

Diagnostik nicht-stoffgebundener Süchte - Einleitung



B.Sc.
Rehabilitationspsychologie
M 4.3 Wahlpflicht
M.Sc.
Rehabilitationspsychologie
Projektplattform

Gabriele Helga Franke
Hochschule MD-SDL
Letzte Bearbeitung: 05.05.14



Einführung: Begriffe, Einordnung Süchte

2

- I. Überblick Sucht
- II. Epidemiologie
- III. Diagnostik
- IV. Therapie
- V. NSG- bzw. Verhaltenssüchte

I. Überblick Sucht

- ❖ Sucht leitet sich etymologisch von „siechen“ (= krank) ab
- ❖ Generell kann jedes Verhalten zum süchtigen Verhalten entgleisen
- ❖ Heute ist Sucht ein umgangssprachlicher Begriff, der den gesamten Bereich der Alkohol- und Drogenproblematik beschreibt
- ❖ Im klinischen Bereich verwenden wir den ICD-10 Begriff „Abhängigkeitssyndrom“
- ❖ Grundsätzliche Unterscheidung
 - ❖ stoffgebundene
 - ❖ nicht-stoffgebundene bzw. Verhaltenssucht

(Krausz & Haasen, 2004; Mörsen, 2011; Tretter & Müller, 2001)

I. Formen der Sucht

4

Stoffgebundene Abhängigkeit

- ❖ gut beschrieben
- ❖ klinisch definiert
- ❖ breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten
- ❖ treten oft polytoxikoman auf
 - ❖ Nikotinsucht
 - ❖ Alkoholsucht
 - ❖ Drogensucht
 - ❖ Medikamentensucht

Nicht-stoffgebundene Süchte/ Verhaltenssüchte

- ❖ Mangel an fundierter Diagnostik und Therapie
 - ❖ Glücksspielsucht
 - ❖ Kaufsucht – Sammeln/Horten
 - ❖ Arbeitssucht
 - ❖ Sportsucht
 - ❖ Sexsucht
 - ❖ (Esssucht)
 - ❖ Computer(spiel)- und Internetsucht

(Grüsser & Thalemann, 2006; Tretter & Müller, 2001)

I. Diagnostik der Sucht

5

Diagnostische Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10) (nach Grüsser & Thalemann, 2006, S. 19)

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10)

der starke Wunsch bzw. Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren

eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz

ein körperliches Entzugssyndrom, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden

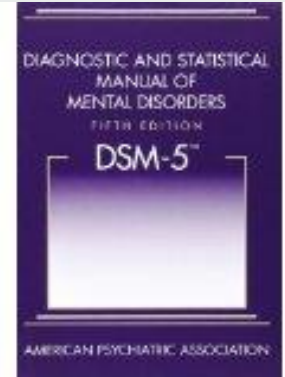
Toleranzentwicklung, d.h. Dosissteigerung um den gewünschten Substanzeffekt zu verspüren

Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten

missbräuchlicher Konsum, d.h. einen eindeutigen Substanzgebrauch trotz Nachweis eindeutiger Schäden

I. Diagnostik der Sucht

- ❖ Ende Mai 2013 wurde das neue DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) auf der Jahreskonferenz der American Psychiatric Association in San Francisco veröffentlicht (APA, 2013).
- ❖ Seit 1999 arbeiteten fast 400 internationale Forscher an der neuen Fassung. Ziel war eine stärkere Berücksichtigung empirischer Erkenntnisse in der Diagnostik.



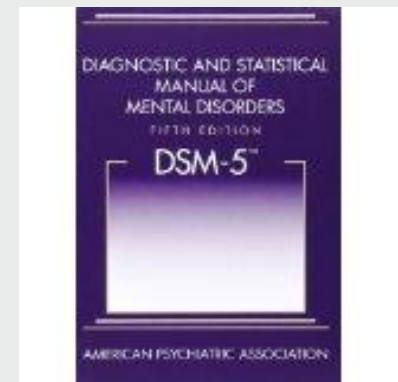
I. Diagnostik der Sucht

Dramatisierung!

- ❖ Werden Störungen mit Krankheitswert geschaffen, wo vorher keine waren?
- ❖ Nimmt die Pharmaindustrie Einfluss?

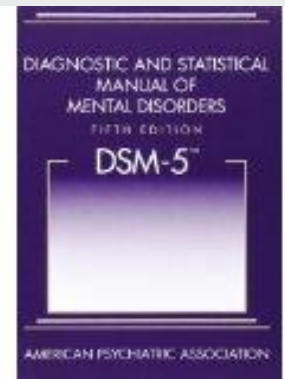
Nutzen?

- ❖ Befürworter hingegen erhoffen sich eine größere Flexibilität im klinischen Alltag und eine Stärkung der Prävention und Intervention (<http://www.ptk-nrw.de/>).



I. Diagnostik der Sucht

- ❖ Im DSM-5 wird die Diagnose «Substanzgebrauchsstörung» (Substance Use Disorder) (SUD) als Schweregraddiagnose entlang einer Dimension «leicht» bis «schwer» (mild-severe) gestellt.
- ❖ Das Prinzip einer kategorialen Diagnostik (Missbrauch vs. Abhängigkeit) wurde somit aufgegeben.
- ❖ Der Begriff «Dependence» wurde durch «Addiction» ersetzt (Thomasius et al., 2014).



Warum wurde das Prinzip einer kategorialen Diagnostik (Missbrauch vs. Abhängigkeit) aufgegeben?

- ❖ Edward und Gross (1976) definierten das Abhängigkeitssyndrom als Verhaltensmuster mit eingeschränkter/fehlender Kontrolle
- ❖ Die Folgen des Konsums gingen als Missbrauch in die Kategorisierung ein.
- ❖ Studien konnten die Unabhängigkeit der Diagnosen Abhängigkeit und Missbrauch NICHT belegen. Die Abhängigkeit ließ sich finden, die Reliabilität der Kategorie Missbrauch war unbefriedigend (Hasin et al., 2006).
- ❖ Menschen mit 1-2 erfüllten Abhängigkeitskriterien ohne Missbrauchsmerkmale waren nach DSM-IV diagnostisch „gesund“ und wurde z.B. von Hasin und Paykin (1998) als „diagnostische Waisen“ („diagnostic orphans“) beschrieben, da sie möglicherweise an ähnlich schwerwiegenden Substanzproblemen wie die Gruppe der Missbraucher litten.

Warum wurde das Prinzip einer kategorialen Diagnostik (Missbrauch vs. Abhängigkeit) aufgegeben?

- ❖ Die Diagnose Missbrauch wurde meist aufgrund des alleinigen Merkmals „Wiederholter Konsums in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann“, gestellt - das Fahren unter Alkoholeinfluss wurde als Kriterium kritisiert.
- ❖ Mathematisch-statisch sind die Konstrukte Missbrauch und Abhängigkeit kaum/nicht zu trennen. 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 (Thomasius et al., 2014).

I. Diagnostik der Sucht nach DSM 5

11

- ❖ **Hoher Zeitaufwand** für Beschaffung & Konsum der Substanz oder zum Erholen von Konsumwirkungen (3)
- ❖ **Kontrollverlust:** fortgesetzter Konsum trotz gegenteiliger Absicht (2) sowie Kenntnis um körperliche oder psychische Probleme durch den Konsum (9); die Substanz wird auch in gefährlichen Situationen (8) sowie in größeren Mengen oder länger als geplant (1) konsumiert
- ❖ **Erleben von Craving** (4), Toleranzentwicklung (10) und körperlichen Entzugssymptomen (11)
- ❖ **Konsequenzen:** Versagen wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause (5), soziale und zwischenmenschliche Probleme (6), Aufgabe oder Reduzierung wichtiger Aktivitäten (7) infolge des Konsums

Bestimmung Schweregrad

- ❖ **Leicht** 2 (bis 3) von 11
- ❖ **Moderate** 4 bis 5 von 11
- ❖ Ab 6 von 11 **schwere** Substanzgebrauchsstörung
- ❖ Das Legalverhalten ist künftig kein diagnostisches Kriterium mehr für eine Substanzgebrauchsstörung (Thomasius et al., 2014).

I. Diagnostik der Sucht: Suchtmittel

12

Substanzgruppen

- ❖ Alkohol
- ❖ Cannabis
- ❖ Halluzinogene vom Phencyclidin-Typ sowie andere Halluzinogene
- ❖ Inhalanzen
- ❖ Opioide
- ❖ Sedativa/Hypnotika
- ❖ Anxiolytika
- ❖ Stimulanzen vom Amphetamin-Typ sowie Kokain
- ❖ Andere Stimulanzen sowie andere/unbekannte Substanzen

❖ NEU: Tabak

❖ NEU: Koffein

❖ Eine Kategorie
«polyvalenter Konsum»
existiert nicht mehr

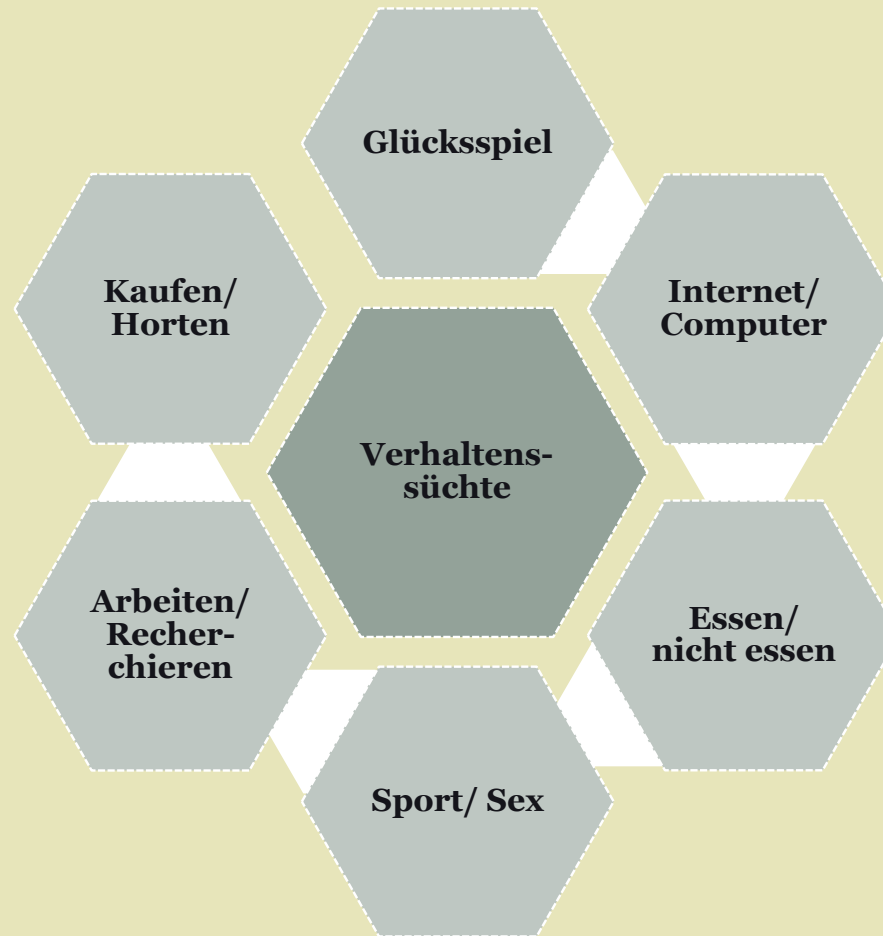
I. Diagnostik der Sucht

DSM-5 klassifiziert „Substanzgebrauchsstörungen“ als exzessives, wiederholtes und schädliches Verhaltensmuster mit negativen psychosozialen Auswirkungen sowie Toleranz- und Entzugerscheinungen.

Insgesamt wird im *DSM-5* die diagnostische Schwelle niedriger gesetzt, so dass mehr Patienten einen Behandlungsanspruch erhalten und neue (Kurz-)Interventions- und Präventionskonzepte entwickelt werden können.

I. Diagnostik der Verhaltenssucht

14



„Kleptomanie“ wird als Störung der Impulskontrolle definiert. Siehe dazu aktuell:

- ❖ Walitza, S. (2014). DSM-5 Kommentar. Zwangsstörungen im DSM-5. Was ist neu? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 121-127.
- ❖ Jans, T. & Reichert, A. (2014). Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter. Symptomatik und Diagnostik. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 86-101.

I. Diagnostik der Verhaltenssucht

Suchthafte Verhaltensmuster können sich allerdings auch nicht-stoffgebunden manifestieren, z.B. beim Glücksspiel, beim Einkaufen, bei der Arbeit, beim Sport oder bei der Sexualität. Diese nicht-stoffgebundenen Süchte begleiten den Menschen schon sehr lange; und generell kann jedes Verhalten suchtartig entgleisen.

Als einzige Verhaltenssucht wurde im DSM-5 die „Glücksspielstörung“ definiert, da sie in Bezug auf Neurobiologie, Komorbidität und Behandlung große Gemeinsamkeiten mit Substanzgebrauchsstörungen aufweist.

Die „Internetspielstörung“ wurde als Forschungskategorie aufgenommen, da sie klinisch besonders relevant erscheint.

Einführung: Begriffe, Einordnung Süchte

17

II. Epidemiologie

II. Erhebungsprobleme

- ❖ die bevölkerungsrepräsentative Erfassung der Häufigkeit von Suchterkrankungen ist schwierig, denn gerade Non-Responder gelten als besonders schwer betroffen
- ❖ in Deutschland werden verschiedene epidemiologische Studien in unregelmäßigen Abständen durchgeführt:
 - ❖ epidemiologischer Suchtsurvey als Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen Erwachsener (nur für Raum Hamburg)
 - ❖ Drogenaffinitätsstudie Jugendlicher mit Verbreitung und Trends des Konsums von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen
 - ❖ Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) als Dokumentation von behandelten Patienten

(Krausz & Haasen, 2001)

II. Epidemiologie: DSHS

- ❖ die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) veröffentlicht seit 2007 jährlich bundesweit Daten über freiwillig teilnehmende stationäre und ambulante Einrichtungen sowie über dort betreute Patienten (Soziodemografie, Diagnosen, Outcome)
- ❖ Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung eines von der DSHS zertifizierten Dokumentationssystems
- ❖ auf diese Weise wurden 2011 im ambulanten Bereich Daten von Zugängen (N=185.696) und Beendern (N=169.942), im stationären Bereich nur von Beendern (N=32.857) erfasst
- ❖ allerdings handelt es sich hier nur um eine Gelegenheitsstichprobe

(Krausz & Haasen, 2001; Stephan et al., 2011)

II. DSHS: Ambulante Daten

Tabelle A: Hauptdiagnosen nach Geschlecht (ambulant)

Hauptdiagnose	G	n	M	F
		153.571	115.563	38.008
Alkohol	54,1%	83093	52,3%	59,5%
Opioide	17,4%	26659	17,6%	16,7%
Cannabis	13,4%	20594	15,3%	7,7%
Sedativa/ Hypnotika	0,9%	1326	0,5%	1,9%
Kokain	2,2%	3443	2,5%	1,3%
Stimulanzien	4,0%	6205	3,9%	4,5%
Halluzinogene	0,1%	118	0,1%	0,1%
Tabak	1,0%	1565	0,8%	1,7%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	60	0,0%	0,1%
And. psychotr. Substanzen	0,6%	925	0,6%	0,6%
Essstörungen	1,0%	1513	0,1%	3,6%
Pathologisches Glücksspielen	5,3%	8070	6,2%	2,4%

Angaben in Prozent. n=754 ambulante Einrichtungen (unbekannt: 4,7%); Bezug: Zugänge/Beender.

G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

(Steppan et al., 2011, S. 58)

II. DSHS: Stationäre Daten

Tabelle B: Hauptdiagnosen nach Geschlecht (stationär)

Hauptdiagnose	G	n	M	F
		32.639	24.373	8.266
Alkohol	72,3%	23603	69,8%	79,7%
Opioide	8,4%	2756	9,1%	6,4%
Cannabis	6,5%	2115	7,5%	3,6%
Sedativa/ Hypnotika	0,9%	308	0,5%	2,3%
Kokain	1,7%	552	2,0%	0,8%
Stimulanzien	3,1%	1023	3,2%	2,9%
Halluzinogene	0,1%	33	0,1%	0,1%
Tabak	0,1%	21	0,0%	0,1%
Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	6	0,0%	0,0%
And. psychotr. Substanzen	3,9%	1257	4,1%	3,0%
Essstörungen	0,0%	10	0,0%	0,1%
PG	2,9%	955	3,6%	0,9%

Angaben in Prozent. n=166 stationäre Einrichtungen (unbekannt: 0.1%); Bezug: Beender
G=Gesamt; M=Männer; F=Frauen

(Steppan et al., 2011, S. 58)

Einführung: Begriffe, Einordnung Süchte

22

III. Diagnostik der Sucht

III. Stand der Diagnostik

- ❖ „[...] nur wenige Instrumente existieren, die das gesamte Spektrum süchtigen Verhaltens erfassen.“
(Krausz & Haasen, 2004, S. 11)
- ❖ Diagnostik dient nicht ausschließlich der Diagnosestellung, sondern vor allem der Beschreibung der Störung und deren Klassifikation, ebenso zur Verlaufsprognostik, Evaluation von Interventionen, der Qualitätssicherung sowie der Forschung
- ❖ es existieren zahlreiche Instrumente zur Erfassung des Alkoholkonsums, aber nur wenig für illegale Substanzen (sowie deren zahlreichen Wirkungen und Folgen)

(Krausz & Haasen, 2004)

III. Diagnostisches Vorgehen

1. aktuelle Sicht auf die Störung
2. Suchtanamnese
3. medizinische Beurteilung mit Untersuchung und Anamnese
4. psychiatrische Beurteilung mit Untersuchung und Anamnese
5. aktuelle soziale Situation
6. allgemeine Biografie
7. Familienanamnese

(Müller, 2001, S. 261)

Einführung: Begriffe, Einordnung Süchte

25

IV. Therapie der Sucht

IV. Ziele der Suchttherapie

- alle Ziele sind gleichrangig, denn das Abstinenzparadigma alleine führt nicht zur Besserung der Lebensqualität
- Ziele sollten dem Suchtverlauf jedes einzelnen Betroffenen angepasst und gemeinsam mit ihm formuliert werden, um Therapieerfolg zu optimieren



(nach Krausz und Haasen, 2004, S. 37)

IV. Behandlungsansätze

- ❖ Beratungsstellen
- ❖ Entgiftung
 - ❖ 1-2 Wochen medizinisch begleiteter Entzug mit anschließenden 3 Wochen Motivation für Interessierte
- ❖ Entwöhnung
 - ❖ i. d. R. 15-16 Wochen
- ❖ Familientherapie
- ❖ Substitution mit psychosozialer Betreuung
- ❖ Selbsthilfegruppen
- ❖ Betreutes Wohnen (Nachsorgeelement)
- ❖ Harm-Reduction (bspw. Sprizentauschprogramme)

(Krausz & Haasen, 2001; Zeitler, 2001)

Einführung: Begriffe, Einordnung Süchte

28

V. NSG- bzw. Verhaltenssüchte

V. Definition

- ❖ „problematisches Verhalten“, „excessive appetites“, „patterns of excess“ oder „Verhaltensexzesse“
- ❖ „Bei der nichtstoffgebundenen Sucht, der Verhaltenssucht, werden keine psychotropen Substanzen von außen zugeführt bzw. eingenommen; der psychotrope Effekt stellt sich durch körpereigene biochemische Veränderungen ein, die durch bestimmte exzessive belohnende Verhaltensweisen ausgelöst werden. Gemeinsames Merkmal der verschiedenen Formen der Verhaltenssucht ist dabei die exzessive Ausführung des Verhaltens, also eine Ausführung über das normale Maß hinaus.“

(Grüsser & Thalemann, 2006, S. 19-21)

V. Besonderheiten

- ❖ haben nur wenig Eingang in die gängigen Klassifikationssysteme gefunden
- ❖ aktuelle Diskussion über Einordnung der exzessiven Verhaltensweisen in die Kategorien:
 - ❖ Impulskontrollstörungen
 - ❖ Zwangsspektrumsstörungen
 - ❖ Abhängigkeitserkrankungen
- ❖ jede Einordnung hätte entscheidenden Einfluss auf therapeutische Implikationen

(Grüsser & Thalemann, 2006)

Quellen

- ❖ Grüsser, S.M. & Thalemann, C.N. (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- ❖ Krausz, M. & Haasen, C. (Hrsg.) (2004). *Kompendium Sucht*. Stuttgart: Thieme.
- ❖ Mörsen, C.P. (2011). Was sind Verhaltenssüchte? Vortrag auf dem Fachtag *Alles zuviel: Wenn Alltag süchtig macht* vom 16.09.2011. Online verfügbar unter: http://www.seko-bayern.de/files/hauptvortrag_verhaltenssuechte.pdf [letzter Zugriff am 20.02.2013, 15:30].
- ❖ Müller, A. (2001). Diagnostik süchtiger Störungen. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.) (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe. S. 252-283.
- ❖ Steppan, M., Künzel, J., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).
- ❖ Thomasius, R., Sack, P.-M., Strittmatter, E. & Kaess, M. (2014). DSM-5 Kommentar. Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 115-120.
- ❖ Tretter, F. & Müller, A. (2001). Grundaspekte der Sucht. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.) (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe. S. 18-32.
- ❖ Zeitler, D. (2001). Das Versorgungssystem im Suchtbereich – Ist-Stand und Perspektiven. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.) (2001). *Psychologische Therapie der Sucht*. Göttingen: Hogrefe. S. 306-327.