PTBS und F1
- **Therapeutische Ansätze  
bei PTBS & F1**



# S3-Leitlinien DeGPT

5	<p>Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Behandlung erster Wahl die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt.</p> <p>LoE: 1a Abstimmungsergebnis: 27/27 (100%)</p>	A
6	<p>Eine traumafokussierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden.</p> <p>LoE: Nicht anwendbar Abstimmungsergebnis: 24/24 (100%)</p>	KKP
7	<p>Ergänzend zu traumafokussierten Interventionen sollen weitere Problem- und Symptombereiche abgeklärt und in der Behandlung berücksichtigt werden wie z.B. das Risiko weiterer Viktimisierung bei Opfern von Gewalt, Trauerprozesse, soziale Neuorientierung, Neubewertung, Selbstwertstabilisierung.</p> <p>LoE: nicht anwendbar Abstimmungsergebnis: 25/27 (92%)</p>	KKP
8	<p>Eine Psychopharmakotherapie soll weder als alleinige noch als primäre Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden.</p> <p>LoE: 1a- Abstimmungsergebnis: 21/24 (87%)</p>	A

- *Sequentiell:*  
Zuerst Suchtbehandlung oder zuerst Traumatherapie  
Problem: Ansätze oft nicht ausreichend, Klienten fallen „durchs Netz“
- *Parallel:*  
Behandlung beider Bereiche durch verschiedene Therapeuten, die jeweils auf einen Bereich spezialisiert sind  
Problem: Koordination, Komplexität
- *Integrativ:*  
Sucht- und Traumabehandlung durch einen Therapeuten  
Problem: Hohe fachliche Kompetenz vorausgesetzt,  
Entscheidung für eine therapeutische Herangehensweise

## Stützende Verfahren vs konfrontative Verfahren

Beispiel stützende Verfahren:

- **Seeking Safety** (L. Najavits): Integrierte Behandlung von Substanzmissbrauch und Traumafolgen
- **STAIR-NT** (M. Cloitre): Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation
- **DBT-PTSD** (M. Linehan): Dialektisch-Behaviorale Therapie

## Konfrontative Verfahren (Auswahl)

- **STAIR-NT** (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) Narrative Therapy) – **Marylène Cloitre**
- **Cognitive Therapy for PTSD** – **Anke Ehlers**
- **NET** (Narrative Exposure Therapy) – **Th. Elbert, M. Schauer, F. Neunert**
- **PE** (Prolonged Exposure Therapy) – **Edna B. Foa**
- **BEPP** (Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD) – **Berthold Gersons**
- **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – **Francine Shapiro**
- **CPT** (Cognitive Processing Therapy) – **Patricia Resick**

## Übersicht: Konfrontative Verfahren: Gemeinsamkeiten (Schnyder et al., 2015)

- Psychoedukation
- Bewältigungsstrategien und Fertigkeiten der Emotionsregulation
- Imaginative Exposition
- Kognitive Verarbeitung, Restrukturierung und/oder Bedeutungsgebung
- Emotionsbearbeitung
- Reorganisation der Erinnerung

# Sicherheit finden (Seeking Safety) – integrative und niederschwellige Behandlungsoption bei PTBS und Sucht

- Geeignet insbesondere bei komplex traumatisierten Patienten, bei denen stabile Abstinenz über längeren Zeitraum nicht immer erreichbar ist
- Fokus auf stabilisierenden Interventionen; Gegenwarts- und zukunftsorientiert; keine Exposition
- Evidenzbasiert
- Flexibel bezüglich Setting (Ambulant vs Stationär, Gruppe vs Einzel, alle Trauma- und Substanztypen etc.)

# Wichtige Ziele von 'Sicherheit finden'

- Bewältigung von und Umgang mit posttraumatischen Symptomen (z.B. Flashbacks und Dissoziation)
- Beendigung oder Reduktion des Substanzkonsums
- Bessere Selbstfürsorge
- Stärkung von Kontakten zu verlässlichen, unterstützenden Personen
- Befreiung aus häuslicher Gewalt oder Missbrauch
- Beendigung von selbstschädigendem Verhalten

# Wichtige Prinzipien von 'Sicherheit finden'

- „Sicherheit“ als das übergeordnete Ziel
- Integrierte Behandlung von Substanzmissbrauch und anderen Traumafolgen
- Vier Bereiche: Kognitionen, Verhalten, interpersonelle Aspekte und Case Management
- Starke Berücksichtigung der therapeutischen Haltung

## Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans



Sudie E. Back<sup>a,b,\*</sup>, Therese Killeen<sup>a</sup>, Christal L. Badour<sup>c</sup>, Julianne C. Flanagan<sup>a</sup>, Nicholas P. Allan<sup>d</sup>, Elizabeth Santa Ana<sup>a,b</sup>, Brian Lozano<sup>a,b</sup>, Kristina J. Korte<sup>e</sup>, Edna B. Foa<sup>f</sup>, Kathleen T. Brady<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, Charleston, SC, USA

<sup>b</sup> Ralph H. Johnson Veterans Affairs Medical Center, Charleston, SC, USA

<sup>c</sup> Department of Psychology, University of Kentucky, Lexington, KY, USA

<sup>d</sup> Department of Psychology, Ohio University, Athens, OH, USA

<sup>e</sup> Psychiatry Department, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

<sup>f</sup> Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

### HIGHLIGHTS

- Posttraumatic stress disorder (PTSD) is common among individuals with addiction.
- Rates of PTSD and addiction are particularly high among military veterans.
- This study tested an integrated treatment for both disorders in military veterans.
- The treatment included Prolonged Exposure (PE) for PTSD.
- The treatment was effective and significantly reduced PTSD and substance use severity.

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Substance use disorder

PTSD

Posttraumatic stress disorder

Addiction

Prolonged exposure

Veterans

### ABSTRACT

**Objective:** A substantial amount of individuals with substance use disorders (SUD) also meet criteria for post-traumatic stress disorder (PTSD). Prolonged Exposure (PE) is an effective, evidence-based treatment for PTSD, but there is limited data on its use among individuals with current alcohol or drug use disorders. This study evaluated the efficacy of an integrated treatment that incorporates PE (*Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure* or COPE) among veterans.

**Method:** Military veterans ( $N = 81$ , 90.1% male) with current SUD and PTSD were randomized to 12 sessions of COPE or Relapse Prevention (RP). Primary outcomes included the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS), PTSD Checklist-Military version (PCL-M), and the Timeline Follow-back (TLFB).

**Results:** On average, participants attended 8 out of 12 sessions and there were no group differences in retention. Intent-to-treat analyses revealed that COPE, in comparison to RP, resulted in significantly greater reductions in CAPS ( $d = 1.4$ ,  $p < .001$ ) and PCL-M scores ( $d = 1.3$ ,  $p = .01$ ), as well as higher rates of PTSD diagnostic remission (OR = 5.3,  $p < .01$ ). Both groups evidenced significant and comparable reductions in SUD severity during treatment. At 6-months follow-up, participants in COPE evidenced significantly fewer drinks per drinking day than participants in RP ( $p = .05$ ).

**Conclusions:** This study is the first to report on the use of an integrated, exposure-based treatment for co-occurring SUD and PTSD in a veteran sample. The findings demonstrate that integrated, exposure-based treatments are feasible and effective for military veterans with SUD and PTSD. Implications for clinical practice are discussed.

# Efficacy of Integrated Exposure Therapy vs Integrated Coping Skills Therapy for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder

## A Randomized Clinical Trial

Sonya B. Norman, PhD; Ryan Trim, PhD; Moira Haller, PhD; Brittany C. Davis, PhD; Ursula S. Myers, PhD; Peter J. Colvonen, PhD; Erika Blanes, MA; Robert Lyons, BS; Emma Y. Slegel, BA; Abigail C. Angkaw, PhD; Gregory J. Norman, PhD; Tina Mayes, PhD

[+ Supplemental content](#)

**IMPORTANCE** Co-occurrence of posttraumatic stress disorder (PTSD) and alcohol use disorder (AUD) is common and associated with psychiatric and functional problems. Understanding whether exposure therapy is tolerable and efficacious for treating PTSD and AUD is critical to ensure that best practice treatments are available.

**OBJECTIVE** To compare the efficacy of integrated (ie, targeting both PTSD and alcohol use) prolonged exposure (I-PE) therapy with present-centered integrated coping skills (I-CS) therapy, a more commonly available treatment, in reducing PTSD symptoms and alcohol use.

**DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** This prospective randomized clinical trial with masked assessments considered 186 veterans seeking Veterans Affairs mental health services. A total of 119 veterans with PTSD and AUD were randomized. Data were collected from February 1, 2013, to May 31, 2017, before treatment, after treatment, and at 3- and 6-month follow-ups. Intention-to-treat analyses were performed.

**INTERVENTIONS** Veterans underwent I-PE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorder Using Prolonged Exposure) or I-CS (Seeking Safety) therapy.

**MAIN OUTCOMES AND MEASURES** A priori planned outcomes were PTSD symptoms (Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5) and percentage of heavy drinking days (Timeline Follow-Back) before treatment, after treatment, and at 3- and 6-month follow-ups.

**RESULTS** A total of 119 veterans (mean [SD] age, 41.6 [12.6] years; 107 [89.9%] male) were randomized. Linear mixture models found that PTSD symptoms decreased in both conditions, with a significantly greater decrease for I-PE treatment compared with I-CS treatment (treatment × time interaction,  $-2.83$ ;  $F_{3,2333} = 4.92$ ; Cohen  $d = 0.41$ ;  $P = .002$ ). The percentage of heavy drinking days improved in both conditions but was not statistically different between I-PE and I-CS treatment (treatment × time interaction,  $1.8\%$ ;  $F_{3,2099} = 0.18$ ; Cohen  $d = 0.04$ ;  $P = .91$ ).

**CONCLUSIONS AND RELEVANCE** The I-PE arm had a greater reduction in PTSD symptoms than the I-CS arm and comparable drinking decreases. The study provides evidence that exposure therapy is more efficacious in treating PTSD than a more commonly available integrated treatment without exposure for comorbid PTSD and AUD.

## Narrative Therapie nach Cloitre

### Beispiel Ablauf Psychotherapiestation E0 PUK:

- Diagnostik
- Psychoedukation (Traumagedächtnis, PTBS-Symptomatik, Identifizierung interpersoneller Schematas)
- sichere Bewältigungsstrategien trainieren (schon vorgängig und zeitgleich mit Bezugsperson)
- Trauma-Landkarte erstellen
- Hierarchisierung der Erinnerungen (Exposition bei Intrusionen)
- erstes neutrales Narrativ einer Erinnerung
- erstes traumatisches Narrativ, -Hausaufgabe, -Nachbesprechung
- nächstes Narrativ

## Definierter Ablauf Traumatherapie auf Station E0

- max. 2x wöchentlich Therapie (1 Sitzung Vorbereitung, 1 Sitzung Exposition mit Nachbesprechung)
- Therapie am Vormittag, heller und ungestörter Raum
- Narrative werden aufgenommen (auf Smartphone, Diktiergerät)
- Am Tag der Exposition ggf. engmaschige Kontaktaufnahme durch Pflege
- Dauer kann variieren (Art der Traumata, Symptomatik, 2-Schritte Programm möglich)
- Aufnahmen anhören als Hausaufgabe (bis zur Habituation)

# Konfrontative Verfahren: Ziel

## Ziel:

- Angst- und PTBS-Symptome zu reduzieren
- Traumatischen Erinnerungen eine Ordnung zu geben (ins autobiographische Gedächtnis einbetten)
- Interpersonelle Schemata identifizieren und korrigieren

Schon vorgängig und zeitgleich Bewältigung durch funktionale Strategien trainieren



International Society  
for Traumatic Stress Studies

# Clinician Fact Sheet



## Co-occurring PTSD and Substance Use Disorders

We used to think that we had to wait to treat PTSD until people stopped using substances.  
Research now suggests that this is not the case. Read on for more information!



International Society  
for Traumatic Stress Studies

# Clinician Fact Sheet



## What do we know about treatment options for co-occurring PTSD and SUD?

- ✓ When PTSD symptoms get better, problems related to substance use usually also get better. However, when SUD gets better, PTSD does not always get better. This means that **PTSD treatment should not be delayed.**
- ✓ Treatments that address PTSD and SUD together have been shown to improve PTSD symptoms without worsening SUD symptoms. These include:
  - ✓ Behavioral interventions designed for PTSD/SUD
    - Concurrent Treatment of PTSD and SUD using Prolonged Exposure (COPE)
    - Seeking Safety
    - Trauma Affect Regulation: Guide for Education & Therapy (TARGET)
    - Integrated Cognitive Behavioral Therapy (ICBT)
  - ✓ Medication combined with behavioral treatments for PTSD/SUD
    - SSRIs (sertraline, paroxetine)
    - Prazosin
    - Naltrexone
- ✓ There is also evidence that behavioral interventions designed for either PTSD (e.g., Cognitive Processing Therapy, Prolonged Exposure) or for SUD (e.g., relapse prevention) may reduce PTSD and substance use.

# Wochenplan Station E0

## Stationsstruktur, Aktivitätsangebote und Therapiemodule

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.45 Frühstück und bis 08.45 Medikamentenabgabe				
				08.00 Brunch vorbereiten
	08.15 - 08.25 MuFit (Munter und Fit)			08.30 - 08.45 Tagesplanung
	08.30 - 08.45 Tagesplanung			08.45 Gem. Frühstück
09.30 – 11.00 Stationsbezogene Ergotherapie	09.15 – 10.45 Seeking Safety	09.30 - 11.00 Achtsamkeitsgruppe	09.30 – 11.00 Stationsbezogene Ergotherapie	09.45 – 10.45 Skillstraining
	11.00 – 11.50 Körper-/ Bewegungstherapie		11.00 – 11.50 Körper-/ Bewegungstherapie	
11.45 Mittagessen				
12.00 - 12.45 Medikamentenabgabe				
13.30 – 15.00 Rückfallprävention	13.15 -15.15 Stations-Visite		13.00 – 13.45 Behandlungskonferenz	14.00 – ca.14.30 Stationsversammlung
		14.00 - 15.00 Recovery - Gruppe (E1)	13.45 - 14.30 Gruppe Kommunikationskultur	
	15.15 -16.00 Psychoedukation	14.00 - 18.00 Kochgruppe Einkaufen & Kochen anschliessend gemeinsames Essen	16.00 - 17.00 (H2 01) Gruppe Substanzstörungen	ab 15.30 Belastungserprobung möglich
17.00 - 17.30 Achtsamkeit üben (E019)			17.00 - 17.30 Achtsamkeit üben (E019)	
17.45 - 18.45 Medikamentenabgabe				
22.00 - 22.45 Medikamentenabgabe				
22.00 Nachtruhe				

### Farblegende

Psychotherapeutische Gruppenangebote Station E0	Pflegerische Stationsangebote
Gruppenangebote (ausserhalb Station)	Medikamentenabgabe
Stationsstruktur	Belastungserprobung

# Medikamentöse Optionen

9	Falls nach einem informierten und partizipativen Entscheidungsprozess trotz der geringen Effekte eine Medikation bevorzugt wird, so sollte lediglich Sertralin, Paroxetin oder Venlafaxin* angeboten werden. LoE: 1a- Abstimmungsergebnis: 25/25 (100%)	A
10	Benzodiazepine sollen nicht eingesetzt werden. LoE: 2a Abstimmungsergebnis: 25/25 (100%)	A

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/155-001I\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2020-02\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf)

## Antidepressiva:

- SSRI: Sertraline, Paroxetin oder Venlafaxin (NICE: Mirtazapin)

Off-Label:

## $\alpha$ -1-Adrenorezeptor-Antagonisten:

- Alpträume & Hyper-Arousal: Doxazosin, Catapressan  
-> heterogene Studienergebnisse, keine Empfehlung
- Dissoziation: low-Dose Naltrexin (insbes. bei Alkoholabhängigkeit)  
-> heterogene Studienergebnisse



OPEN

# MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study

Jennifer M. Mitchell<sup>1,2</sup>  , Michael Bogenschutz<sup>3</sup>, Alia Lilienstein<sup>4</sup>, Charlotte Harrison<sup>5</sup>, Sarah Kleiman<sup>6</sup>, Kelly Parker-Guilbert<sup>7</sup>, Marcela Ot'alora G. <sup>8,9</sup>, Wael Garas<sup>8</sup>, Casey Paleos<sup>10</sup>, Ingmar Gorman <sup>11</sup>, Christopher Nicholas<sup>12</sup>, Michael Mithoefer<sup>5,9,13</sup>, Shannon Carlin<sup>5,9</sup>, Bruce Poulter <sup>8,9</sup>, Ann Mithoefer<sup>9</sup>, Sylvestre Quevedo<sup>2,14</sup>, Gregory Wells <sup>14</sup>, Sukhpreet S. Klaire<sup>15</sup>, Bessel van der Kolk<sup>16</sup>, Keren Tzarfaty<sup>9</sup>, Revital Amiaz<sup>17</sup>, Ray Worthy<sup>18</sup>, Scott Shannon<sup>19</sup>, Joshua D. Woolley<sup>2</sup>, Cole Marta<sup>20</sup>, Yevgeniy Gelfand<sup>21</sup>, Emma Hapke<sup>22</sup>, Simon Amar<sup>23</sup>, Yair Wallach<sup>24</sup>, Randall Brown<sup>11</sup>, Scott Hamilton<sup>25</sup>, Julie B. Wang<sup>5</sup>, Allison Coker <sup>1,5</sup>, Rebecca Matthews<sup>5</sup>, Alberdina de Boer<sup>5</sup>, Berra Yazar-Klosinski<sup>4</sup>, Amy Emerson<sup>5</sup> and Rick Doblin<sup>4</sup>

Post-traumatic stress disorder (PTSD) presents a major public health problem for which currently available treatments are modestly effective. We report the findings of a randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-site phase 3 clinical trial (NCT03537014) to test the efficacy and safety of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted therapy for the treatment of patients with severe PTSD, including those with common comorbidities such as dissociation, depression, a history of alcohol and substance use disorders, and childhood trauma. After psychiatric medication washout, participants ( $n = 90$ ) were randomized 1:1 to receive manualized therapy with MDMA or with placebo, combined with three preparatory and nine integrative therapy sessions. PTSD symptoms, measured with the Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5, the primary endpoint), and functional impairment, measured with the Sheehan Disability Scale (SDS, the secondary endpoint) were assessed at baseline and at 2 months after the last experimental session. Adverse events and suicidality were tracked throughout the study. MDMA was found to induce significant and robust attenuation in CAPS-5 score compared with placebo ( $P < 0.0001$ ,  $d = 0.91$ ) and to significantly decrease the SDS total score ( $P = 0.0116$ ,  $d = 0.43$ ). The mean change in CAPS-5 scores in participants completing treatment was  $-24.4$  (s.d. 11.6) in the MDMA group and  $-13.9$  (s.d. 11.5) in the placebo group. MDMA did not induce adverse events of abuse potential, suicidality or QT prolongation. These data indicate that, compared with manualized therapy with inactive placebo, MDMA-assisted therapy is highly efficacious in individuals with severe PTSD, and treatment is safe and well-tolerated, even in those with comorbidities. We conclude that MDMA-assisted therapy represents a potential breakthrough treatment that merits expedited clinical evaluation.



- Komorbidität Traumafolgestörung bei Substanzstörungen häufig
- Sorgfältige Diagnostik wichtig
- Betroffene meist schwer belastet
- Symptome können sich wechselseitig beeinflussen
- Integrierte/gut koordinierte Behandlung
- Individuelle Therapieziele und -Ansätze (Sicherheit/Exposition; Konsumreduktion/Abstinenz)



Vielen Dank