Suchtmittelkonsum bei Depression und Angsterkrankungen

Autor(en): **Soyka, Michael**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **40 (2014)**

Heft 1

PDF erstellt am: **28.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800081

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Suchtmittelkonsum bei Depression und Angsterkrankungen

Die Komorbidität psychischer und Suchterkrankungen ist hoch, wobei die differenzialdiagnostische Abgrenzung suchtinduzierter von primären eigentlich psychiatrischen Erkrankungen oft schwierig ist. In dieser kurzen Übersicht soll schwerpunktmässig auf die Komorbidität affektiver und Angsterkrankungen mit Suchterkrankungen eingegangen werden.

Michael Soyka
Prof. Dr. med., Psychiatrische Klinik, Universität München,
Nussbaumstrasse 7, D-80336 München, Privatklinik Meiringen,
Postfach 612, CH-3860 Meiringen, Tel. +41 (0)33 972 82 95, Fax +41 (0)33 972 82 91,
michael.soyka@privatklinik-meiringen.ch

Schlagwörter:
Komorbidität | psychische Störung | Depression | Angst |

Einleitung

Affektive Störungen lassen sich nach ICD-10 unterscheiden in manische und depressive Episoden, bipolare affektive Störungen, rezidivierende depressive Störungen und anhaltende affektive Störungen. Depressive Störungen können auch im Rahmen und als Folge von Suchterkrankungen auftreten, als sog. organisch bedingte affektive Störungen. Nach ICD-10 gehören auch Angststörungen, phobische Störungen, Agoraphobie mit und ohne Panikstörungen, die generalisierte Angststörung (GAD), die posttraumatische Belastungsstörung, die Zwangsstörung sowie gemischte Formen zu den Angsterkrankungen. Posttraumatische Belastungsstörungen und Zwangsstörungen werden an dieser Stelle nicht weiter diskutiert.

Es gibt zahlreiche epidemiologische Untersuchungen zur Frage der Komorbidität psychischer Störungen mit Substanzmissbrauch, die nur stichwortartig angesprochen werden können.[1]

Die Diagnostik affektiver Störungen bei Substanzmittelkonsum ist schwierig, da die Wirkungen des Suchtmittels (Intoxikation, Entzug) zu berücksichtigen sind. Viele Autoren raten daher, dass die Diagnose einer affektiven Störung erst nach einem mehrwöchigen abstinenten Intervall gestellt werden sollte. Depressive und vor allem Angstsymptome sind im Alkohol- und Drogenentzug, vor allem bei Psychostimulanzien, Opioiden und Cannabis, häufig. Da in der Entzugsphase psychovegetative Beschwerden wie z.B. Schlafstörungen vorliegen, vermitteln Rating-Skalen, wie z.B. Hamilton Depression Scale, oft einen falschen Eindruck, da hier z.B. Schlafstörungen oder somatische Symptome eher hoch gewichtet werden.

Man kann depressive Syndrome bei Sucht chronologisch in primär depressive (der Sucht vorangehende) sowie sekundär depressive Syndrome (dem Beginn des Drogenkonsums folgend) differenzieren. Letztere sind deutlich häufiger. In Bezug auf Angsterkrankungen zeigen empirische Befunde, dass in den meisten Fällen der Substanzmissbrauch auf den Beginn der Angsterkrankung folgt. Dies wurde z.B. in einer grossen holländischen Studie gezeigt.[2] Dies sagt zunächst aber noch nichts über die Ätiologie der einzelnen Störungen aus.

Affektive Störungen und komorbider Substanzmissbrauch

Für affektive Erkrankungen wurde in epidemiologischen Untersuchungen eine Lebenszeitprävalenz von 12.9% (Deutschland) bzw. 9.8% (USA) gefunden.[3] Depressive Erkrankungen gehen insgesamt mit einem etwa zweimal erhöhten Risiko für Sucht einher. Die Datenbasis für Alkoholismus ist dabei deutlich besser als für Drogenabhängigkeit.

Eine wichtige Untersuchung zur Beziehung von affektiven Erkrankungen und Sucht wurde von Marmorstein et al.[4] vorgelegt, die eine Längsschnittuntersuchung an Zwillingen durchführten und zeigen konnten, dass Suchtmittelkonsum in der Adoleszenz das Risiko für Depressionen im frühen Erwachsenenalter vorhersagte. Die Korrelation war nicht sehr stark, aber signifikant. So verdoppelte ein Substanzgebrauch im Alter von 17 Jahren das Risiko für affektive Störungen im Alter von 17-20 Jahren um den Faktor zwei und der Substanzmissbrauch im Alter von 17-20 Jahren war prädiktiv für affektive Störungen im Alter von 20-24 Jahren. Ähnliche Befunde wurden von Liang et al.[5] mitgeteilt.

Auch in einer sehr grossen repräsentativen Befragung in Frankreich (N=36'105) wurde eine erhebliche Komorbidität von depressiven und Angststörungen mit Substanzgebrauch gefunden, ebenso in Kanada.[6]

Langzeituntersuchungen substituierter Opiatabhängiger haben z.B. gezeigt, dass depressive Erkrankungen im Verlauf bei ca. 40% der substituierten PatientInnen diagnostiziert sind, aber seltener behandelt werden. Angststörungen sind dagegen mit 16-20% deutlich seltener.[7]

Generell ist bei komorbiden affektiven Störungen mit Substanzgebrauch von einem etwas schlechteren Verlauf als bei sonst psychisch gesunden Suchtkranken auszugehen. In zwei aktuellen Arbeiten an grossen repräsentativen Stichproben konnten Boschloo et al.[8] z.B. zeigen, dass Alkoholabhängigkeit einen Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf der psychischen Störung darstellte.

Angsterkrankungen und komorbider Substanzmissbrauch

Die Lebenszeitprävalenz für Angsterkrankungen ist insgesamt hoch, sie gehören zu den häufigsten psychischen Störungen überhaupt.[9] Reine Panikstörungen ohne das Vorliegen anderer Angstsymptome sind eher die Ausnahme. Meist liegt eine komorbide Störung mit Agoraphobie (60%) oder anderen Angsterkrankungen (20%), aber auch depressiven Störungen (30%), der sozialen Phobie (5%) oder einfachen Phobien (11-13%) vor. Die Lebenszeitprävalenz für Angststörungen wurde in der Oberbayrischen Felduntersuchung mit 13.8% bzw. 15% in den USA ermittelt.[10] Typische Symptome der Panikstörung sind rezidivierende schwere Panikattacken, die plötzlich auftreten und nicht durch bestimmte Situationen ausgelöst werden. Häufig gehen sie mit Atemnot, Schmerzen und Unwohlsein in der Brust, Beklemmungsgefühlen, Schwindel und beschleunigtem Herzschlag, Zittern, Unruhe, Schwitzen, Übelkeit einher. Auch können sie von Todesangst begleitet sein. Dagegen treten Phobien typischerweise vor dem Hintergrund bestimmter Auslösesituationen auf. Bei der generalisierten Angststörung dominierten eine übertriebene Angst bezüglich bestimmter Lebenssituationen, die Ängste sind nicht gerichtet. Typisch sind Zeichen einer vegetativen Übererregbarkeit. Die Pathophysiologie der generalisierten Angststörung oder anderer Angststörungen wird nicht ausreichend verstanden, ein gewisses genetisches Vulnerabilitätsrisiko wird angenommen. Störungen der serotonergen und gabaergen Neurotransmission werden vor allem bei der generalisierten Angsterkrankung diskutiert.

Insgesamt zeigen die Daten zur Komorbidität mit Drogenmissbrauch eine starke Assoziation mit der Abhängigkeit (nicht aber dem Missbrauch) von Nikotin und Drogen.[11] Letztere zeigte eine sehr hohe Komorbidität auf (Odds Ratio 9.9 bzw. 5.2!)[12]. Interessant ist eine holländische Untersuchung,[13] die 2'329 PatientInnen mit einer Lifetime-DSM-IV-Diagnose einer Angst oder depressiven Störung sowie Kontrollen einschloss. Die Prävalenzrate für Alkoholabhängigkeit betrug 20.3% bei Angst/DepressionspatientInnen, bei den Kontrollen nur 5.5%. Die Prävalenz von Alkoholmissbrauch war dagegen in allen Gruppen etwa gleich (12%).

Die Komorbidität ist klinisch relevant: DoppeldiagnosepatientInnen haben mehr soziale Probleme, sind häufiger suizidal und verursachen auch höhere Kosten.[14]

Erklärungsmodelle für das Auftreten von Komorbidität

Die mit Abstand am häufigsten diskutierte Hypothese ist die sogenannte «self-medication theory», die davon ausgeht, dass Suchtmittelkonsum der «Behandlung» psychischer Symptome oder «tension reduction» (Spannungsabbau) dient.[15] Die entspannenden und stressreduzierenden, sedierenden Effekte von Suchtmitteln in diesem Zusammenhang sind klar. Umgekehrt kann aber auch der Konsum von Suchtmitteln das Auftreten z.B. von Angsterkrankungen «triggern». Viele Befunde belegen, dass der Suchtmittelkonsum den Verlauf psychischer Erkrankungen verschlechtert.[16]

Kessler et al.[17] berichteten Ergebnisse einer Längsschnittstudie an einer repräsentativen Stichprobe von 34'653 Erwachsenen, die in zwei Wellen (2001/2002 und 2004/2005) untersucht wurden. Analysen zeigten, dass die Selbstmedikation mit Suchtmitteln mit einem erhöhten Risiko für soziale Phobie assoziiert war.

Biologische Theorien zur Komorbidität sind noch wenig schlüssig. George et al.[18] hatten die «Kindling-Hypothese (i.S. von triggern, «anzünden»)» formuliert, wonach wiederholte klinische oder subklinische Entzüge vor allem Panikstörungen auslösen können.

Ein integratives Modell, das den komplexen Zusammenhang im Auftreten von Substanzerkrankungen und Angststörungen beschreibt, wurde z.B. von Moggi[19] vorgeschlagen.

Schliesslich gibt es auch psychologische oder psychodynamische Theorien zur häufigen Komorbidität von Angsterkrankungen, affektiven Störungen und Suchterkrankungen. Zu nennen sind hier Missbrauchserfahrungen, Kindheitstraumata, soziale Entwurzelung und Einflüsse der «Peer Group».[20] Auch ADHS kann ein Risikofaktor sein.[21]

Therapie

Die Wirksamkeit z.B. kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) bei Angsterkrankungen ist durch Meta-Analysen gut belegt.[22] Prinzipiell ist der Einsatz evidenzbasierter Therapien auch bei komorbiden PatientInnen zu befürworten.[23] Ein aktueller systematischer Review betont die Effizienz von Motivational Interviewing und kognitiv-behavioraler Interventionen bei Doppeldiagnose-PatientInnen.[24] Ähnlich wie für affektive Störungen gilt auch für Angsterkrankungen die Frage, ob man diese nacheinander behandeln soll, oder Sucht- und Angststörungen in integrierten Therapiemodellen angehen sollte.[25] Viele Befunde sprechen für die zweite Variante [26] und manche Kliniken bieten integrierte Therapien für Suchtkranke mit psychiatrischen Störungen.[27]

Ballie et al. fassten die vorliegenden sechs randomisierten kontrollierten Untersuchungen zur Behandlung komorbider Angsterkrankungen und Substanzmissbrauch zusammen und schlossen, dass für PatientInnen mit eher mässigem Schweregrad der Suchterkrankung eine sogenannte Standardtherapie für Suchterkrankungen bei komorbider Angsterkrankung zu den besten Behandlungsergebnissen führte.[28] Zunächst die Behandlung der psychischen Probleme scheint für viele sogenannte Doppeldiagnose-PatientInnen ein aussichtsreicher Ansatz zu sein.

In einer Meta-Analyse kommen Kelly et al. zum Schluss, dass Antidepressiva bei substanzbezogenen Symptomen bei Patienten mit affektiven und Angststörungen wirksam, aber nicht hoch effektiv sind.[29] Für Psychotherapieverfahren wie Motivational Interviewing und kognitive Verhaltenstherapie besteht eine relativ gute Evidenzbasierung, insgesamt sind hoch strukturierte Programme, die auch Case-Management und Verhaltenstherapie beinhalten, am effektivsten. Die Autoren forderten kreative Kombinationen von Psycho- und Verhaltenstherapie sowie Pharmakotherapie bei der Behandlung komorbider Patienten. Ähnliche Ergebnisse ergab die Metaanalyse von Iovieno et al.[30]

Zur pharmakologischen Behandlung von Angsterkrankungen werden zahlreiche Substanzen klinisch eingesetzt, wie z.B. Antidepressiva vom Typ SSRI oder selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer, trizyklische Antidepressiva, reversible MAO-Hemmer, Benzodiazepine, Antihistaminika, atypische Antipsychotika, Antikonvulsiva, Betablocker, pflanzliche Präparate oder Pregabalin.[31] Im Prinzip können bei komorbiden Störungen die gleichen Substanzen eingesetzt werden, wie bei anderen Angsterkrankungen. Vorsicht ist bei Substanzen mit Suchtpotential geboten, namentlich bei Sedativa vom Typ der Benzodiazepine, die allenfalls in der Akutbehandlung ihren Platz haben.

Das Anticraving-Medikament Acamprosat hat keine antidepressiven Effekte, kann aber in Kombination mit Antidepressiva gegeben werden. Pharmakologische Interaktionen sind nicht bekannt.

Fazit

Das Wechselspiel von Suchtstörungen und psychischen Störungen ist komplex, die Prognose oft schlechter als bei «einfachen» Störungen. Stark vereinfachende Selbstbehandlungserklärungen sind zum Verständnis der komorbiden Störungen oft nicht ausreichend. Intensive, oft kombinierte und störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze sind am erfolgversprechendsten.●

Literatur

Aichmüller, C./Soyka, M. (2013): Stationäre Therapie Suchtkranker mit komorbiden Störungen. Suchtmedizin 15: 21-32.

Baker, A.L./Kavanagh, D.J./Kay-Lambkin, F.J./Hunt, S.A./Lewin, T.J./Carr, V.J./Connolly, J. (2009): Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. Addiction 105: 87-99.

Baker, A.L./Thornton, L.K./Hiles, S./Hides, L./Lubman, D.I. (2012): posychological interventions for alcohol misuse among people with co-occuring depression or anxiety disorders: a systematic review. Journal of Affective Disorder 139: 217-229.

Baker, A.L./Kavanagh, D.J./Kay-Lambkin, F.J./Hunt, S.A./Lewin, T.J./Carr, V.J./McElduff, P. (2013): Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: Outcomes to 36-months. Journal of Substance Abuse and Treatment. doi:10.1016/j.sat.2013.10.001.

Ballie, A./Sannibal, C. (2007): Anxiety and drug and alcohol problems. S. 197-217 in: A. Baker/R. Velleman (Hrsg.), Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems. London: Routledge.

Bandelow, B.M./Zohar, J./Hollander, E./Kasper, S./Möller, H.-J.(2008): World Federation of So-cieties of Biological Psychaitry (WFSBP). Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision. World Journal of Biological Psychiatry 9: 248-312.

Börner, R.J./Möller, H.J. (1998): Differentielle Therapiestrategien bei Sozialer Phobie. Nervenheilkunde 17: 127-133.

Boschloo, L./Vogelzangs, N./Smith, J.H./van den Brink, W./Veltman, D.J./Beekman, A.T./Penninx, B.W. (2011): Comorbidity and risk factors for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands. Study of depression and Anxiety (NESDA). Journal of Affective Disorder 131: 233-242.

Boschloo, L./Vogelzangs, N./van den Brink, W./Smit, J.H./Veltman, D.J./Beekman, A.T./Penninx, B.W. (2012): Alcohol use disorders and the course of depressive and anxiety disorders. British Journal of Psychiatry 200: 476-484.

Compton, W.M./Thomas, Y.F./Stinson, F.S./Grant, B.F. (2007): Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Archives of General Psychiatry 64: 566-576.

Cornelius, J.R./Salloum, I.M./Ehler, J.G. et al. (1997): Fluoxetine in depressed alcoholics: a double-blind, placebo-controlled trial. Archives of General Psychiatry 53: 232-240.

Driessen, M./Schulte, S./Luedecke, C. et al. (2008): Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. Alcohol Clinical and Experimental Research 32: 481-8.

George, D.T./Nutt, D.J./Dwyer, B.A./Linnoila, M. (1990): Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? Acta Psychiatrica Scandinavia 81(2):97-107.

Grant, B.F./Hasin, D.S./Stinson, F.S./Dawson, D.A./June Ruan, W./Goldstein, R.B./Smith, S.M./Saha, T.D./Huang, B. (2005): Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability to DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychological Medicine 35: 1747-1759.

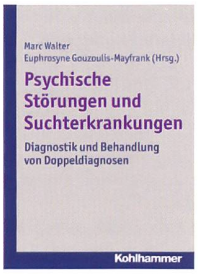
Iovieno, N./Tedeschini, E./Benley, K.H./Evins, A.E./Papakostas, G.I. (2011): Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. Journal of Clinical Psychiatry 72: 1144-1151.

Kelly, T.M./Daley, D.C. et al. (2012): Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. Addictive Behaviour 37: 11-24.
Kessler R.C./Chiu W.T./Demler O./Meikangas K.R./Walters E.E. (2005): Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Repli-cation. Arch Gen Psychiatry 62: 617-627
Kushner, M.G./Abrams, K./Thuras, P. et al. (2005): Follow-up study of anxiety disorder and alcoholism treatment patients. Alcoholism Clinical and Experimental Research 29: 1432-1443.
Kushner, M.G./Donahue, C. Sletten, S. et al (2006): Cognitive behavioural treatment of comorbied anxiety disorder in alcoholism treatment patients: presentation of aprototype program and future directions. Journal of Mental Health 15: 698-707.
Leray, E./Camara, A./Draper, D./Riou, F./Bougeant, N./Pelissolo, A./Lloyd, K.R./Bellamy, V./Roe-landt, J.L./Millet, B. (2011): Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the «Mental Heath in General population» survey (MPHG). European Psychiatry 26: 339-345.
Liang, W./Chikritzhs, T./Lenton, S. (2011): Affective disorders and anxiety disorders predict the risk of harmful use and dependence Addiction. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03362.
Marmorstein, N.R./Iacono, W.G./Malone, S.M. (2010): Longitudinal associations between de-pression and substance dependence from adolescence through early adulthood. Drug and Alcohol Dependence 107(2-3): 154.
Moggi, F. (2007): Doppeldiagnosen. Bern: Huber.
Regier, D.A./Farmer, M.E./Rae, D.S. et al. (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Ares (ECA) Study. JAMA 264: 2511-2518.
Robinson, J./Sareen, J./Cox, B.J./Bolton, J.M. (2011): Role of Self-medication in the Develop-ment of Comorbid anxiety and Substance Use Disorders. A longitudinal investigation. Archives of General Psychiatry 68: 800-807.
Schuckit, M.A./Hesselbrock, V. (1994): Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship? American Journal of Psychiatry 151(12): 1723-1734.
Soyka, M. (2013): Affektive und Angststörungen und Substanzabhängigkeit. Suchtmedizin 15: 341-348.
Soyka, M. (2014): Affektive und Angsstörungen und komorbide Suchterkrankungen. o. S. in: M. Walter/E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 88-100.
Thomas, S.E./Randall, C.L./Carrigan, M.H. (2003): Drinking to cope in socially anxious individuals: a controlled study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 27(12): 1937-1943.
Tomlinson, K.L./Tate, S.R./Anderson, K.G./McDauthy, D.M./Brown, S.A. (2006): An examination of self-medication and rebbound effects: psychiatrics symptomatology before and after al-cohol or drug relapse. Addictive Behaviour 31(3): 461-474.
Watkins, K.E./Hunter, S.B./Hepner, K.A./Paddock, S.M./de la Crux, E./Zhou, A.J. (2011): An effectiveness Trial of Group Cognitive Behavioural Therapy for Patients with Persistent Depressive Symptoms in Substance Abuse Treatment. Archives of General Psychiatry 68: 577-584.
Wittchen, H.U./Bühringer, G./Rehm, J.T./Soyka, M./Träder, A./Mark, K./Trautmann, S. (2011): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der Deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren. Suchtmedizin 13: 232–246.
Van Ememrik-van Oortmerssen, K. et al. (2013): Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. Addiction. doi:10.1111/add.12370.

Endnoten

1 Siehe Übersicht in Soyka 2013; 2014.
2 Vgl. Boschloo et al. 2011.
3 Vgl. Regier et al 1990.
4 Vgl. Marmorstein et al. 2010.
5 Vgl. Liang et al. 2011.
6 Vgl. Leray et al. 2010.
7 Vgl. Wittchen et al. 2011.
8 Vgl. Boschloo et al. 2012.
9 Vgl. Grant et al. 2005.
10 Vgl. Übersicht in Börner/Möller 1998.
11 Vgl. Compton et al. 2007.
12 Ein Odds Ratio von 9.9 besagt in diesem Beispiel, dass die Wahrscheinlichkeit bei einer Komorbidität mit Drogenmissbrauch eine Nikotinabhängigkeit zu entwickeln 9.9 mal grösser ist als bei einer psychischen Störung ohne Drogenmissbrauch.
13 Vgl. Boschloo et al. 2011.
14 Vgl. Kushner et al. 2005.
15 Vgl. Bipp/Chambless 1986; Thomas et al. 2003; Robinson et al. 2011.
16 Vgl. Schuckit/Hesselbrock 1994; Tomlinson et al. 2006.
17 Vgl. Kessler et al. 2005.
18 Vgl. George et al. 1990.
19 Vgl. Moggi 2007. Vgl. Auch Beitrag von Moggi in dieser Ausgabe.
20 Vgl. Driessen et al. 2008.
21 Vgl. van-Emmerik-van Oortmerssen et al. 2013.
22 Vgl. Kelly et al. 2012.
23 Vgl. Baker et al. 2009; Kushner et al. 2006; Watkins et al. 2011.
24 Vgl. Baker et al. 2012.
25 Vgl. Cornelius et al. 1997; Iovieno et al. 2011.
26 Vgl. Baker et al. 2013.
27 Vgl. Aichmüller/Soyka 2013.
28 Vgl. Ballie et al. 2007.
29 Vgl. Kelly et al. 2012.
30 Vgl. Iovieno et al. 2011.
31 Vgl. Bandelow et al. 2008.

Neue Bücher



Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen
Marc Walter/Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.)
2013, Kohlhammer, 226 S.
Im vorliegenden Buch werden die häufig auftretenden Komorbiditäten von Suchterkrankungen mit anderen psychischen Störungen systematisch beschrieben. Eine exakte Anamnese unter Berücksichtigung der Zeitabfolge des Auftretens der verschiedenen Symptome und Beschwerden ist essenziell. Sie ermöglicht erst eine korrekte Diagnose und ist die Basis für die Behandlungsplanung. Die Bedeutung der verschiedenen Komorbiditäten für die psychiatrisch-psychotherapeutische und die Suchtbehandlung wird erläutert. Aus beiden Perspektiven werden die Besonderheiten des gemeinsamen Auftretens und das spezielle therapeutische Vorgehen nach aktuellen evidenzbasierten Studienergebnissen ausgeführt.

Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung
Helmut Pauls
2013 (3. Aufl.), Beltz Juventa, 424 S.
In der beruflichen Praxis der Sozialarbeit bilden zunehmend seelisch stark gefährdete, chronisch kranke und mehrfach belastete Menschen den Schwerpunkt der Klientel. Deshalb muss die Soziale Arbeit durch qualifizierte sozialarbeiterische Kompetenzen einer gesundheitsspezifischen Fachsozialarbeit ergänzt werden. Das Buch gibt einen grundlegenden Überblick über Klinische Sozialarbeit als integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt. Aufgaben und Gegenstand Klinischer Sozialarbeit liegen in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen.