

Stoffgebundene versus stoffungebundene Süchte

Die gegenwärtig massgebenden Diagnostiksysteme grenzen übereinstimmend stoffgebundene und nicht stoffgebundene Verhaltensstörungen ab: dort Missbrauch und Abhängigkeit, hier Störungen der Impulskontrolle. Eine schrittweise Integration ist absehbar, nach Massgabe entsprechender Forschungsergebnisse; Gemeinsamkeiten überwiegen gegenüber Unterschieden. Grundlagen sind empirische Befunde, ExpertInnen-Konsens und ein bio-psycho-soziales Denkmodell. Problematisch und veränderbar bleibt die Abgrenzung des pathologischen vom Normverhalten. Gesundheitspolitisch ist relevant, dass es sich um vermeid- und behandelbare Störungsgruppen mit Krankheitswert handelt.

Ambros A. Uchtenhagen

Prof. MD, PhD, Research Institute for Public Health and Addiction, Universität Zürich, Konradstr. 32, CH-8031 Zürich, Tel. +41(0)44 448 11 60, uchtenhagen@isgf.uzh.ch, www.suchtforschung.ch

Die gegenwärtigen Diagnostiksysteme und ihre Grundlagen

International sind zwei weitgehend aufeinander abgestimmte Diagnostiksysteme im Gebrauch. Beide stellen Weiterentwicklungen von früheren Manualen dar. Die International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation liegt in 10. Auflage vor (ICD-10),¹ das Diagnostic Statistical Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung in 4. Auflage (DSM-IV)². Grundlage beider Werke sind eine systematische Sichtung der Forschungsliteratur und umfangreiche Feldstudien zur Verständlichkeit und Anwendbarkeit der diagnostischen Kriterien. Die folgenden Abschnitte fassen das Wesentliche zu den drei Arten von Verhaltensstörungen zusammen, um die es in diesem Kapitel geht.

Variante I: schädliches Konsumverhalten

Aus epidemiologischen und klinischen Gründen wurde eine Störungskategorie eingeführt, welche noch keine Abhängigkeit oder Sucht bedeutet, sondern ein Konsumverhalten, das bereits zu gesundheitlichen (ICD-10) oder auch sozialen (DSM-IV) Schäden geführt hat und trotzdem fortgesetzt wird. In ICD-10 heisst die Kategorie «harmful use» (schädlicher Gebrauch), in DSM-IV «abuse» (Missbrauch). Die Diagnose kann gestellt werden, wenn das schädliche Verhalten mindestens einen Monat lang oder wiederholt innerhalb der letzten zwölf Monate vorkam. Es gibt keine entsprechende Kategorie für nicht stoffgebundenes schädliches Verhalten.

Variante II: süchtiges Verhalten

Der Begriff Sucht wurde in beiden Systemen durch «Abhängigkeit» (dependence) ersetzt. Eine solche kann angenommen werden, wenn aus 8 Kriterien (ICD-10) oder 7 Kriterien (DSM-IV) deren 3 im Laufe des letzten Jahres während mindestens einem Monat oder wiederholt zutrafen. Die Kriterien sind aus der Tab. 1 ersichtlich. Bislang sind nur stoffgebundene Abhängigkeiten in die Systeme aufgenommen worden.

Variante III: Störungen der Impulskontrolle

Eine Impulskontrollstörung wird angenommen, wenn ein bestimmtes Verhalten als unwiderstehlich erlebt und befolgt wird und zwar, wenn dies wiederholt vorkam (mehr als zweimal). Durch das Verhalten wird ein Spannungs- oder Erregungszustand durch einen Zustand der Befriedigung oder Erleichterung abgelöst. Ausserdem zeichnet sich die Störung aus durch häufige gedankliche Beschäftigung mit dem bestimmten Verhalten. ICD-10 kennt 4 derartige Störungen: pathologisches Glücksspiel, pathologische Brandstiftung (Pyromanie), pathologisches Stehlen (Kleptomanie), pathologisches Haarausreissen (Trichotillomanie). DSM-IV zählt ausserdem das intermittierende explosive Verhalten³ dazu.

Gemeinsame Merkmale der drei Varianten

Bei allen Varianten gibt es einige Gemeinsamkeiten: durch das jeweilige Verhalten wird ein unlustbetonter Zustand in einen Zustand der Befriedigung übergeführt, erlebte Nachteile verhindern die Wiederholung des Verhaltens nicht, Vorbereitung und Durchführung des Verhaltens sowie seine allfälligen Folgen absorbieren viel Zeit und Aufmerksamkeit. Allen Varianten eignet eine Form des Kontrollverlustes über Zeitpunkt und Ausmass des jeweiligen Verhaltens.

Diagnostische Unterschiede zwischen stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Verhaltensstörungen

Die nicht stoffgebundenen Störungen werden als Impulskontrollstörungen mit einem Element der Selbst- oder Fremdschädigung klassiert, während die stoffgebundenen sich auf gesundheitliche Schäden beschränken (ICD-10) oder aber soziale Schäden mitberücksichtigen (DSM-IV). Hinzu kommen die physiologischen Merkmale der Abhängigkeit, mit Toleranzbildung und Entzugserscheinungen bei Absetzen des Stoffes.

Ausblick auf die Neuauflagen der Diagnostiksysteme

Bislang sind erst die geplanten Veränderungen in DSM-5 publik und der Kommentierung zugänglich gemacht worden. Wichtigste Neuerungen sind das Wegfallen der Diagnose «abuse» (Missbrauch) als eigenständiges Störungsbild, und die Einführung des pathologischen Glücksspielverhaltens als Sucht (der Terminus Abhängigkeit soll wieder durch den der Sucht ersetzt

Abhängigkeit DSM-IV (F1x.2) mind. 3 von 7 Kriterien innert 1 Jahr	Abhängigkeit ICD-10 (F1x.2) mind. 3 von 8 Kriterien innert 1 Jahr
1. Verlangen nach Dosissteigerung 2. Entzugssymptome 3. mehr/länger als beabsichtigt 4. Wunsch/Versuche der Reduktion 5. grosses Zeitbudget für Beschaffung etc. 6. Vernachlässigung anderer Aktivitäten 7. fortgesetzter Konsum trotz bekannter Schäden	1. starker Wunsch zu konsumieren 2. mehr/länger als beabsichtigt 3. Konsum mildert Entzugssymptome 4. körperliches Entzugssyndrom 5. Toleranzentwicklung 6. unübliche Konsummuster 7. Vernachlässigung anderer Aktivitäten 8. Konsum trotz gesundheitlicher Folgen
Missbrauch DSM-IV (F1x.1) 1 von 4 Kriterien innert 12 Monaten	schädlicher Konsum ICD-10 (F1x.1)
1. wiederholtes Versagen bei Aufgaben 2. situationsunangepasster Konsum 3. Probleme mit dem Gesetz 4. fortgesetzter Konsum trotz sozialer Probleme	Nachweis gesundheitlicher Folgen, die in Zusammenhang mit dem Konsum stehen (nicht: soziale Folgen)
Impulskontrollstörung DSM-IV (F63)	Störungen der Impulskontrolle ICD-10 (F63)
– fehlender Widerstand gegen Impuls, Trieb, Versuchung, eine Handlung zu begehen – Aufbau von Spannung/Erregung, durch Ausführung der Handlung gelöst Gefühl der Befriedigung/Entspannung – evtl. Reue, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle Formen – Intermittierende explosible Störung – Kleptomanie – Pyromanie – Pathologisches Spielen – Trichotillomanie Kriterien – Mehrere Episoden (>2) – nicht durch andere Störung erklärbar – Element der Selbst- und Fremdschädigung	– Wiederholung des pathologischen Verhaltens trotz negativer Folgen (Spielsucht), ohne materiellen Gewinn oder andere erkennbare Motive (Pyromanie, Kleptomanie) – «unkontrollierbare Impulse» – Verhalten bringt Entspannung Formen – pathologisches Spielen – Pyromanie – Kleptomanie – Trichotillomanie – Andere Kriterien – Wiederholung trotz Folgen – nicht durch andere Störung erklärt – Selbst- und Fremdschädigung

Tab. 1: **Diagnostische Übersicht.**

werden). Andere nicht stoffgebundene Süchte sind in Ermangelung ausreichender Forschungsbefunde nicht berücksichtigt. Gegen die Neuerungen sind ernsthafte Bedenken erhoben worden. Zum einen gibt es Widerstand gegen die Wiedereinführung des Begriffs «Sucht» in die Diagnostik, was die ohnehin vorhandene Stigmatisierung der Betroffenen fördere. Zum andern fehlt bei Wegfall von «abuse» eine wichtige diagnostische Kategorie (in epidemiologischen Studien wesentlich häufiger als die Diagnose der Abhängigkeit und therapeutisch ein Indikator für Kurzinterventionen, die bei Abhängigkeit nicht indiziert sind). Ein Überblick über die Forschungsdefizite und anstehenden Klärungen erschien 2007.⁴

Die Vorarbeiten für ICD-11 sind noch nicht soweit gediehen und es bleibt abzuwarten, ob dieselben Änderungen vorgeschlagen werden.

Grundlagen und Implikationen der Diagnostiksysteme

Zielsetzungen und Vorgehensweise

Zwei Ziele standen im Vordergrund: eine einheitliche Beschreibung der Krankheitsbilder zur interinstitutionellen und internationalen Verständigung (die Diagnose zeigt an, was vorliegt und wovon die Rede ist), und die Beschreibung soll das Erscheinungsbild einer Krankheit, nicht seine Ursachen oder theoretische Begründung betreffen. An vielen Tausenden von PatientInnen sind die Kriterien im Sinne von Hypothesen empirisch überprüft worden, die Verlässlichkeit der Diagnose wurde getestet und durch ExpertInnengruppen beurteilt. Dabei zeigt die Entwicklungsgeschichte der Systeme, dass es sich um vorläufige Erkenntnisse handelt, die grundsätzlich aufgrund neuer Forschung angepasst werden können oder müssen.

Das biopsychosoziale Denkmodell als Grundlage

Es ist ein Missverständnis, wenn aus der Tatsache, dass es sich um medizinische Diagnosen handelt, auf die Annahme eines «biologischen Modells» geschlossen wird.⁵ Unzählige Diagnosen enthalten Hinweise auf nicht-somatische Elemente. Die Diagnose der Abhängigkeit ist geradezu ein Paradebeispiel dafür: die Kriterien betreffen zum Teil die subjektive Wahrnehmung («cra-

ving», Wunsch nach Reduzierung des Konsums), zum Teil das beobachtbare Verhalten (Verlust der Kontrolle über Zeitpunkt und Ausmass des Suchtverhaltens), zum Teil physiologische Vorgänge (Toleranzbildung und Entzugssymptomatik) und zum Teil klinische Feststellungen (gesundheitliche suchtbedingte Schäden). Das grundlegende Krankheitsverständnis ist vielmehr das biopsychosoziale Denkmodell.⁶ Entscheidend ist allerdings, dass es sich in den Diagnostiksystemen um Krankheitsdiagnosen handelt, das heisst um pathologische Störungen mit Krankheitswert (etwa im Unterschied zu moralischen Verirrungen).

Medikalisierung eines psychosozialen Problems?

Ernsthafter trifft der Verdacht, ein soziales oder moralisches Problem werde zu einem medizinischen gemacht, mit allen Folgen für die anzuwendenden Massnahmen. Hier muss aber ebenfalls darauf hingewiesen werden, dass viele Krankheiten nach geltender Lehre als vermeidbare Krankheiten gelten, das heisst durch Umweltfaktoren (einschliesslich Stressbedingungen) oder durch Verhaltensfehler zustande kommen oder zumindest gefördert werden.⁷ Wenn ausserdem genetische Risikofaktoren eine Rolle spielen, unterstreicht dies wiederum das Zusammenspiel von bio-psycho-sozialen Faktoren.

Zur Problematik normativer Vorentscheidungen

Ein grundsätzliches Problem besteht darin, dass mit der Formulierung der Diagnosen ein pathologisches, normabweichendes Verhalten gekennzeichnet wird. Das mag bei eindeutigen somatischen Befunden noch angehen – bei der Einordnung menschlichen Verhaltens gerät man hier rasch in heikle Bereiche. Wie etwa lässt sich normale Trauer eindeutig von einer krankhaften Depression abgrenzen? Bei den stoffgebundenen Abhängigkeiten war es bislang nicht möglich, eine allgemein anerkannte Operationalisierung von «craving» zu finden, und die Kriterien des Kontrollverlustes sind stark soziokulturell geprägt und nicht universell mit dem gleichen Gehalt zu füllen. Früher als pathologisch eingestuftes Verhalten wie Homosexualität gilt heute als eine Normvariante, während früheres Normalverhalten wie Rauchen zur Sucht mutierte. Mit weiteren Änderungen aufgrund gesell-



schaftlicher Normvorstellungen ist zu rechnen. Jede Normabgrenzung muss grundsätzlich problematisch und revidierbar bleiben.

Gesundheitspolitische Implikationen

Entscheidend ist wohl, dass der Trend dahin geht, stoffgebundene und nicht stoffgebundene Verhaltensstörungen als verwandte und vor allem vermeidbare Störungen zu verstehen, die sowohl präventiven wie kurativen Interventionen zugänglich sind, und dass die Forschungsagenda vermehrte Anstrengungen nennt, die Nachweise dafür zu liefern.

Vorläufiges Fazit: ein suchttheoretischer Ausblick

Zwei Entwicklungen sind hier zu nennen: Resultate der Hirnforschung einerseits, eine anthropologische Perspektive andererseits. Neuere Hirnforschung zeigt Gemeinsamkeiten auf bezüglich Strukturen und Prozessen, die bei stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten beteiligt sind, und sie stellt im weiteren fest, dass die für Abhängigkeiten charakteristischen strukturellen Veränderungen gefördert werden durch genetische Faktoren, sowie durch (interne oder externe) Stressbedingungen.⁸ Sowohl die theoretische Analyse der verfügbaren empirischen Befunde⁹ wie die konzeptionelle Weiterentwicklung psychotherapeutischer Ansätze münden in die Feststellung, dass süchtiges Verhalten etwas zu tun hat mit einem Mangel an anderen Befriedigungserlebnissen, mithin einem Missverhältnis zwischen Erwartungen an ein befriedigendes Leben und realen Chancen für eine Erfüllung dieser Erwartungen. Das kann für die stoffgebundenen, wie für die nicht stoffgebundenen Süchte gelten. ●

Literatur

- APA (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Arlington: American Psychiatric Association.
- Engel, G. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136.
- Marmot, M./Wilkinson, R.G. (Hrsg.) (2000): Social determinants of health. Oxford University Press.
- Petry, J. (2010): Das Konstrukt Verhaltenssucht – eine wissenschaftstheoretische Kritik. *Sucht Aktuell* 17: 14-18.
- Saunders, John B./Schuckit, Marc A./Sirovatka, Paul J./Regier, Darrel A. (Hrsg.) (2007): Diagnostic Issues in Substance use Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.
- Volkow, N.D./Fowler, J.S./Wang, G.-J. (2003): The addicted human brain: insights from imaging studies. *J. Clin Investigation* 111: 1444-1451.
- West, R. (2005): Theory of Addiction. Oxford: Blackwell.
- WHO (1991): International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10), Chapter V, Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organisation.

Endnoten

- 1 Vgl. WHO 1991.
- 2 Vgl. APA 2000.
- 3 Unfähigkeit, aggressiven Impulsen zu widerstehen, die zu Gewalttätigkeit oder Zerstörungen führen.
- 4 Vgl. Saunders et al. 2007.
- 5 Vgl. Petry 2010.
- 6 Vgl. Engel 1977.
- 7 Vgl. Marmot/Wilkinson 2000.
- 8 Vgl. Volkow et al 2003.
- 9 Vgl. West 2005.