Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 40 (2014)
Heft: 1

Artikel: Sucht und komorbide Störungen
Autor: Ridinger-Johann, Monika / Walter, Marc
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800079

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Sucht und komorbide Störungen

In den letzten Jahren hat das gleichzeitige Auftreten von Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Störungen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Zur Erklärung der Entstehung existieren zahlreiche Hypothesen, z. B. dass die Sucht das Auftreten der psychischen Erkrankung begünstigt oder umgekehrt, resp. dass die verschiedenen gleichzeitig auftretenden psychischen Störungen gemeinsame Ursprünge haben. Einmal vorliegend stellen Sucht- und komorbide psychische Störungen die professionellen Helfersysteme vor grosse Herausforderungen. Wenngleich die wissenschaftliche Literatur zu Prävention, Diagnostik und Therapie noch spärlich ist, scheint bei der Behandlung eine integrative Berücksichtigung aller Störungsbilder die besten Ergebnisse zu liefern.

Monika Ridinger-Johann
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH), Suchtmedizinerin, Lehrdozentin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Regensburg, monika.ridinger@gmx.ch

Marc Walter
Chefarzt der Erwachsenen-Psychiatrischen Klinik an den Psychiatrischen universitären Kliniken (UPK) Basel, Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4012 Basel, marc.walter@upkbs.ch

Schlagwörter:
Komorbidität | psychische Störung | Prävalenz | Ätiologie | Behandlung |

Einleitung

Die Entwicklung der Suchtbehandlung wird sehr stark von den gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und den medizinischen Manualen, nach denen die Diagnosen von psychischen Störungen erfolgen, bestimmt. Die Fachwelt und gesellschaftliche Normen legen fest, welche Verhaltensweisen als krank oder abweichend definiert werden. Dies wiederum beeinflusst die politischen Entscheidungen für die jeweiligen Finanzierungsmodelle zur Prävention und Behandlung der Störungen. Im Zentrum steht der Mensch und zwar die Betroffenen und die Mitbetroffenen, für die Angebote zur «Heilung» und «Re-Sozialisation» bzw. Unterstützung angeboten werden müssen. In den letzten Jahren haben die Veränderungen in der Altersstruktur und die zunehmenden medizinischen Möglichkeiten zu einem Bild der Sucht beigetragen, dem die Angebotsstruktur gerecht werden muss: Immer älter werdende Süchtige und eine wachsende Zahl von zusätzlich zur Sucht diagnostizierten psychischen Störungen – die so genannten Komorbiditäten - erfordern Anpassungen in Beratung und Therapie, in Politik, in der Prävention und im sozialen Miteinander. Diese Ausgabe enthält eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema komorbide Störungen oder Doppeldiagnosen und Sucht und soll die Leserin und den Leser anregen, das professionelle Selbstverständnis und die bestehenden Behandlungen in den jeweiligen Institutionen zu reflektieren.
Robert Hämmig setzt sich im ersten Artikel dieser Ausgabe «Doppeldiagnosen: 20 Jahre Suchtdiskurs» mit eben den oben beschriebenen, sich stets verändernden gesellschafts- und damit suchtpolitischen Bedingungen auseinander. Dabei fokussiert er insbesondere auf die Errungenschaft, Sucht auch als eine psychische Störung zu betrachten und damit in der Betreuung der Betroffenen von einer rein soziotherapeutischen Vorgehensweise zu einer interdisziplinären zu wechseln, mit dem Fokus Gesundheit. Damit einher geht die Akzeptanz, dass es sich bei Suchtstörungen auch um Krankheiten handelt, und dies impliziert eine Änderung der Finanzierungslogik: weg von der alleinigen Sozialfürsorge in Richtung Gesundheit.

Begriffsbestimmung Komorbiditäten und Doppeldiagnosen

In der Psychiatrie und Suchtmedizin wird als Komorbidität das Auftreten einer zusätzlichen psychischen Störung im Rahmen einer definierten Grunderkrankung definiert. Dabei sind beide Störungen klar voneinander abgrenzbar und bestehen laut Definition parallel neben- bzw. miteinander. Da jedoch nicht immer eindeutig entschieden werden kann, welche nun die so genannte «Grundstörung» und welche die «zusätzliche» Erkrankung ist, benutzt man in der Medizin auch die synonymen Begriffe der «Doppel- oder Dualdiagnosen».[1] Dieses Dilemma zu entscheiden, welche Störungen «Grundstörungen» oder primär und welche Störungen «Zusatzstörungen» oder sekundär seien, umging die Weltgesundheitsorganisation (WHO) dadurch, dass sie die Begriffe «Komorbiditäten» und «Doppeldiagnosen» gleichbedeutend einsetzte und damit bei den psychiatrischen Erkrankungen das gleichzeitige Auftreten einer substanzbedingten und mindestens einer weiteren psychischen Störung definierte.[2] Damit hat die WHO einerseits festgelegt, dass der Begriff der «Komorbidität» oder «Doppeldiagnose» untrennbar mit Sucht verknüpft ist, da stets die Sucht eine der gleichzeitig auftretenden Störungsbilder sein muss, um diese Begrifflichkeit verwenden zu dürfen. Andererseits öffnet sie das Feld für alle psychischen Störungen als Zusatzdiagnosen, also ebenso Achse-I- wie Achse-II- (oder Persönlichkeits-) Störungen.
Die Definition des gleichzeitigen Auftretens und die simultane

Nutzung der Begriffe Komorbiditäten und Doppel- oder Dualdiagnosen sind in der Medizin aktuell am gebräuchlichtsten[3] und gelten auch in diesem Heft.
Das Vorliegen einer somatischen Störung wird üblicherweise separat aufgelistet und zählt als Zusatzerkrankung, wird aber nicht unter die Begrifflichkeit von «Komorbidität» oder «Doppeldiagnose» subsummiert.
Ebenso wird in der Regel auch für mehrere gleichzeitig vorliegende Suchterkrankungen nicht der Begriff «Komorbidität» verwendet, sondern es werden entweder einfach die verschiedenen Diagnosen einzeln aufgelistet, wie z.B. bei Alkohol- und Tabakabhängigkeit. Oder es wird der Begriff der «Mehrfachabhängigkeit» oder «Polyabhängigkeiten» verwendet, wenn mehr als zwei Süchte parallel diagnostiziert werden, wie es z.B. bei der Opiatabhängigkeit besonders häufig vorkommt.[4]
Bei diesen schwer kranken Suchtpatientinnen und -patienten – wie etwa in einer heroingestützten Behandlung – führen Otto Schmid , Hannes Strasser und Stefanie Fehr in ihrem Beitrag aus, könne auch von «Poly-Komorbidität» gesprochen werden, da hier nicht nur eine Abhängigkeitserkrankung, sondern in der Regel eine Mehrfachabhängigkeit vorliegt, und da – neben einer psychischen Störung – meist auch eine schwere chronische somatische Erkrankung vorliegt.
Die Begriffsbestimmung «Komorbidität» ist grundsätzlich rein deskriptiv, d.h. sie erlaubt keine Aussage über die Ätiologie oder den Schweregrad, weder im Hinblick auf die Einzelerkrankungen noch hinsichtlich des Gesamtkonstruktes der gleichzeitig vorliegenden psychischen Störungen.
Obwohl der Begriff «Komorbidität» auch mehrere psychische Störungen zusätzlich zur Suchterkrankung umfassen kann, wird der Einfachheit halber im Folgenden bei Erklärungen zum Thema «Komorbidität» stets nur von zwei Störungen gesprochen.

Entwicklung von Komorbiditäten

Entscheidend für die Verwendung der Begriffe «Komorbiditäten» oder «Doppeldiagnosen» ist die Tatsache der Gleichzeitigkeit des Auftretens der Sucht und mindestens einer weiteren psychischen Störung zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Dabei beinhaltet die Definition der Komorbidität keine Aussage über die kausalen Beziehungen der zwei oder mehr psychischen Erkrankungen.
So kann sich die Sucht aus einer psychiatrischen Grunderkrankung entwickelt haben: Dann wird die psychiatrische Störung als «primär» und die Sucht als «sekundär» bezeichnet. Umgekehrt können sich bestimmte psychiatrische Symptome, z.B. Angst oder depressive Episoden durch das Vorliegen einer Sucht erst manifestieren: Dann wird die Suchterkrankung als primär bezeichnet. Gerade aber bei letzterem Beispiel sind häufig die Zusammenhänge auch bidirektiv kausal, d.h. die depressiven Symptome und die Suchterkrankung halten sich wechselweise aufrecht und verstärken sich gegenseitig.
Alternativ können gemeinsame Kausalfaktoren, z.B. im Rahmen der Vererbung, zu Symptomen führen, die sowohl das Auftreten der Sucht als auch das der psychiatrischen Störung begünstigen können. Hier stehen dann die beiden Störungen nicht kausal zueinander in Verbindung, sondern sind auf gemeinsame ätiologische Faktoren zurückzuführen. Allerdings halten sie sich wechselseitig aufrecht.
Beim Vorliegen von komorbiden Störungen kann und muss davon ausgegangen werden, dass alle psychischen Erkrankungen (dies beinhaltet auch die Sucht) parallel und eigenständig bestehen. Die Einteilung in «primär» oder «sekundär» sagt zwar etwas über die zeitliche Reihenfolge der einzelnen Krankheitsbilder aus. Es kann aber nicht angenommen werden, dass die Behandlung der Primärerkrankung automatisch zu einer Besserung der sekundären Störung führen wird. Im Gegenteil müssen alle Störungsbilder im Sinne eines integrativen Behandlungsmodells berücksichtigt werden.
Dies greift Franz Moggi im Artikel «Wirksame psychosoziale Behandlung von PatientInnen mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen» auf und beschreibt die grossen therapeutischen Herausforderungen effizienter sozio- und milieutherapeutischer Ansätze bei Doppeldiagnosen. Dabei bezieht er sich auf die wissenschaftliche Literatur und das Berner Modell der integrativen Behandlung. Leider sind integrative Therapieansätze noch rar und wenig untersucht. So kommt Franz Moggi zu dem Schluss, dass weitere Forschung dringend erforderlich ist und Kombinationen von störungs- und suchtspezifischen Ansätzen am erfolgversprechendsten erscheinen.
Von einer «echten» Komorbidität spricht man auch nur dann, wenn die Sucht und die psychische Störung einen erheblichen Krankheitswert haben. Insbesondere bei der Sucht müssen genügend diagnostische Kriterien vorliegen, um eine Abhängigkeit feststellen zu können. Das Vorliegen einer vorübergehenden substanzinduzierten Störung oder gar eines schädlichen Konsums ist keine hinreichende Grundlage für die Bezeichnung einer «Komorbidität» oder «Doppeldiagnose».

Prävalenzraten häufiger komorbider Störungen

Repräsentativerhebungen mit Fallzahlen im fünfstelligen Bereich konnten aufzeigen, dass 29% der Betroffenen, die an einer psychischen Störung leiden, auch eine Substanzstörung aufweisen.[5] Umgekehrt konnten bei 78% alkoholabhängiger Männer und bei 85% alkoholabhängiger Frauen mindestens eine komorbide psychiatrische Diagnose gestellt werden.[6] Dabei lag der Anteil der Angststörungen zwischen 36% (bei Männern) und 61% (bei Frauen) und der Anteil affektiver Störungen zwischen 28% (bei Männern) und 54% (bei Frauen). Bei der Opiatabhängigkeit lag die Lebenszeitprävalenz einer weiteren komorbiden psychiatrischen Störung bei etwa 65%.
Die häufigsten komorbiden Störungen sind grundsätzlich Depressionen, Angststörungen, Traumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen sowie das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im Erwachsenenalter.
Die letzte grosse US-weite Studie zum Auftreten komorbider Störungen[7] mit fast 10'000 Beteiligten ergab massiv erhöhte Risiken für das Auftreten von psychischen Störungen bei Vorliegen einer Alkohol- oder Drogensucht.
So waren bei Diagnose einer Alkoholabhängigkeit die Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten einer Depression auf das 3.5fache, bei einer Bipolaren Störung auf das 7.1fache, einer Panikstörung auf das 3.4fache, einer Sozialphobie auf das 3.4fache und einer generalisierten Angststörung auf das 2.0fache im Vergleich zu «nicht-alkoholabhängigen» Menschen erhöht.
Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei Diagnose einer Drogenabhängigkeit. Hier waren die Auftretens-Wahrscheinlichkeiten für die Depression auf den Faktor 4.4, für die Bipolare Störung auf den Faktor 9.0, die Panikstörung auf den Faktor 2.4, die Soziale Phobie auf den Faktor 4.0 und die Generalisierte Angststörung auf den Faktor 3.0 erhöht.
Darüber hinaus fand man bei Abhängigkeitserkrankungen in bis zu 37% posttraumatische Belastungsreaktionen[8] und in bis zu 20% ein ADHS.[9]

Ausgewählte Komorbiditäten

Bei Angst- und posttraumatischen Stress-Syndromen geht man im Sinne der «Teufelskreishypothese» von einer fehlgeleiteten Selbstmedikation aus. Die Sucht entwickelt sich dabei sekundär als Versuch, Angst, Stress oder Symptome der

Traumatisierung zu reduzieren. Statt zu einer Verbesserung, kommt es häufig im Zusammenhang mit der Suchtentwicklung zu einer Verstärkung der Symptome der psychiatrischen Störung und damit im Sinne des Teufelskreises zu einer Förderung der Abhängigkeit.
Michael Soyka diskutiert in seinem Artikel die Selbstmedikationshypothese und den Zusammenhang entspannender und stressreduzierender Effekte von Suchtmitteln bei Depression und Angsterkrankungen. Er betont darin auch, dass der Konsum von Suchtmitteln das Auftreten von Depressionen und Angsterkrankungen begünstigen und den Verlauf psychischer Erkrankungen verschlechtern kann.
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank und Marc Walter beschreiben in diesem Heft, dass nicht der Cannabiskonsum per se, wohl aber die Cannabisabhängigkeit häufig mit einer hohen psychiatrischen Komorbidität einhergeht, insbesondere mit Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Im Unterschied zu den anderen Komorbiditäten wird hier vermutet, dass der Cannabiskonsum bei einer individuellen neurobiologischen Vulnerabilität zur Entwicklung einer psychotischen Erkrankung, wie der Schizophrenie beitragen kann.
Diese erhöhte Vulnerabilität bei der Komorbidität von schizophrenen Symptomen und Substanzstörungen wird auf Zusammenspiel von genetischen Faktoren und frühen Umweltereignissen zurückgeführt. Kommt es im Entwicklungsverlauf zu akuten Stressbelastungen, z.B. durch Cannabiskonsum, können sich in der Folge sowohl die psychotischen Symptome als auch die Suchterkrankung entwickeln.
Sowohl bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen als auch bei ADHS werden im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen gemeinsame Kausalfaktoren angenommen. Hier begünstigen genetische Faktoren und Umwelteinflüsse gemeinsame Symptomkonstellationen, z.B. in Form von erhöhter Impulsivität. Diese erhöhen dann das Risiko sowohl für die Entwicklung der Persönlichkeitsstörung als auch für die Sucht.[10]

Früherkennung und Therapeutische Ansätze

Das Vorliegen komorbider psychischer Störungen und mindestens einer Suchtdiagnose stellt alle Beteiligte in der Suchthilfe vor grosse Herausforderungen.
Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass bei mehr als 50% der Betroffenen mit einer Substanzabhängigkeit auch mindestens eine komorbide psychiatrische Störung vorliegt. Dabei bestehen die Sucht und die psychische Störung unabhängig voneinander, d.h. wird eine Erkrankung erfolgreich behandelt, so bedeutet dies nicht automatisch auch eine Besserung der komorbiden Störung(en). Darüber hinaus beeinflussen sich die komorbiden Störungen auch wechselseitig, sodass die Behandlung einer Störung zu einer Verschlechterung einer anderen Erkrankung beitragen kann. Man sieht sich bspw. mit der «Quadratur des Kreises» in der Behandlung von Psychosen und Sucht konfrontiert. Während die Suchttherapie realitätsnah, in Teilen konfrontierend, gruppenorientiert und stark strukturierend, mit wenig Medikamenten erfolgt, zeigt in der Psychosebehandlung eine Therapie mit Schutz vor Überforderung, Individuumzentriertheit und beschützendem Charakter mit klarer Integration von antipsychotischer Medikation die besten Ergebnisse.
Deshalb ergeben integrative Behandlungsansätze mit einem individuellen Fallverständnis die besten Behandlungserfolge. Dabei wird unter «integrativer Therapie» die Kombination therapeutischer Elemente verstanden, die für beide Störungsbilder sinnvoll sind (siehe Artikel «Komorbidität im stationären Setting einer Suchtklinik» von Esther Pauchard und Simone Tschopp). Bei der posttraumatischen Belastungsstörung kann dies z.B. die Kombination aus früher Substitutionsbehandlung und kognitiv-behavioraler Verhaltenstherapie sein.[11]
Darüber hinaus sollten bei einer integrativen Therapie auch die Angehörigen berücksichtigt werden, so Andreas Spohn in seinem Artikel «Komorbidität in der Angehörigenarbeit». Der Einbezug der Angehörigen im Rahmen der ambivalenten Strukturen des süchtigen Systems eröffne «neue Chancen zur Änderungsmotivation» bei komplexen komorbiden psychischen Störungen und Sucht.
In vielen Fällen ist auch ein Case Management sinnvoll, wie Marian Riebe in seinem Beitrag ausführt. Das Case Management hat mit seinen klar definierten Strukturen viele Vorteile besonders bei komplexen und schwierigen sozialen Fällen. Insgesamt ist es im Rahmen der Früherkennung sinnvoll, frühzeitig die verschiedenen Störungsbilder zu erkennen und deren Bedeutung für die Gesamtkonstellation zu bestimmen. Liegen bspw. schwere Substanzstörungen vor, so wird zunächst möglichst eine stationäre Entzugsbehandlung angestrebt. Je nachdem, ob die psychische Störung stark oder gering ist, werden mehr oder weniger schnell psychopathologische Symptome der psychiatrischen Komorbidität deutlich in Erscheinung treten. Diese erschweren dann die folgende Entwöhnungsbehandlung und müssen je nach Stärke der Symptomatik unbedingt in die Therapie integriert werden.
Bei schweren psychischen Störungsbildern wird sich die Suchterkrankung erst im Verlauf einer ambulanten oder stationären Behandlung demaskieren und den Verlauf der Behandlung erschweren. Hier kann es dann unabdingbar werden, eine ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung «zwischenzuschalten», um die Behandlungserfolge der psychiatrischen Therapie nicht zu gefährden.
Oliver Bilke-Hentsch und Mogens Nielsen weisen in ihrem Artikel «Intersystemische Intervention bei komorbiden Suchtstörungen – das SOMOSA-Konzept» darauf hin, wie wichtig es ist, bereits bei Jugendlichen die komplexen Verhaltensstörungen zu berücksichtigen, um die Entwicklung von psychischen Störungen und komorbider Sucht frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Hierbei beziehen sich die Autoren auf die Modellstation SOMOSA, die integrative therapeutische, sozialpädagogische und arbeitsagogische Interventionen insbesondere bei Adoleszenten mit delinquenten Verhaltensweisen anbietet und damit einen wichtigen Beitrag zur Prävention von chronifizierten Störungen leistet.
Insgesamt werden die Therapien von den klinischen Symptomen geleitet. Eine sogenannte integrative Therapie ist in den meisten Fällen sinnvoll.[12] Da mehr als die Hälfte der Süchtigen mindestens eine zusätzliche komorbide psychiatrische Erkrankung aufweisen, ist eine frühzeitige Erkennung im Beratungskontext erforderlich und sinnvoll, um gute Ergebnisse im Langzeitverlauf erzielen zu können.

Fazit

Die «reinen» süchtigen PatientInnen gibt es bei weniger als der Hälfte der Fälle. Häufig existieren Mehrfachabhängigkeiten, zahlreiche zusätzliche somatische Erkrankungen oder zusätzliche komorbide psychische Störungen.
Diese Tatsache macht es erforderlich, Früherkennung, Prävention, Beratung und Therapie diesen Realitäten anzupassen. Dies heisst frühzeitig Diagnosen zu stellen und ebenso frühzeitig mit therapeutischen Interventionen zu beginnen, die insgesamt alle Störungsbilder integrieren und den unterschiedlichen Ausprägungen der einzelnen Störungen und der Gesamtstörung gerecht werden.
Die Früherkennung muss darauf abgestellt werden, die ent-

sprechenden Störungsbilder und Ausprägungsraten zu kennen. Hier sind insbesondere die niedergelassenen ÄrztInnen als auch Beratungseinrichtungen gefordert. Darüber hinaus existiert ein erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich der effizientesten Methoden für eine so genannte integrative Therapie. Dabei ist zu fordern, dass die verschiedenen Professionen wie Beratungsstellen, niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen zusammenarbeiten müssen, da sonst das Gelingen nicht hinreichend gewährleistet werden kann. Unabdingbar ist eine Unterstützung durch die Gesetzgebung, die sowohl eine niederschwellige Diagnostik und Beratung ermöglicht, als auch unkonventionelle Finanzierungsmodelle, Case Management und eine multiprofessionelle Krankenversorgung integriert.●

Literatur

Fareed, A./Eilender, P./Haber, M./Bremner, J./Whitfield, N./Drexler, K. (2013): Comorbid posttraumatic stress disorder and opiate addiction: a literature review. Journal of Addictive Diseases 32(2): 168-179.

Gielen, N./Havermans, R.C./Tekelenburg, M./Jansen, A. (2012): Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. European Journal of Psychotraumatology. doi; 10.3402/ejpt.v3i0.17734.

Johann, M./Bobbe, G./Putzhammer, A./Wodarz, N. (2003): Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor). Alcoholism Clinical and Experimental Research 27(10): 1527-1534.

Kessler, R.C./Crum, R.M./Warner, L.A./Nelson, C.B./Schulenber, J./Antony, J.C. (1997): Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 54: 313–321.

Kessler, R.C./Berglund, P./Chiu, W.T./Demler, O./Heeringa, S./Hiripi, E./Jin, R./Pennell, B.E./Walters, E.E./Zaslavsky, A./Zheng, H. (2004): The US National Comorbidity Survey Replicaton (NCS-R): design and field procedures. International Journal of Methods in Psychiatric Research 13(2): 69-92.

Moggi, F./Donati, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Hogrefe.

Regier, D.A./Farmer, M.E./Rae, D.S./Locke, B.Z./Keith, S.J./Judd, L.L./Goodwin, F.K. (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 264(19): 2511-2518.

Walter, M./Gunderson, J.G./Zanarini, M.C./Sanislow, C./Grilo, C.M./McGlashan, T.H./Morey, L.C./Yen, S./Stout, R./Skodol, A. (2009): New Onsets of Substance Use Disorders in Borderline Personality Disorder Over Seven Years of Follow-ups: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. Addiction 204: 97-103.

Walter, M./Dammann, G. (2012): Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen: Eine aktuelle Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive. Psychotherapeut 57: 425-433.

Walter, M./Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.)(2014): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. Stuttgart: Kohlhammer.

WHO: Lexicon of alcohol and drug terms. WHO: Genf www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/

Endnoten

1 Vgl. Walter/Gouzoulis-Mayfrank 2014.
2 Vgl. WHO 1995.
3 Siehe u. a. Moggi/Donati 2004.
4 Vgl. Walter/Dammann 2012.
5 Vgl. Regier et al. 1990.
6 Vgl. Kessler et al. 1997.
7 Vgl. National Comorbidity Survey Replication Study: Kessler et al. 2004.
8 Vgl. Gielen et al. 2012.
9 Vgl. Johann et al. 2003.
10 Vgl. Walter et al. 2009.
11 Vgl. Fareed et al. 2013.
12 Vgl. Walter/Gouzoulis-Mayfrank 2014.