

Forum für Praxis und Gesundheitspolitik

# DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte

## DSM-5: Removal of the Distinction between Dependence and Abuse and the Opening for Behavioural Addictions

Hans-Jürgen Rumpf<sup>1</sup> und Falk Kiefer<sup>2</sup> für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)

<sup>1</sup>Forschungsgruppe S:TEP (Substanzmissbrauch: Therapie, Epidemiologie und Prävention), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität zu Lübeck

<sup>2</sup>Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Mannheim, Universität Heidelberg

### DSM-5

Am 10.02.10 wurde der Entwurf für die fünfte Ausgabe des Klassifikationssystems Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA) veröffentlicht (American Psychiatric Association, 2010a). Neben dem System der International Classification of Diseases (ICD) in der Sektion F (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1994) stellt das DSM das für die klinische Diagnostik und wissenschaftliche Forschung maßgebliche Klassifikationssystem psychischer Störungen dar. Der Entwurf enthält die Vorschläge für Änderungen in DSM-5, welches offiziell ab 2013 das DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) ablösen soll. Die Abkehr von den römischen, hin zu arabischen Ziffern kann als Symbol für grundlegende Änderungen gelten, die – zumindest für den Suchtbereich – vorgeschlagen werden. Der frühere Oberbegriff „Substanzbezogene Störungen“ erhält die neue Bezeichnung „Sucht und zugehörige Störungen“ („Addiction and Related Disorders“). Subsumiert werden hier sowohl stoffgebundene als auch nicht-stoffgebundene Störungen (American Psychiatric Association, 2010b). Als

erste nicht stoffgebundene Störung wurde das pathologische Glücksspielen aufgenommen. Eine weitere weitreichende Änderung ist, dass die Differenzierung zwischen Missbrauch (Substance Abuse) und Abhängigkeit (Substance Dependence) aufgegeben wurde, um stattdessen eine „Substanzgebrauchsstörung“ („Substance Use Disorder“) zu definieren. Diese beiden wesentlichen Veränderungen werden im Folgenden beschrieben.

### Substanzgebrauchsstörung

Die Zusammenführung von Substanzmissbrauch und –abhängigkeit zu einem gemeinsamen Störungsbild wird durch eine Reihe von Befunden gestützt, die die Differenzierbarkeit von Missbrauch und Abhängigkeit in Frage stellen und der kategorialen Differenzierung eher ein dimensionales Störungsmodell mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden gegenüber stellen. Das vorherige Konzept basierte auf dem Abhängigkeitssyndrom, das von Edwards und Gross (1976) definiert wurde und ein Verhaltensmuster mit eingeschränkter oder fehlender Kontrolle beschreibt. Hiervon abgegrenzt wurden Folgen des Konsums, die als

Missbrauch in die Kategorisierung eingingen. Dieses biaxiale System mit Abhängigkeit auf der einen Seite und Missbrauch auf der anderen war die Basis von DSM-III-R (Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1991) und DSM-IV. Es handelte sich um ein hierarchisches Konzept, das heißt, dass die Diagnose des Missbrauchs nicht gestellt wird, wenn die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllt sind; in diesem Fall hat die Diagnose der Abhängigkeit Vorrang.

Eine Reihe von Studien konnte das unabhängige Bestehen der beiden diagnostischen Kategorien nicht bestätigen. Unter anderem zeigte sich, dass zwar die Alkoholabhängigkeit stabil erfasst werden konnte, sich die Reliabilität der Kategorie Missbrauch jedoch als unbefriedigend erwies (Hasin, Hatzenbuehler, Keyes & Ogburn, 2006). Weiterhin wurde die Diagnose Missbrauch meist aufgrund des alleinigen Merkmals „Wiederholter Konsums in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann“, gestellt. Hierbei handelte es sich in der Regel um das Fahren eines Kraftfahrzeugs unter Alkoholeinfluss. Zweifelhaft erschien, ob dieses für die Stellung einer psychiatrischen Diagnose als ausreichend betrachtet werden sollte. Weiterhin tauchte in epidemiologischen Studien eine Gruppe von Fällen auf, die unterhalb der Schwelle für die Abhängigkeitsdiagnose lag (1 bis 2 erfüllte Kriterien), aber kein Missbrauchsmerkmal aufwies, also nach DSM-IV diagnostisch als „gesund“ galt (z. B. Hasin & Paykin, 1998). Diese Gruppe der „diagnostischen Waisen“ („diagnostic orphans“) leidet möglicherweise an ähnlich schwerwiegenden Substanzproblemen wie die Gruppe der Missbraucher, wurde aber nicht in DSM-IV berücksichtigt.

Weiterhin zeigten Studien, die die Merkmale von Missbrauch und Abhängigkeit mithilfe von Faktorenanalysen untersuchten, dass entweder nur ein Faktor gefunden wurde oder beide Faktoren hoch mit einander korrelierten. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Studien, die die statistischen Methoden der Latent Class Modelle oder der Item-Response-Theorie nutzten. So belegt z. B. eine aktuelle Arbeit mit Daten aus vier Ländern, in denen Patienten in Notfallambulanzen untersucht wurden, dass Missbrauch und Abhängigkeit ein unidimensionales Kontinuum darstellen (Borges et al., 2010). Studien aus dem Bereich von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit sind seltener, kommen jedoch zu ähnlichen Ergebnissen (American Psychiatric Association, 2010b).

Auf Basis der genannten Befunde wird für das DSM-5 vorgeschlagen, die Merkmale von Abhängigkeit und Missbrauch in eine einzige Störung zu überführen und unterschiedliche Ausprägungsgrade der Störung zu bestimmen. Dazu gehören die Kriterien des Missbrauchs, wie er in DSM-IV erfasst wurde, mit Ausnahme des Merkmals der wiederkehrenden Probleme mit dem Gesetz. Dieses erwies sich zum Einen als niedrig prävalent, zum Anderen veränderte die Nicht-Berücksichtigung die Häufigkeit der Diagnosen nicht bedeutsam. Hinzu genommen wurde das Kriterium des Craving (Suchtdruck), welches bislang in der ICD-10 enthalten war, jedoch nicht im DSM-IV. Craving konnte mehrfach in bildgebenden Studien nachgewiesen werden, indem es durch

Reize induziert wurde und mit einer Aktivierung in spezifischen Hirnrealen des Belohnungssystems einherging. Weiterhin erwies sich Craving als prognostisch relevant (Oslin, Cary, Slaymaker, Collieran & Blow, 2009).

Es werden nun insgesamt 11 Kriterien für die Substanzgebrauchsstörung benannt:

1. Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
11. Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren.

Bei Auftreten von 2 Merkmalen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums gilt die Substanzgebrauchsstörung als erfüllt. Die Schwere der Symptomatik wird folgend weiter spezifiziert:

Vorliegen von 2–3 Kriterien: moderat

Vorliegen von 4 oder mehr Kriterien: schwer

Die Einteilung in die beiden Schweregrade basiert auf der Analyse großer Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung, dem Notfallambulanzsetting und dem klinischen Bereich. Mit den statistischen Methoden der Receiver Operating Characteristic Kurven und der Kappa Statistik wurden geeignete Cut-off Werte identifiziert. Bei dem Schwellenwert von zwei Punkten ergibt sich in etwa die gleiche Prävalenz der Substanzgebrauchsstörung wie bei den zusammengefassten alten Kategorien Missbrauch und Abhängigkeit. Die Berücksichtigung von gewichteten Kriterien für eine Ermittlung der Schwere erwies sich als nicht bedeutsam überlegen im Vergleich zu einer einfachen Aufsummierung der erfüllten Kriterien (Dawson, Saha & Grant, 2010).

## Gestörtes Glücksspielen

Die Diagnose „Pathologisches Spielen“ war im DSM-IV den „Impulskontrollstörungen, Nicht Andernorts Klassifiziert“, zuzuordnen, zu denen unter anderem auch Klep-

tomanie und Pyromanie gehörten. Für das DSM-5 wird der Begriff „Gestörtes Glücksspielen“ („Disordered Gambling“) und die Zuordnung zu den Suchterkrankungen, also der Kategorie „Sucht und zugehörige Störungen“, vorgeschlagen. Eine Fülle von Studien belegt die Gemeinsamkeiten von Pathologischem/Gestörtem Glücksspielen und substanzbezogenen Störungen (z.B. Petry, 2006). Diese Ähnlichkeiten beziehen sich auf klinische Merkmale, Ätiologie, Komorbidität, Physiologie und Behandlung. Es werden die Merkmale, wie sie im DSM-IV beschrieben wurden, für DSM-5 übernommen. Von den insgesamt 10 Kriterien fällt das Merkmal der illegalen Handlungen heraus, welches eine geringe Häufigkeit aufweist und nicht wesentlich zur Prävalenz der Störung beiträgt (Strong & Kahler, 2007). Gestörtes Glücksspielen ist damit die erste stoffungebundene Sucht, die in den Bereich von „Sucht und Zugehörige Störungen“ aufgenommen wurde. Avisiert wird die Aufnahme von Internet-Sucht, falls sich die Datenlage hierzu erhärten sollte. Hinsichtlich der diagnostischen Schwelle von Gestörtem Glücksspielen gilt zunächst weiterhin, dass 5 Kriterien erfüllt sein müssen, es wird jedoch darauf hingewiesen, dass Forderungen bestehen, den Schwellenwert zu senken.

## Konsequente Entwicklung auf Basis empirischer Befunde

Der Vorstand der DG-Sucht begrüßt die empirisch begründeten Änderungen ausdrücklich. Dieses betrifft sowohl die Aufnahme von Pathologischem/Gestörtem Glücksspielen als auch die Zusammenführung der Störungen Missbrauch und Abhängigkeit. Die wenig reliable Kategorie Substanzmissbrauch hat in der Praxis der Suchtkrankenversorgung eine eher untergeordnete Rolle gespielt. Der weit überwiegende Teil der in der Suchthilfe Behandelten erfüllte die Kriterien für Substanzabhängigkeit. Sollten die Vorschläge in der geplanten Weise umgesetzt werden, wird zu prüfen sein, welche Verteilung im Hinblick auf die zwei Schweregrade in Therapieeinrichtungen zu finden sein wird. Vorstellbar ist, dass ein Großteil zumindest der stationär behandelten Patienten mindestens vier Kriterien erfüllen wird und somit eine schwere Form der Substanzgebrauchsstörung aufweist. Es sollte jedoch nicht der Fehler entstehen, den moderaten Schweregrad (2–3 Kriterien) als nicht behandlungsrelevant zu bagatellisieren. Im Sinne von früher Behandlung ist es vielmehr sinnvoll, die moderate Störungsform zu berücksichtigen und unter Umständen Behandlungsangebote entsprechend anzupassen. Empirisch zu prüfen wird sein, in welcher Weise diese Gruppe aus eigenem Antrieb Behandlungsangebote aufsucht oder proaktiver, auf die Personen zugehender, Ansätze bedarf. Zudem gilt es zu bedenken, dass im DSM-IV ab einem Schwellenwert von drei Kriterien die Diagnose der Abhängigkeit gestellt wird, so dass z.B. bei Erfüllung der nun vorgeschlagenen DSM-5 Kriterien 4 (Toleranzentwicklung), 5 (Entzugssymptome) und 6

(Kontrollverlust) nicht von einem Schweregrad gesprochen werden kann, der keine Behandlungsrelevanz aufweist. Man mag argumentieren, dass 2 Kriterien nicht für die Erfüllung einer Störung ausreichen. Dagegen spricht, dass die dem DSM-5 zugrunde liegenden Analysen etwa die gleiche Prävalenz für die Substanzgebrauchsstörung wie für die zusammengefassten alten Kategorien Missbrauch und Abhängigkeit ermittelt haben. Insofern ist mit keinem Anstieg der Häufigkeit insgesamt zu rechnen. Ein Teil der nach DSM-5 Diagnostizierten bedarf jedoch vermutlich keiner intensiven Behandlung sondern eher Maßnahmen, die in die Richtung von Kurzinterventionen gehen.

Für die Behandlung von Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung wird entscheidend sein, wie die Leistungsträger im deutschen Versicherungswesen mit der neuen Klassifikation umgehen werden. Ab welchem Schweregrad wird ein Anspruch auf eine qualifizierte Entzugsbehandlung bestehen? Auch stellt sich die Frage, wie der bisherige abstinenzorientierte Therapieansatz in die neue dimensionale Betrachtung passt. Lassen sich Schwellenwerte für einen möglichen risikoarmen Konsum als Therapieziel bestimmen?

Eine wesentliche Veränderung, die sich in der Benennung der Abhängigkeitserkrankung vollzogen hat, wird in der deutschen Übersetzung nur auf den zweiten Blick deutlich, auch wenn sie weitgehende Implikationen für das Verständnis von Suchterkrankungen aufweist: die Bezeichnung „Substance Dependence“ wurde zugunsten der Bezeichnung „Addiction“ aufgegeben, also hin zu einer Bezeichnung, die mehr auf die kognitiven- und verhaltensassoziierten Aspekte der Sucht (Craving, Kontrollverlust) fokussiert. Dies wird auch dadurch deutlich, dass für DSM-5 nun 9 der 11 Kriterien jenseits von Toleranz- und Entzugssymptomen zur Diagnosenbildung beitragen. Die Aufgabe der Begriffe Abhängigkeit und Missbrauch ist im Sinne der Destigmatisierung von Suchterkrankungen zu begrüßen und der Begriff der Substanzgebrauchsstörung bietet hierfür die notwendige Sachlichkeit.

Im Bezug auf das Gestörte Glücksspielen ist in den jetzigen Vorschlägen weiterhin ungelöst, dass eine Herabsetzung des Schwellenwertes von 5 Punkten für die Diagnose als Ziel benannt wird, aber noch keine Vorschläge dazu gemacht werden. Hier bleibt abzuwarten, welche Lösung in der Zukunft gefunden wird. Interessierten sei empfohlen, die jeweils aktuellen Informationen auf der entsprechenden Internetseite [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org) zu verfolgen. Ebenfalls lassen sich dort die Vorschläge für andere Störungsgruppen einsehen. Derzeit laufen Feldstudien, um die neuen Kriterien zu testen. Nach deren Auswertung werden im März/April 2011 revidierte Kriterien veröffentlicht werden. Es folgt eine zweite Serie von Feldstudien, die jene Kriterien, bei denen Änderungen vorgeschlagen wurden, im Fokus haben. Die endgültige Fassung wird im Mai 2013 veröffentlicht werden. In der Zwischenzeit ist eine lebhaft Diskussion der Vorschläge zu erwarten, zu der die DG-Sucht gerne anregen und aufrufen möchte. Die Aufhebung der bisherigen in Sprachgebrauch und Alltag der Suchtkrankenversorgung fest verankerten Begriffe Abhängig-

keit und Missbrauch wird ungewohnt sein, birgt aber eine Chance für die Weiterentwicklung von Sicht- und therapeutischen Herangehensweisen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (2010a). *DSM-5 Development*. Retrieved 30.04.2010 from: <http://www.dsm5.org/Proposed-Revisions/Pages/Substance-RelatedDisorders.aspx>
- American Psychiatric Association (2010b). *DSM-5 Development. Substance-Related Disorders*. Retrieved 30.04.2010 from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/Substance-RelatedDisorders.aspx>
- American Psychiatric Association (Ed.) (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, international version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Borges, G., Ye, Y., Bond, J., Cherpitel, C. J., Cremonte, M., Moskalewicz, J., Swiatkiewicz, G. & Rubio-Stipec, M. (2010). The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction, 105*, 240–254.
- Dawson, D. A., Saha, T. D. & Grant, B. F. (2010). A multidimensional assessment of the validity and utility of alcohol use disorder severity as determined by item response theory models. *Drug and Alcohol Dependence, 107*, 31–38.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Eds.). (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- Edwards, G. & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal, 1*, 1058–1061.
- Hasin, D., Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. & Ogburn, E. (2006). Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction, 101*, 59–75.
- Hasin, D. & Paykin, A. (1998). Dependence symptoms but no diagnosis: diagnostic 'orphans' in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence, 50*, 19–26.
- Oslin, D. W., Cary, M., Slaymaker, V., Collieran, C. & Blow, F. C. (2009). Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug and Alcohol Dependence, 103*, 131–136.
- Petry, N. M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction, 101*, 152–160.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Strong, D. R. & Kahler, C. W. (2007). Evaluation of the continuum of gambling problems using the DSM-IV. *Addiction, 102*, 713–721.
- Wittchen, H.-U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (Eds.). (1991). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

PD Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf

Forschungsgruppe S:TEP  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
DE-23538 Lübeck  
Tel. + 49 (0)451 500 2871  
E-Mail: [hans-juergen.rumpf@psychiatrie.uk-sh.de](mailto:hans-juergen.rumpf@psychiatrie.uk-sh.de)

Univ.-Prof. Dr. med. Falk Kiefer

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Stv. Ärztlicher Direktor  
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI)  
Quadrat J5  
DE-68159 Mannheim  
Tel. + 49 (0)621 1703 3522  
E-Mail: [falk.kiefer@zi-mannheim.de](mailto:falk.kiefer@zi-mannheim.de)