

Stoffliche und nichtstoffliche Süchte – Komorbiditäten von abhängigem Verhalten

Raphaela Basdekis-Jozsa

Non-Chemical and Chemical Disorders – Comorbidity of Behavioural Dependencies

Zusammenfassung

Patienten mit bekannter Abhängigkeitserkrankung wie Alkohol- oder Opiatabhängigkeit weisen in erhöhtem Maße andere Verhaltensweisen auf, die sehr an das Suchtverhalten erinnern. In der psychotherapeutischen Praxis wird daher oftmals von „Suchtstrukturen“ und „Suchtverlagerung“ gesprochen. Auch in der Biografie dieser Patienten finden wir häufiger als bei anderen Patienten Verhaltensstörungen, die man den Suchterkrankungen im weitesten Sinne zuordnen könnte wie z. B. Essstörungen und pathologisches Spielen.

In der folgenden Literaturübersicht zu der Komorbidität von stofflichen und nichtstofflichen Suchterkrankungen soll zum einen die Relevanz der Thematik herausgestellt werden, zum anderen die eng gefasste Definition der Abhängigkeitserkrankungen des ICD-10 im Hinblick auf die Definition des DSM-IV für den Praktiker geöffnet werden, um so diesen Patienten eine umfassende Therapie anbieten zu können.

Schlüsselwörter

abhängiges Verhalten · Komorbidität · Abhängigkeit · Sucht · Essstörung · Kleptomanie · pathologisches Spielen · Trichotillomanie · Kaufsucht · Internet-Abhängigkeit · Arbeitssucht · sensation seeking · Impulsivität · gesteigerter Appetit

Abstract

In patients with addictive disorders like alcohol or opiate dependencies other behavioural dependencies are common, which are similar to their addictive behaviour. Therefore psychotherapist or psychiatrists are often speaking about „addictive condition“ and „addictive“ shift in these patients. These patients also often have a history of behavioural dependencies like bulimia or anorexia nervosa and pathological gambling.

There are two main issues in the following literature review about comorbidity of behavioural and substance dependencies: first to remark the importance and relevance of this kind of comorbidity and second to open up the ICD-10-definition of addictive disorders according to DSM-IV classification of dependence. This could be of great support for the clinicians and therapists to offer these patients an intensive and comprehensive treatment.

Key words

Behavioural dependence · comorbidity · dependence · addiction · bulimia · kleptomania · pathological gambling · trichotillomania · compulsive buying · internet addiction · workaholism · sensation seeking · impulsivity · excessive appetite

Einleitung

In den in der Psychiatrie gebräuchlichen Klassifikationssystemen ICD-10 [1] und DSM-IV [2] werden stoffliche Süchte von nichtstofflichen getrennt beschrieben: Die Ersteren werden den Abhängigkeitserkrankungen zugeordnet, die Letzteren so verschiedenen Störungsbilder wie Essstörungen, Persönlichkeits-

störungen bzw. Impulskontroll- oder Zwangsstörungen. Die heutzutage gebräuchliche Erklärung für die Einnahme psychoaktiver Substanzen bezieht sich erstens auf die erwünschten positiven Effekte dieser Substanzen wie z. B. Anxiolyse, Entspannung, antidepressive Wirkung, Euphorie und zweitens auf die Vermeidung von Entzugssymptomen [3]. Diese Begründung – so unzureichend und lückenhaft sie auch ist – trifft auch auf be-

Institutsangaben

Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Korrespondenzadresse

Dr. Raphaela Basdekis-Jozsa · Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf · Martinistraße 52 · 20246 Hamburg · E-mail: basdekis@uke.uni-hamburg.de

Bibliografie

Suchttherapie 2003; 4: 56–64 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

Tab. 1 Symptome stofflicher und nichtstofflicher Süchte angepasst an ICD-10

stoffliche Abhängigkeit	nichtstoffliche Abhängigkeit
starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz(en) zu konsumieren	starkes Verlangen bzw. Drang, diese Verhaltensweise auszuführen, das bzw. der nur schwer kontrolliert werden kann
Hinweis auf eine verminderte Fähigkeit, den Konsum zu kontrollieren, d. h. den Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums zu kontrollieren; erfolglose Versuche oder anhaltender Wunsch, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren	Unfähigkeit, diesem Drang zu widerstehen bzw. ihn zu kontrollieren, d. h. den Beginn, die Beendigung oder die Häufigkeit, dieses Verhalten auszuüben, zu kontrollieren; erfolglose Versuche oder anhaltender Wunsch, die Ausübung dieses Verhaltens zu verringern oder zu kontrollieren
Konsum der oder ähnlicher Substanz(en), um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden	Beendigung des Verhaltens führt zu rapidem Nachlassen der inneren Anspannung für eine bestimmte Zeitdauer, zu Glücksgefühlen und Entlastung
körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen	Rückkehr des Dranges und der inneren Anspannung über Stunden, Tage oder Wochen (i. S. von Entzugssymptomen); Betroffene sind ständig mit Gedanken oder Vorstellungen von dem Verhalten und dem betreffenden Umfeld beschäftigt
Hinweise auf eine Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten; für eine Intoxikation oder um die gewünschten Effekte zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden	Steigende innere Anspannung, bis diese Verhaltensweise durchgeführt/ beendet ist. Im Verlauf kann eine Art Toleranzentwicklung festgestellt werden, da im Verlauf dieses Verhalten immer häufiger ausgeführt werden muss
eingeengtes Verhaltensmuster, stark auf den Substanzgebrauch bezogen	positive Wirkungen (Entspannung, Euphorie, Anxiolyse) zu Beginn der Abhängigkeit
zunehmende Vernachlässigung bzw. Aufgabe anderer wichtiger Vergnügen, Interessensbereiche oder Tätigkeiten wegen des Substanzgebrauchs; es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen	Es existieren externe sowie interne Auslöser für diese Verhaltensweisen wie z. B. bestimmte äußere Gegebenheiten, Tageszeiten, aber auch innere Zustände wie Dysphorie, Langeweile oder Depressivität
anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutiger Hinweise auf schädliche Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über Art und das Ausmaß des Schadens bewusst war oder hätte bewusst sein können	Episoden bringen den Betroffenen keinen Gewinn, sondern werden trotz subjektivem Leidensdruck und Störung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit fortgesetzt

stimmte süchtige Verhaltensweisen wie den Gebrauch des Computers bzw. des Internets, das Kaufverhalten und andere zu. Der Umstand, dass Patienten mit (stofflichen) Abhängigkeits-erkrankungen im Vorfeld ihrer aktuellen Problematik oder als Form der „Verlagerung“ ähnliche süchtige Verhaltensmuster auch in Bereichen wie z. B. der Freizeitgestaltung zeigen, wird im klinischen Alltag oft nicht ausreichend beachtet. Die Gegenüberstellung der Symptome dieser „süchtigen“ Verhaltensweisen, wie im DSM-IV oder im ICD-10 beschrieben, macht deren grundsätzliche Übereinstimmung deutlich [5] (vgl. Tab. 1). Auch die Patienten benutzen weitgehend übereinstimmend Begriffe wie „Hunger“ oder „tierisches Verlangen“ für das Phänomen des Cravings bzw. beschreiben die Gefühle nach Ausübung dieser Verhaltensweisen als „ein Gefühl von Verliebtsein“ oder als „ein Gefühl von Highsein“ [6]. Aufgrund der symptomatologischen Nähe dieser Störungsbilder stellt sich die Frage, inwieweit Patienten mit stofflichen Abhängigkeiten zeitgleich an unterschiedlichen Formen nichtstofflicher Abhängigkeitserkrankungen im Sinne einer Komorbidität leiden und in welcher Form bzw. wann diese verschiedenen Abhängigkeitsformen im Krankheitsverlauf eines Patienten bedeutsam sind. Anlass für diese Literaturübersicht ist die klinische Beobachtung, dass diese verschiedenen Abhängigkeitsformen tatsächlich gehäuft zusammen vorkommen, jedoch selten im klinischen Alltag erhoben und (integriert) behandelt werden. Es sei an dieser Stelle noch bemerkt, dass in der Literatur weitestgehend von Komorbiditäten gesprochen wird, dieser Begriff aber nicht im streng gemeinten Sinn, d. h. in seiner implizierten zeitlichen Verbundenheit¹, gebraucht wird. Er beschreibt in diesem Kontext vielmehr eine Lebenszeit-Komorbidität in dem Sinn der „Co-occurrence“, d. h. einer Assoziation verschiedener Symptome und Syndrome [8].

Material und Methoden

Es wurde in der medizinischen Datenbank „Medline“ eine Suche nach englischsprachigen Publikationen aus den Jahren 1989–2003/01 durchgeführt. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse bezüglich der Komorbidität von stofflichen und nichtstofflichen Abhängigkeitserkrankungen zusammengefasst und diskutiert.

Ergebnisse

Insgesamt ist die Datenlage zu Komorbiditäten stofflicher und nichtstofflicher Süchte wenig umfangreich, was auch ein Zeichen der Uneinheitlichkeit der Zuordnung nichtstofflicher Abhängigkeitserkrankungen ist. Im Folgenden werden zunächst die vorhandenen Studien kurz aufgelistet, die gemäß ihren jeweiligen Schwerpunkten schließlich näher erläutert werden.

Tab. 2 zeigt beispielhaft für die Oberbegriffe „addiction“ und „comorbidity“ einen Vergleich der Anzahl der zu dem jeweiligen Stichwort ermittelten Artikel und der sich aus der Kombination der Begriffe „addiction“ und „comorbidity“ mit dem jeweiligen Stichwort ergebenden Arbeiten. Die Medline-Recherchen mit den Oberbegriffen „substance abuse“ oder „dependence“ anstatt „addiction“ ergaben fast identische Ergebnisse. Schon hier wird

¹ Definition des Begriffes Komorbidität von Wittchen (1992): Komorbidität wird verstanden als das Auftreten von mehr als einer spezifisch diagnostizierbaren Störung in einem bestimmten Zeitintervall [7].

Tab. 2 Ergebnisse der MEDLINE-Suche in den Jahren 1989–2003/01 – die Zahlen bezeichnen die Anzahl der hierzu publizierten Artikel (Mehrfachnennung möglich)

Stichworte ^a	Anzahl der Artikel	kombinierte Suche
addiction	12 359	
substance abuse	18 191	
dependence	53 398	
comorbidity	20 148	
<i>Kombinierte Suche der einzelnen Stichwörter mit den Begriffen „addiction“, „substance abuse“, „dependence“, „comorbidity“</i>		
pathological gambling	261	18
bulimia	3 625	10
binge eating	1 001	2
eating disorders	5 177	37
kleptomania	78	3
trichotillomania	374	2
internet addiction	26	4
compulsive computer use	4	0
exercise dependence	22	0
compulsive exercising	3	0
behavioral dependence	21	1
compulsive buying	42	4
workaholism	18	0
sensation seeking	380	1
excessive appetite	13	0
impulsivity	1 272	3

^a Auf die hervorgehobenen Störungsbilder wird im Folgenden eingegangen.

deutlich, dass die Frage des Zusammenhanges zwischen stofflichen und nichtstofflichen Abhängigkeitserkrankungen keinen exponierten Platz in der Forschung einnimmt. Aufgrund der uneinheitlichen Definition, die die nichtstofflichen „Suchterkrankungen“ einerseits als zu den Abhängigkeitserkrankungen gehörig, andererseits zu den Impulskontroll- bzw. Zwangsstörungen zählend betrachten, werden die wichtigsten Studien zu der Komorbidität dieser Störungen mit Suchterkrankungen gesondert beschrieben.

Pathologisches Spielen

Epidemiologie

Verschiedene Untersuchungen befassen sich mit der Prävalenz von pathologischem Spielen in der Allgemeinbevölkerung. Die meisten benutzen hierfür als Messinstrument die South Oaks Gambling Screen (SOGS) [9]. Damit konnten Prävalenzraten von pathologischem Spielen in der Allgemeinbevölkerung zwischen 1,2 und 2,3% bestimmt werden [10–12]. Diese Untersuchungen zeigten, dass Männer (5,7%) sehr viel häufiger als Frauen (0,6%) ein pathologisches Spielverhalten entwickeln und die Patienten in der Regel älter als 21 Jahre sind [13, 14]. Es wird in diesen Studien stets zwischen problematischem und pathologischem Spielen differenziert. Spieler mit problematischem Verhalten sind jünger und geben durchschnittlich weniger Geld aus als solche mit pathologischem Spielverhalten [13]. Als Risikofaktor bei

Frauen wird „Depressivität“ angegeben, für Männer werden folgende Risikofaktoren beschrieben:

- positive Familienanamnese für pathologisches Spielen,
- Alkoholabhängigkeit,
- problematisches Spielverhalten bereits im früheren Erwachsenenalter (zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr),
- Störungen innerfamiliärer Beziehungen (ausgeprägte Autonomiekonflikte, Kommunikationsprobleme) [14].

Sowohl Substanzabhängigkeit als auch pathologisches Spielverhalten werden den Suchtstörungen bzw. den Impulskontrollstörungen zugeordnet [15–17], was dazu geführt hat, mögliche Beziehungen zwischen beiden Störungsbildern genauer zu untersuchen. Aufgrund einer ähnlichen Symptomatik wie Kontrollverlust, Verhaltenseinengung, Suchtdruck, Streben nach Euphorie („Highsein“), Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und Fortführung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen wurden auch gemeinsame genetische Faktoren vermutet [18, 19]. Dies führte zur Steigerung der Forschungsintensität mit dem Fokus der Betrachtung des Zusammenwirkens beider Störungen.

Komorbidität zu stofflichen Abhängigkeitserkrankungen

Prävalenzraten der Komorbidität von pathologischem Spielen und Substanzabhängigkeiten sind davon abhängig, ob substanzabhängige oder spielsüchtige Patientenpopulationen untersucht werden. Betrachtet man letztere Gruppe, so werden unter Spielsüchtigen, die sich in Therapie befinden, Prävalenzraten von Substanzabhängigkeiten zwischen 34 und 80% beobachtet, wobei es sich meistens um Alkoholabhängigkeit handelt [20, 21]. Eine dieser Studien zeigte einen sehr viel geringeren Prozentsatz Drogenabhängiger (6%) als Alkoholabhängiger (34%) unter den spielsüchtigen Patienten [20].

In Studien, die Substanzabhängige in Behandlungseinrichtungen untersuchten, wurden Raten zwischen 5% und 21% für pathologisches Spielen gefunden [22–29]. Eine Studie an Patienten in stationärer Behandlung zeigte sogar eine Rate für pathologisches Spielen unter substanzabhängigen Patienten von 33% [30]. Der Zusammenhang zwischen diesen Störungen ist hoch und übertrifft die Einzelprävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung um ein Vielfaches, was die These von gemeinsamen pathogenetischen Faktoren bestärkt.

Tatsächlich gibt es aber immer noch wenige Untersuchungen, die sich mit der Beziehung zwischen pathologischem Spielen und spezifischen Arten der Substanzabhängigkeit beschäftigen. Ferner gibt es bisher nur unzureichende Erkenntnisse über den Einfluss von Substanzkonsum bzw. -abhängigkeit auf den Verlauf der Behandlung von pathologischem Spielen oder über die Entwicklung von Substanzabhängigkeiten im Sinne einer Suchtverlagerung in der Behandlung Spielsüchtiger.

Die Studie von Toneatto et al. [31] konnte zeigen, dass das Kollektiv der pathologischen Spieler im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sehr hohe Lebenszeit-Prävalenzraten für Substanzkonsum hat. Dieser Konsum nahm weder nach erfolgreicher Therapie des pathologischen Spielens zu, noch fanden sich Hinweise auf die Beeinflussung des Behandlungsverlaufes bzw. des Behandlungsergebnisses durch einen früheren Substanzkonsum. Es fanden sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zwi-

schen einem früheren Substanzgebrauch/-missbrauch und dem Schweregrad der Spielsucht, ihrer Dauer oder daraus resultierender Konsequenzen. Hall et al. [32] zeigten bei einem Kollektiv kokainabhängiger Patienten Lebenszeitprävalenzen von 8% bezüglich pathologischen Spielens. Der Beginn des pathologischen Spielens lag bei 72% der Patienten vor der Entwicklung der Kokainabhängigkeit wie auch einer Opiatabhängigkeit (44%). Die Gruppe der komorbiden Patienten unterschied sich bezüglich der Dauer bzw. des Erfolges der Kokaintherapie nicht von den restlichen Patienten. Patienten mit Kokainabhängigkeit und Spielsucht waren allerdings häufiger nikotinabhängig als kokainabhängige Patienten ohne Spielsucht (84 vs. 61,1%).

Andere Komorbiditäten

Einige Studien an Spielsüchtigen beschrieben neben Substanzabhängigkeiten noch weitere Komorbiditäten. Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse beziehen sich vor allem auf die Untersuchung von Ibáñez et al. [33].

So konnte bei einem Kollektiv von 69 spielsüchtigen Patienten, die sich in stationärer Behandlung befanden, bei 62,3% eine assoziierte, komorbide psychiatrische Störung diagnostiziert werden. Von den Patienten litten 34,8% an *einer* komorbiden Störung, 24,6% an *zwei* und 2,9% an *drei* weiteren komorbiden Erkrankungen. Die komorbiden Erkrankungen verteilten sich auf die in Tab. 3 aufgelisteten Störungsbilder.

Tab. 3 Komorbide psychiatrische Störungen bei spielsüchtigen Patienten (angelehnt an Ibáñez et al. [33])

Störungsbilder	Patienten (n)
Alkoholabhängigkeit	23,2% (16)
Anpassungsstörung	17,4% (12)
antisoziale Persönlichkeitsstörung	14,5% (10)
andere Persönlichkeitsstörungen	27,5% (19)
affektive Störungen	8,7% (6)
Angststörungen	7,2% (5)

So konnten z. B. bei Frauen häufiger affektive Störungen nachgewiesen werden (22,7% im Gegensatz zu 2,1% bei den Männern).

Patienten mit Spielsucht und anderen komorbiden psychiatrischen Störungen zeigten bezüglich der Spielsucht einen höheren Schweregrad, der linear mit der Anzahl weiterer komorbider Erkrankungen korreliert war. Insgesamt ergab sich bei diesen Patienten eine schwerwiegendere Psychopathologie als bei Patienten ohne weitere psychische Störungen. Bezüglich der Komorbidität fanden Hall et al. [32] vergleichbare Ergebnisse: Komorbide Persönlichkeitsstörungen unter spielsüchtigen Kokainabhängigen traten bei 56% der Stichprobe auf (vs. 19,8% bei den nicht spielsüchtigen Kokainabhängigen). Eine stärkere Belastung der spielsüchtigen Kokainabhängigen ergab sich dadurch, dass diese häufiger keinen festen Arbeitsplatz hatten (84 vs. 49,3%), häufiger in kriminelle Aktivitäten verstrickt (64 vs. 38,5%) und häufiger in Haft waren (62,5 vs. 33,9%).

Essstörungen

Epidemiologie

Unter den Begriff Essstörungen werden zwei Krankheitsbilder subsumiert. Erstens die Anorexia nervosa – die Magersucht – und zweitens die Bulimia nervosa – die Ess-Brechsucht. Bei der Magersucht handelt es sich, wie der Name schon sagt, um ein schonungsloses Streben nach immer stärkerer Magerkeit; bei der Bulimie hingegen hat sich die betroffene Patientin eine innere Gewichtsmarke gesetzt, die sie nicht überschreiten will. Man kann von einer Phobie, dick zu werden, sprechen. Von beiden Krankheitsbildern sind zu 95% Mädchen und junge Frauen betroffen, so dass im Folgenden vereinfachend von Patientinnen gesprochen wird.

Bezüglich der Zuordnung der Essstörungen in die psychiatrischen Klassifikationssysteme ergeben sich zwei Schwierigkeiten: Zum einen werden Essstörungen den Psychosomatosen zugeordnet aufgrund ihrer Auswirkungen auf den Organismus selbst und zum anderen nehmen sie eine Zwischenstellung zwischen Abhängigkeitserkrankungen und Impulskontrollstörungen ein, was dazu geführt hat, dass sie z. B. im ICD-10 ein eigenes Kapitel erhielten; es besteht immer noch aus wissenschaftlicher Sicht ein Widerstand dagegen, die Essstörungen den stofflichen Suchterkrankungen zuzurechnen, da Nahrung im Allgemeinen nicht als psychoaktive Substanz verstanden wird. Für die Behandlung essgestörter Patientinnen ist die Beachtung des Suchtcharakters dieses Störungsbildes allerdings von großer Wichtigkeit, vor allem, da diese beiden Krankheitsbilder in der Regel bei diesen Patientinnen alternierend auftreten, d. h., die Patientinnen können beim süchtigen Gebrauch die eine Substanz gegen eine andere austauschen bzw. substituieren (z. B. Alkohol gegen Nahrung und umgekehrt).

Die Prävalenzrate der Anorexie liegt zwischen 1 und 2% (Mädchen in der Adoleszenz), die der Bulimie bei 2 bis 4% (Frauen zwischen 20 und 35 Jahren) [34]. Die Bulimie tritt später und etwa doppelt so häufig auf wie die Anorexie, dabei kann sie auch die Fortentwicklung einer vorher bestehenden Anorexie sein.

Komorbidität zu stofflichen Abhängigkeitserkrankungen

Ähnlich wie in den Untersuchungen an Patienten mit pathologischem Spielverhalten zeigen die Untersuchungen an Patientinnen mit Essstörungen – und hier vor allem an Patientinnen mit Bulimie –, dass diese Patientengruppe ebenfalls hohe Prävalenzraten an Substanzabhängigkeiten aufweist [35]. Weitergehende Studien wiesen auch bei Angehörigen 1. und 2. Grades dieser Patientinnen erhöhte Prävalenzraten von Substanzabhängigkeiten nach (z. B. [36]). Eine tabellarische Auflistung der Prävalenzraten zu komorbider Substanzabhängigkeit bei Patientinnen mit Essstörungen findet sich in Tab. 4. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich diese Prävalenzzahlen auf westliche Untersuchungen stützen. Untersuchungen in Ländern wie z. B. Japan ergaben deutlich niedrigere Zahlen für komorbiden Substanzmissbrauch [44–46].

Eine Übersicht über den Anteil der Verlaufsformen bei kombinierten Sucht- und Essstörungen wird in Tab. 5 dargestellt [47].

Tab. 4 Prävalenzraten komorbider Substanzabhängigkeit bei Patientinnen mit Essstörungen

Studie	komorbide Substanzabhängigkeit	Anorexie	bulimische Anorexie	Bulimie	Bulimikerinnen in stat. Behandlung	Bulimikerinnen ohne Behandlung	Allgemeinbevölkerung (Frauen)
Laessle et al. [37]	allg. Diagnose Missbrauch/Abhängigkeit	5%	0%	24%	–	–	–
Halmi et al. [38] (Katamnese, 10-Jahres-Follow-up)	Alkoholmissbrauch Cannabismissbrauch Amphetaminmissbrauch	8% 13%	–	–	–	–	–
		2%					
Herzog et al. [39]	Drogenmissbrauch	7%	17%	12%	–	–	–
Bushnell et al. [40]	Drogenabhängigkeit/-missbrauch	–	–	–	32%	24%	6%
Deep et al. [41]	Alkohol-/Substanzabhängigkeit	29%	–	–	–	–	–
Brewerton et al. [42]	Substanzabhängigkeit	–	–	20%	–	–	–
Wiederman u. Pryor [43]	Amphetaminmissbrauch Kokainmissbrauch Benzodiazepinmissbrauch	3% 1,5% 2,2%	–	17,8% 12,5% 13,8%	–	–	–

Andere Komorbiditäten

Einige Studien untersuchten die Beziehung verschiedener Achse-I- und -II-Störungen und Essstörungen bei Patientinnen mit und ohne komorbiden Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit. So fanden z. B. Bulik et al. 1994 [48] signifikant höhere Werte für das Konstrukt „novelty seeking“ bei bulimischen Patientinnen mit Alkoholmissbrauch. In einer weiteren Studie untersuchten Bulik et al. 1997 [49] Achse-I- und -II-Störungen, Psychopathologie, Persönlichkeits- und Temperamentscharakteristika bei bulimischen Patientinnen mit und ohne Alkoholabhängigkeit in der Krankheitsanamnese. Es zeigte sich, dass bulimische Patientinnen mit früherer Alkoholabhängigkeit überzufällig häufiger Suizidversuche angaben und eine signifikante Prävalenz für Angststörungen, andere Substanzabhängigkeiten, Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsstörungen (hier vor allem Borderline- und histrionische Persönlichkeitsstörung) aufwiesen sowie ebenfalls höhere Werte auf Skalen bezüglich „novelty seeking“, Impulsivität und unreifer Abwehrmechanismen. Auch andere Untersuchungen belegen einen erhöhten Prozentsatz an Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Impulskontroll-Störungen wie z. B. Suizidversuche oder Stehlen im Sinne einer Kleptomanie bei bulimischen Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit [50]. Obwohl die Prävalenzraten von komorbider Alkoholabhängigkeit bei bulimischen Patienten sehr viel höher sind als in der All-

gemeinbevölkerung, unterscheiden sich diese Prävalenzzahlen z. B. nicht von den Prävalenzzahlen von Alkoholabhängigkeit bei Patientinnen mit Major Depression oder posttraumatischer Belastungsstörung [51], d. h., Alkoholabhängigkeit kommt generell häufiger bei Patientinnen mit anderen psychischen Erkrankungen vor und ist nicht spezifisch an die Bulimie gekoppelt.

Kaufsucht

Epidemiologie

Kaufsucht oder zwanghaftes Kaufen wird durch nicht angebrachtes, impulshaftes, sich chronisch wiederholendes Einkaufsverhalten als Reaktion auf negative Gefühle beschrieben, welches zu sozialen, finanziellen, legalen Problemen und/oder Problemen in der Partnerschaft und in zwischenmenschlichen Beziehungen führt [52]. Das Phänomen der Kaufsucht wurde schon von Kraepelin erwähnt, der (so schreibt es Bleuler in seinem Lehrbuch von 1911) die Kaufsüchtigen – die Oniomanen – als Patienten bzw. Patientinnen beschreibt, „bei denen das Kaufen triebhaft ist und zu unsinnigem Schuldenmachen führt, wobei von einem Nagel an den anderen gehängt wird, bis eine Katastrophe für kürzere Zeit die Situation ein wenig klärt – ein wenig, aber niemals ganz, weil sie nie alle Schulden eingestehen“ [53]. Die Kaufsucht bzw. das zwanghafte Kaufen wird im DSM-IV den Impulskontrollstörungen zugeordnet. Bisher ist weitgehend unklar, ob es einen Bezug zu affektiven Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Impulskontrollstörungen oder Zwangsstörungen gibt.

Die Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung werden zwischen 1,8 und 8,1% angegeben [54], wobei diese chronische Störung – ähnlich wie die Essstörungen oder die Kleptomanie – hauptsächlich (80 bis 92%) nur Frauen betrifft [52, 55, 56]. Das Erstmanifestationsalter wird mit einer großen Breite zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr angegeben, das durchschnittliche Befragungsalter lag zwischen 31 und 39 Jahren [55, 56]. Diese Unterschiede lassen sich durch die verschiedenen Gruppen von Patienten in stationärer Behandlung oder aus dem ambulanten Kontakt herleiten.

Tab. 5 Anteile der Verlaufsformen bei komorbiden Sucht- und Essstörungen (angelehnt an Haßfeld & Denecke [47])

Verlauf	anorektisches Syndrom	bulimisches Syndrom	anorektische und bulimische Essstörung
primäre Ess-, sekundäre Suchtstörung	78% (14)	45% (22)	54% (36)
paralleler Verlauf	17% (3)	24% (12)	22% (15)
primäre Sucht, sekundäre Essstörung	5% (1)	31% (15)	24% (16)
Anzahl untersuchter Pat. (n)	100% (18)	100% (49)	100% (67)

Komorbidität zu stofflichen und Abhängigkeits- und anderen psychischen Erkrankungen

Kaufsucht ist häufig assoziiert mit Störungen der Achse I, vor allen Dingen mit affektiven Störungen, Angststörungen und anderen Abhängigkeitserkrankungen [52, 54–58]. In der folgenden Tab. 6 werden die verschiedenen Prävalenzraten dreier Fallstudien vorgestellt. Zusammenfassend kann man festhalten, dass affektive, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen bei kaufsüchtigen Frauen häufiger als in der Allgemeinbevölkerung auftreten [59]. Unter den von Schlosser et al. [56] untersuchten Achse-II-Störungen fanden sich am häufigsten Zwangsstörungen (22%), Borderline-Persönlichkeitsstörungen (15%) und vermeidende Persönlichkeitsstörungen (15%). Eine neuere Untersuchung von Black et al. im Jahr 1998 [60] fand unter den Kaufsüchtigen im Vergleich zu einer gematchten Kontrollgruppe signifikant mehr Alkoholabhängigkeiten (18,2 vs. 9,1%) und Major Depressions (60,6 vs. 27,3%); es konnte auch signifikant häufiger mehr als eine komorbide Störung bei Kaufsüchtigen nachgewiesen werden als in der Kontrollgruppe (48,5 vs. 13,6%).

Betrachtete man in dieser Studie von Black et al. [60] die nächsten Angehörigen bezüglich psychiatrischer Störungen, so zeigte sich, dass Angehörige von Kaufsüchtigen signifikant häufiger alkoholabhängig sind (19,7 vs. 4,3%), signifikant häufiger unter Depressionen litten (18,3 vs. 7,4%), auch häufiger andere Substanzen missbrauchen (5,1 vs. 1,6%), sehr viel häufiger überhaupt eine psychiatrische Störung aufweisen (56,9 vs. 11,1%) und auch häufiger an mehr als einer psychischen Störung leiden (8,8 vs. 1,2%) als die Angehörigen der Kontrollgruppe.

Internet-/Computer-Sucht

Epidemiologie

Das Konzept der Internet-Abhängigkeit bzw. des pathologischen Gebrauchs des Internets/Computers fand 1995 erstmals Eingang in ein medizinisches Wörterbuch. Das Interesse an diesem rela-

tiv neuen Störungsbild hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, wie die wissenschaftliche Literatur sowie die zunehmende Interesse der Medien zeigen [61–69]. Die Prävalenz für Internet- bzw. Computerabhängigkeit ist bisher unbekannt, aber das Wissen darüber, dass Computer weit verbreitet sind und das Internet an Popularität immer weiter gewinnt, lässt daran denken, dass ein solcher pathologischer Umgang mit diesem Medium ein wachsendes Problem sein könnte.

Beschrieben wurde dieser pathologische Umgang bisher folgendermaßen: Es handelt sich um ein sehr zeitraubendes Verhalten, das persönliches Leiden verursacht (vor allen Dingen durch den erlebten Kontrollverlust) und möglicherweise zu erheblichen Konsequenzen führen kann, wie z. B. zwischenmenschliche Probleme, finanzielle oder auch berufliche Schwierigkeiten.

Der pathologische Internet- bzw. Computergebrauch wird den Impulskontrollstörungen zugerechnet, da viele Symptome denen anderer Erkrankungen aus diesem Spektrum ähneln; hier entsteht allerdings wieder die Schwierigkeit der Abgrenzung zu anderen Abhängigkeitserkrankungen, da beide Störungsformen die Unfähigkeit, dem Verlangen zu widerstehen, obgleich man um die negativen Konsequenzen weiß, beschreiben.

Komorbidität zu stofflichen Abhängigkeits- und anderen psychischen Erkrankungen

Die bisher spärlichen Daten zu diesem Störungsbild ergeben sich zumeist aus Fallbeschreibungen; so beschrieben Shapira et al. 1998 [62] 14 Patienten mit problematischem Internetgebrauch, von denen alle, auf die Lebenszeit gerechnet, mindestens eine Achse-I-Störung aufwiesen, die meisten, nämlich 11 Patienten (79%), litten an einer bipolaren affektiven Störung.

Die Arbeitsgruppe um Kraut et al. [67] berichtete, dass ein häufigerer Gebrauch des Internets verbunden war mit einer Zunahme depressiver Affekte und Gefühlen von Einsamkeit, einer Abnahme sozialer Aktivitäten und einem Rückgang der Kommunikation innerhalb der betroffenen Familie.

Variablen	Schlosser et al. [55]	Christenson et al. [54]	McElroy et al. [51]
Anzahl Patientinnen	46	24	20
Rekrutierung	Annonce	Annonce	Klinik
Frauen %	80	92	80
mittleres Alter (J)	31	36	39
mittleres Alter bei Krankheitsbeginn	19	18	30
Diagnoseinstrument	DIS ¹ /SIDP-R ²	SCID ³	SCID
psychiatrische Komorbiditäten:			
affektive Störungen %	28	54	95
Angststörungen %	41	50	80
Suchtstörungen %	30	46	40
Essstörungen %	17	21	35
Impuls-Kontroll-Störungen %	–	21	40
Persönlichkeitsstörungen %	59	–	–

Tab. 6 Fallstudien zu Komorbidität bei Kaufsüchtigen (in Anlehnung an Black [58])

¹ DIS = Diagnostic Interview Schedule; ² SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R; ³ SIDP-R = Structured Interview for the DSM-III-R Personality Disorders

Es kann also davon ausgegangen werden, dass ein Anstieg des Gebrauchs des Internets bzw. des Computers zu einer sozialen Isolation und der Reduktion von Möglichkeiten der sozialen Interaktion führen kann [70].

Eine neuere Untersuchung [71] an 21 Patienten ergab, dass fast 50% der Stichprobe eine aktuelle psychiatrische Störung aufwiesen, darunter war die häufigste Diagnose die Substanzabhängigkeit mit 38%, dann affektive Störungen mit 33%, Angststörungen (19%) und psychotische Störungen (14%). Ungefähr ein Viertel der Patienten hatte eine depressive Störung. 38% der Patienten hatten eine weitere Impulskontrollstörung: So wurde z. B. bei 19% eine Kaufsucht diagnostiziert; andere Störungen betrafen das pathologische Spielen in 10% der Fälle, Pyromanie bei ebenfalls 10%, zwanghaftes Sexualverhalten („Sexsucht“) bei 10%, Kleptomanie bei 1,5% und zwanghafte körperliche Betätigung ebenfalls bei 1,5% der Patienten. Es wurde kein Fall von Trichotilomanie beschrieben.

In der Krankheitsanamnese wurde für 14% ein physischer Missbrauch beschrieben und für 10% ein sexueller Missbrauch während der Kindheit.

Bezüglich der Persönlichkeitsstörungen, die mit dem PDQ-R untersucht wurden, traf auf 52% der Stichprobe mindestens eine Persönlichkeitsstörung zu; am häufigsten trat dabei die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit 24% auf, die narzisstische und die antisoziale Persönlichkeitsstörung kam jeweils zu 19% vor. Die histrionische, die ängstlich-vermeidende, die passiv-aggressive und die selbstverletzende Persönlichkeitsstörung war jeweils in 14% der Fälle diagnostizierbar. Die schizoide, schizotype, zwanghafte und abhängige Persönlichkeitsstörung zeigte sich bei 10% der Patienten. In Anlehnung an den DIS lag die Lebenszeitprävalenz für die antisoziale Persönlichkeitsstörung bei 14%, aber mit dem PDQ-R lag sie bei 19%; die Zusammenführung der beiden Instrumente ergibt dann eine Prävalenz von 10%.

Diskussion

Vor dem Hintergrund der bisher vorhandenen Studien zu stofflichen und nichtstofflichen Abhängigkeitserkrankungen und ihrem gemeinsamen Vorkommen erscheint die nosologische Zuordnung dieser Störungsbilder zu Suchterkrankungen und/oder Impulskontrollstörungen von nebensächlicher Bedeutung zu sein. Vielmehr sind die hohen Prävalenzraten an lebenszeitlicher Komorbidität stofflicher und nichtstofflicher Abhängigkeiten von großer wissenschaftlicher und klinischer Relevanz, denn das gemeinsame Vorkommen – ob nun zeitlich parallel oder aufeinander folgend – lässt auf eine tiefer liegende Störung schließen, die ihren Ausdruck in einem allgemeinen exzessiven Verhalten zeigt, unabhängig davon, ob es sich um psychoaktive Substanzen handelt oder um unkontrollierte Verhaltensweisen. Zwei zentrale Elemente sind in beiden Störungsbildern zu finden: Impulsivität und „sensation seeking“. Die Impulsivität zeigt sich in dem vorhandenen Drang oder Verlangen, das plötzlich auftritt/ausgelöst werden kann, die betreffende Substanz zu konsumieren bzw. das bestimmte Verhalten auszuüben, dem kaum widerstanden werden. Mit „sensation seeking“ ist dasjenige Erleben gemeint, das am ehesten mit freudig-erregter Erwar-

tungshaltung zu beschreiben ist; bei dem Beispiel des Spielsüchtigen bezieht es sich auf jene Zeitspanne der Ungewissheit, in der noch unklar ist, ob er gewinnt oder verliert. Diese Beschreibung stellt eine Erweiterung des früheren Verständnisses von „sensation seeking“ dar, das im Bereich der Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde. In diesem Zusammenhang wurde der Begriff auch mit „Abenteuerlust“ im Gegensatz zu „harm avoidance“ umschrieben und häufig in Zusammenhang mit dissozialer Persönlichkeitsstörung gesetzt.

Lejoyeux et al. [72] konnten einen höheren Grad an Impulsivität und „sensation seeking“ bei alkoholabhängigen Patienten nachweisen, die gleichzeitig noch eine Verhaltensabhängigkeit wie z. B. Spielsucht aufwiesen.

In der Behandlung süchtiger Patienten bzw. von Patienten mit exzessiven Verhaltensweisen ist es von großer Bedeutung, ein eventuell erhöhtes Maß an Impulsivität und „sensation seeking“ zu erfassen, um dies zu einem zentralen Thema in der Therapie zu machen. Die betroffenen Patienten sollten über die Auswirkungen und Gefahren einer erhöhten Impulsivität informiert werden, damit sie in eigenverantwortlicher Weise ihr Verhalten beobachten und so auf eventuelle Tendenzen der Suchtverlagerung aufmerksam werden und sich frühzeitig Hilfe holen können. Eine therapeutische Interventionsform wäre zum Beispiel die psychoedukative Gruppentherapie, in der die betroffenen Patienten durch den intensiven, gegenseitigen Austausch für den eigenen „exzessiven Appetit“ sensibilisiert werden.

Gleiches gilt für Patienten mit stofflicher oder nichtstofflicher Abhängigkeitserkrankung, die zusätzlich unter einer affektiven, einer Angst- oder Persönlichkeitsstörung leiden. Das Wissen um die Häufigkeit dieser Komorbidität ist nicht nur wichtig für ein genaueres Verständnis der Psychopathologie des jeweiligen Patienten, sondern auch für eine umfassende Therapie. Auch hier gilt es, die verschiedenen Störungsbilder mit einem integrativen Therapieansatz zu bündeln und den betroffenen Patienten zum Experten seiner selbst zu machen, damit er rechtzeitig auf (Früh-)Symptome aufmerksam wird und sich um Hilfe bemühen kann. Die immer noch übliche therapeutische Behandlung jeweils nur *einer* Zielstörung schafft künstliche Grenzen und Abspaltungen innerhalb der Patienten, die einer ganzheitlichen Wahrnehmung und damit einem tiefer gehenden Verständnis der eigenen Grundproblematik entgegenstehen. Ziel sollte es sein, den Patienten zum Experten seiner selbst zu machen, damit er aus seiner – in jeder Hinsicht – abhängigen Position herausfindet.

Psychotherapeutische Interventionen sollten, auf dem Hintergrund einer nichtbewertenden therapeutischen Grundhaltung, u. a. Coping-Skills vermitteln und neue Umgangsformen mit Risiko-/Belastungssituationen aufzeigen. Bei einigen Patienten kann eine medikamentöse Therapie als Unterstützung sinnvoll oder auch notwendig sein. Auch bei dieser Klientel wird der Besuch von Selbsthilfegruppen, die sowohl für die meisten stofflichen wie nichtstofflichen Süchte existieren, empfohlen.

Das Thema der Komorbidität von stofflichen und nichtstofflichen Abhängigkeitserkrankungen ist *noch* wissenschaftliches Neuland. Es verdient aber ein tiefer gehendes Interesse, da zu

vermuten ist, dass sich hinter dieser Komorbidität der Schlüssel zu einem tieferen Verständnis von süchtigem Verhalten und vor allem von *rückfälligem* süchtigen Verhalten verbirgt. Zu einigen „neueren“ Störungsbildern wie z. B. der Internetabhängigkeit gibt es bisher „nur“ Fallberichte, andere, wie z. B. die Kaufsucht, die schon lange bekannt sind, finden fast keine Erwähnung mehr, was Grund zu Spekulationen oder Deutungen in unserer heutigen Konsumgesellschaft bietet. Für zukünftige Forschungsprojekte ist es wichtig, die tiefer liegenden Zusammenhänge zwischen stofflichen und nichtstofflichen Abhängigkeitserkrankungen näher zu untersuchen, vor allem an größeren Patientenkollektiven, um die bisherigen Theorien und Modelle zu Suchterkrankungen, Impulskontrollstörungen und Essstörungen den neuen Erkenntnissen anzupassen. Es scheint, dass erst ein Konsens über die Klassifikation dieser Krankheitsbilder erreicht werden muss, damit sich die Aufmerksamkeit der Wissenschaft auf die bedeutsamere Aufgabe, nämlich die Erforschung von Krankheitszusammenhängen, Ätiologien und ihren Therapien, richtet.

Literatur

- 1 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Bern: Huber 1993
- 2 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington: American Psychiatric Association Press 1994
- 3 Markou A, Weiss F, Gold LH et al. Animal models of drug craving. *Psychopharmacol* 1993; 112: 163–182
- 4 Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (12): 839–844
- 5 Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions. *Br J Addict* 1990; 85: 1389–1394
- 6 Lejoyeux M, Adès J, Tassain V et al. Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *Am J Psychiatry* 1996; 155: 1524–1529
- 7 Wittchen U. Comorbidität: Implikationen für ätiologische und Indikationsforschung. Vortrag am 9.11.1992 in der Nervenambulanz der Universität München
- 8 Sabshin M. Comorbidity: A central concern of psychiatry in the 1990s. *Hosp Comm Psychiatry* 1991; 4: 345
- 9 Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen: a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1184–1188
- 10 Volberg RA, Banks SM. A review of two measures of pathological gambling in the United States. *J Gambl Stud* 1990; 6: 153–163
- 11 Volberg RA. The prevalence and demographics of pathological gamblers: implications for public health. *Am J Public Health* 1994; 84: 237–241
- 12 Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health* 1999; 89: 1369–1376
- 13 Westphal JR, Rush J. Pathological gambling in Louisiana: an epidemiological perspective. *J La State Med Soc* 1996; 148: 353–358
- 14 Blume SB. Pathological gambling. In: Miller NS (Hrsg). *The Principles and Practice of Addictions in Psychiatry*. Philadelphia: WB Saunders Company 1997; 422–432
- 15 Briggs JR, Goodin BJ, Nelson T. Pathological gamblers and alcoholics: do they share the same addictions? *Addict Behav* 1996; 21: 515–519
- 16 Castellani B, Rugle L. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *Int J Addict* 1995; 30: 275–289
- 17 Lesieur HR, Blume SB. Pathological gambling, eating disorders, and the psychoactive substance use disorder. *J Addict Dis* 1993; 12: 89–102
- 18 Rosenthal RJ. Pathological gambling. *Psychiatr Ann* 1992; 22: 72–78
- 19 Comings DE. The molecular genetics of pathological gambling. *CNS Spectrums* 1998; 3: 20–37
- 20 Ciarocchi J, Richardson R. Profile of compulsive gamblers in treatment: update and comparisons. *J Gambl Behav* 1989; 5: 53–65
- 21 Lesieur HR, Blume SB. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. *Br J Addict* 1991; 86: 1017–1028
- 22 Castellani B, Wootton E, Rugle D et al. Homelessness, negative affect, and coping among veterans with gambling problems who misused substances. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 298–299
- 23 Ciarocchi JW. Rates of pathological gambling in publicly funded outpatient substance abuse treatment. *J Gambling Studies* 1993; 9: 289–293
- 24 Feigelman F, Kleinman PH, Lesieur HR et al. Pathological gambling among methadone patients. *Drug Alcohol Depend* 1995; 39: 75–81
- 25 Roy A, Smelson D, Lindeken S. Screening for pathological gambling among substance misusers (letter). *Br J Psychiatry* 1996; 169: 523
- 26 Shepherd RM. Clinical obstacles in administering the South Oaks Gambling Screen in a methadone and alcohol clinic. *J Gambl Stud* 1996; 12: 21–32
- 27 Spunt B, Lesieur H, Hunt D et al. Gambling among methadone patients. *Int J Addict* 1995; 30: 929–962
- 28 Spunt B, Lesieur H, Liberty HJ et al. Pathological gamblers in methadone treatment: a comparison between men and women. *J Gambl Stud* 1996; 12: 431–449
- 29 Steinberg MA, Kosten TA, Rounsaville BJ. Cocaine abuse and pathological gambling. *Am J Addict* 1992; 1: 121–131
- 30 Daghestani AN, Elenz E, Crayton JW. Pathological gambling in hospitalized substance abusing veterans. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 360–363
- 31 Toneatto T, Skinner W, Dragonetti R. Patterns of substance use in treatment-seeking problem gamblers: impact on treatment outcomes. *J Clin Psychol* 2002; 58 (7): 853–859
- 32 Hall GW, Carriero NJ, Takushi RY et al. Pathological gambling among cocaine-dependent outpatients. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (7): 1127–1133
- 33 Ibáñez A, Blanco C, Donahue E et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1733–1735
- 34 Fichter MM. Epidemiologie der Anorexia nervosa und der Bulimie. *Abt Ernähr* 1984; 9: 8–13
- 35 Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Comorbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. *Int J Eat Dis* 1994; 16: 1–34
- 36 Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG et al. Psychiatric disorders in women with bulimia nervosa and their first-degree relatives: effects of comorbid substance dependence. *Int J Eat Dis* 1997; 22: 253–264
- 37 Laessle RG, Wittchen HU, Fichter MM et al. The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: lifetime frequency of psychiatric disorders. *Int J Eat Dis* 1989; 8: 569–574
- 38 Halmi K, Eckert E, Marchi P et al. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712–718
- 39 Herzog DB, Keller MB, Sacks NR et al. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 810–818
- 40 Bushnell JA, Wells JE, McKenzie JM et al. Bulimia nervosa in the general population and in the clinic. *Psychol Med* 1994; 24: 605–611
- 41 Deep AL, Nagy LM, Weltzin TE et al. Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa. *Int J Eat Dis* 1995; 17: 291–297
- 42 Brewerton TD, Lydiard RB, Herzog DB et al. Comorbidity of Axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 77–80
- 43 Wiederman MW, Pryor T. Substance use and impulsive behaviors among adolescents with eating disorders. *Addict Behav* 1996; 21: 269–272
- 44 Matsushita S, Suzuki K, Higuchi S et al. Alcohol and substance use among Japanese high school students. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 379–383
- 45 Fukui S, Wada K, Kikuchi S et al. Household survey on drug abuse/dependence. In: Teramoto (Hrsg). *Prevalence of Drug Dependence and Intoxification, and Psychiatric Service*. Tokyo: Japanese Ministry of Health and Welfare 1998; 7–48
- 46 Nagata T, Kawarada Y, Ohshima J et al. Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Res* 2002; 109: 181–191

- ⁴⁷ Haßfeld W, Denecke D. Suchttherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg). Analytische Psychotherapie bei Essstörungen. Therapieführer. Stuttgart: Schattauer Verlag 1996
- ⁴⁸ Bulik CM, Sullivan PF, McKee M et al. Characteristics of bulimic women with and without alcohol abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20: 273–283
- ⁴⁹ Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA et al. Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addict Behav* 1997; 22: 437–446
- ⁵⁰ Suzuki K, Higuchi S, Yamada K et al. Bulimia nervosa with and without alcoholism: a comparative study in Japan. *Int J Eat Dis* 1994; 16: 137–146
- ⁵¹ Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the National Women's Study. *Int J Eat Dis* 2000; 27: 180–190
- ⁵² McElroy SL, Keck PE, Pope HG et al. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 242–248
- ⁵³ Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer-Verlag 1983; 527
- ⁵⁴ Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consumer Res* 1989; 16: 147–157
- ⁵⁵ Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 5–11
- ⁵⁶ Schlosser S, Black DW, Repertinger S et al. Compulsive buying: demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 205–212
- ⁵⁷ O'Guinn TC, Faber RJ. Compulsive buying: a phenomenological exploration. *J Consumer Res* 1989; 16: 132–135
- ⁵⁸ Black DW. Compulsive Buying: a review. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl 8): 50–55
- ⁵⁹ Robins LN, Helzer JE, Weissman MM et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949–958
- ⁶⁰ Black DW, Repertinger S, Gaffney GR et al. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (7): 960–963
- ⁶¹ Dejoie JF. Dependance a Internet: une dependance pas comme les autres? *Rev Med Liege* 2001; 56 (7): 523–530
- ⁶² Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE Jr et al. Psychiatric evaluation of individuals with problematic use of internet. New Research Program and Abstracts of the 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Toronto, Ontario, Canada 1998; Abstract Nr. 157: 110
- ⁶³ Griffiths MD. Internet addiction: an issue for clinical psychology? *Clin Psychol Forum* 1996; 37: 32–36
- ⁶⁴ O'Reilly M. Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1882–1883
- ⁶⁵ Young KS. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychol Rep* 1996; 79: 899–902
- ⁶⁶ Young KS, Rogers RC. The relationship between depression and Internet addiction. *Cyberpsychol Behav* 1998; 1: 25–28
- ⁶⁷ Kraut R, Patterson M, Lundmark V et al. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol* 1998; 53: 1017–1031
- ⁶⁸ Young KS. Caught in the net: how to recognize the signs of Internet addiction, and a winning strategy for recovery. New York, NY: John Wiley & Sons 1998
- ⁶⁹ Turkle S. Life behind the Screen: Identity in the Age of the Internet. New York, NY: Simon & Schuster 1995
- ⁷⁰ Shotton M. The costs and benefits of internet addiction. *Behav Info Technol* 1991; 10: 219–230
- ⁷¹ Black DW, Belsare G, Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 839–844
- ⁷² Lejoyeux M, McLoughlin M, Adès J. Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 129–134