

DSM-5 Kommentar

Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5

Rainer Thomasius¹, Peter-Michael Sack¹, Esther Strittmatter² und Michael Kaess²

¹Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. R. Thomasius, ²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Heidelberg, Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. F. Resch

Zusammenfassung. Der Beitrag informiert über die Eingliederung der Suchtstörungen in die Fünfte Auflage des *Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5)* der American Psychiatric Association (APA). Eine DSM-5-Diagnose wird entlang einer Schweregrads-Dimension «Substanzgebrauchsstörung» (Substance Use Disorder) gestellt, wofür explizit operationalisierte diagnostische Kriterien vorgegeben sind. Als einzige «Verhaltenssucht» wurde die «Glücksspielstörung» (Gambling Disorder) in das DSM-5 aufgenommen, zusätzlich wurden vorläufige Kriterien für eine «Koffeingebrauchsstörung» (Caffeine Use Disorder) sowie für eine «Internetspielstörung» (Internet Gaming Disorder) definiert und in das Kapitel III (Störungsbilder, die weiterer Forschung bedürfen) integriert. Für die Versorgung suchgefährdeter und süchtiger Kinder und Jugendlicher in Deutschland hätte eine Übernahme des Kriterienkataloges des DSM-5 weitreichende Folgen. Da die diagnostische Schwelle niedriger ist, würden mehr Patienten einen Behandlungsanspruch erhalten. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die damit verbundene Stärkung von Frühinterventionen bei den Suchtstörungen zu begrüßen. Die neuen Kapitel III-Diagnosen werden durch die erstmals vereinheitlichte Definition von diagnostischen Kriterien international vergleichbare Forschung stimulieren.

Schlüsselwörter: Substanzgebrauch; Substanzgebrauchsstörung; Sucht; DSM-5; Internetspielstörung

Abstract. *Substance-related and addictive disorders in the DSM-5*

This paper concerns the revised classification of Substance-Related and Addictive Disorders in the fifth edition of the American Psychiatric Association's (APA) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. In DSM-5, substance use disorders are diagnosed on a continuum of severity specified by explicit operationalized diagnostic criteria. "Gambling disorder" is the only behavioral addiction added to the DSM. Furthermore, preliminary criteria for "Caffeine Use Disorder" and "Internet Gaming Disorder" have now been defined in the manual. Adopting the DSM-5 criteria catalogue within the German treatment system for children and adolescents with substance use disorders or at risk for developing substance use disorders would be of great significance. Since the diagnostic threshold is lower, more patients would be eligible for treatment. Thus, early intervention in the area of substance use disorders should be strengthened, a development that appears to be highly desirable from the perspective of child and adolescent psychiatry. The current Section III diagnoses, with their now comprehensive diagnostic criteria, facilitate more internationally compatible research.

Keywords: substance use, substance use disorder, addiction, internet gaming disorder

Einleitung

Nach 14-jährigen Bemühungen wurde die fünfte Auflage des *Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5)* der American Psychiatric Association (APA, 2013a) vorgelegt. Wie bereits sein Vorgänger arbeitet das DSM-5 mit dem Komorbiditätsprinzip, d. h. alle Symptome sind diagnostisch im Sinne eines multiplerspektivischen, biopsychosozialen und klinischen Gesamtbildes zu verschlüsseln. Es gibt Operationalisierungen zu Art und

Anzahl der Kriterien für eine Diagnosestellung. Im DSM-5 wird die Diagnose «Substanzgebrauchsstörung» (Substance Use Disorder) (SUD) als Schweregrad diagnose 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.

In «Section II. Diagnostic Criteria and Codes» des DSM-5 ist in dem Abschnitt «Substanzbezogene und Suchtstörungen» (Substance-Related and Addictive Disorders) neben

den substanzbezogenen Störungen als einzige nicht-substanzbezogene Störung (Non-Substance-Related Disorder) die Glücksspielstörung (Gambling Disorder) aufgenommen worden. Die «Section III. Emerging Measures and Models» enthält u. a. vorläufige diagnostische Kriterien für eine «Internetspielstörung» (Internet Gaming Disorder).

In den einzelnen Unterkapiteln finden sich jeweils Informationen zu Risikofaktoren, diagnostischen Markern, Differentialdiagnosen, kulturspezifischen Aspekten u. a. (APA, 2013a). Alle DSM-5-Diagnosen sind jetzt in arabischen Ziffern verschlüsselt, jeweils daneben steht die Signatur der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2000).

Von DSM-IV zu DSM-5

Substanzgebundene Störungen: Gründe der Revision des DSM-IV

Der Revisionsbedarf des DSM-IV wurde stark unterschiedlich beurteilt, z. B. sah Crowley (2006) nur Präzisierungsbedarf, wohingegen etwa die «American Academy of Child and Adolescent Psychiatry» (2005) das DSM-IV als zu restriktiv kritisierte. Problematisiert wurden insbesondere die Kriterien manifeste Abhängigkeit, Toleranzentwicklung und Entzugssymptome (Thomasius, Jung & Schulte-Markwort, 2008). Die diagnostische Kategorie «Missbrauch» (Substance Abuse) hatte sich als wenig reliabel erwiesen (Martin, Chung & Langenbucher, 2008).

Validitätsstudien mit faktoranalytischen wie Latent-Class-Analysen ergaben zum DSM-IV, dass Patientengruppen eher an der *Zahl* als an der *Art* ihrer Symptome unterscheidbar waren. Unter dem DSM-IV wurden hohe Anteile an «Diagnostischen Waisen» (diagnostic orphans) beobachtet, welche keine Missbrauch- (Substance Abuse) Kriterien erfüllten, wohl aber einige Abhängigkeits- (Substance Dependence) Kriterien unterhalb der Schwelle für eine Abhängigkeitsdiagnose (bis zwei erfüllte Kriterien). Andererseits rechtfertigte beispielsweise allein das Führen eines Kraftfahrzeuges unter Alkoholeinfluss eine Missbrauchdiagnose (Martin, Chung & Langenbucher, 2008).

Seitens der entwicklungswissenschaftlichen Experten wurden vor allem folgende Anpassungen gefordert (Martin, Chung & Langenbucher, 2008; Thomasius, Jung & Schulte-Markwort, 2008):

- ein abgestuftes dimensionales Konstrukt für Suchtstörungen, welches auch eine subsyndromale Stufe enthält
- zur Vermeidung von falsch-positiven Diagnosen ein nicht zu niedriger Cut-off-Wert
- Überarbeitungen der ungenügend trennscharfen Kriterien Toleranzentwicklung, Entzugssymptome und Craving
- Entfernen der Kriterien «riskanter Gebrauch» (hazardous use) und «Legalprobleme»
- sowie für die ICD alters- und geschlechtsbezogene Normierungen

Substanzgebrauchsstörungen: Diagnostik im DSM-5

Im DSM-5 wird als gemeinsamer Nenner für alle Substanzgebrauchsstörungen ein exzessives, repetitives und schädliches Verhaltensmuster gesehen, mit negativen psychosozialen Auswirkungen sowie Toleranz- und Entzugsserscheinungen. Der Anspruch, stärker biologisch definierte Kriterien für die Substanzgebrauchsstörungen (mit dem Ziel der Reduzierung von Kriteriumsvarianz sowie des Interpretationsspielraums des Diagnostikers) in das DSM-5 einzuführen, war in einer Arbeitsgruppe («Research agenda for DSM-V») zwar formuliert worden, wurde jedoch nicht eingelöst (vgl. Schmidt, 2006). Kritikern stehen bei den neuen Diagnosekriterien die psychosozialen Konsequenzen bzw. die Unangepasstheit an gegebene sozio-kulturelle Normen zu stark im Vordergrund (Meyer, 2011; vgl. auch Rumpf & Kiefer, 2011).

Mit Blick auf die Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen ist die Betonung der Kognition und der verhaltensbezogenen Aspekte jedoch zu begrüßen. 9 von insgesamt 11 Kriterien sind jenseits der «harten» biologischen Marker (Entzugssymptome, Toleranz) definiert. Für eine leichte Substanzgebrauchsstörung («mild SUD») müssen mindestens 2 (bis 3) von 11 diagnostischen Kriterien erfüllt sein, für eine moderate Substanzgebrauchsstörung («moderate SUD») 4 bis 5 Kriterien und ab 6 von 11 erfüllten Kriterien beginnt eine schwere Substanzgebrauchsstörung («severe SUD»). Diese Cut-off-Werte wurden empirisch, etwa über *Receiver Operation Characteristic*-Kurven, ermittelt. Alle Diagnosekriterien beziehen sich auf den Zeitraum der vorangegangenen 12 Monate. Die insgesamt 11 Kriterien, die für die meisten Substanzen gelten, lassen sich wie folgt gruppieren:

- hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder zum Erholen von Konsumwirkungen (Kriterium 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

Das Legalverhalten ist künftig kein diagnostisches Kriterium mehr für eine Substanzgebrauchsstörung.

Für folgende Substanzgruppen existiert in Kapitel II des DSM-5 eine diagnostische Kategorie: Alkohol, Koffein (allerdings nur zu Koffein-bezogenen Störungen), Cannabis, Halluzinogene vom Phencyclidin-Typ sowie andere

Halluzinogene, Inhalanzien, Opiode, Sedativa/Hypnotika/Anxiolytika, Stimulanzen vom Amphetamin-Typ sowie Kokain und andere Stimulanzen, Tabak (neu), andere/unbekannte Substanzen. Eine Kategorie «polyvalenter Konsum» existiert nicht mehr.

Das Kapitel III des DSM-5 (Section III. Emerging Measures and Models) enthält weiters zwei Symptombilder suchtartigen Verhaltens, zu denen uneinheitliche Studienbefunde vorliegen, und deren Behandlung in den USA nicht über Versicherungsleistungen finanziert wird (www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5). Die Koffeingebrauchsstörung (Caffeine Use Disorder) betrifft potenziell süchtiges Verhalten aufgrund ständigen exzessiven Kaffeekonsums. Die Internetspielstörung (Internet Gaming Disorder) betrifft die zwanghafte Dauerbeschäftigung mit Online-Spielen, wobei andere Bedürfnisse oder Interessen vernachlässigt werden.

Ebenfalls in Kapitel III werden Querschnitts-Screeninginstrumente aus 13 psychiatrischen Bereichen vorgestellt, sog. «Cross-Cutting Symptom Measures», die als public domain-Instrumente verfügbar sind. Auf «Level 1» sollen sie ein einfaches und auf «Level 2» ein genaueres Screening erlauben. Für die Anamnese des Substanzgebrauchs bei Kindern und Jugendlichen wurde ein Fragebogen bereitgestellt (NIDA-Modified ASSIST – Level 2 – Substance use – Parent/guardian of child age 6–17) (APA, 2013b). Die Fragebögen werden von Kindern/Jugendlichen bzw. ihren Eltern/Erziehungsberechtigten im Selbstbericht sowie anschließend vom Kliniker bearbeitet (APA, 2013a), der ein Schweregrad-Rating vornimmt.

Nicht-substanzgebundene Störungen

Verhaltenssüchte wie Pathologisches Spielen oder Kleptomanie waren in dem DSM-IV noch unter den Störungen der Impulskontrolle zu kodieren, andere Verhaltenssüchte (Internetsucht, Kaufsucht, Esssucht oder Sex-Sucht) wurden zusätzlich hinsichtlich einer *de novo*-Aufnahme in das DSM-5 beleuchtet (Petry & O'Brien, 2013). Während das Pathologische Spielen in das DSM-5 als «Glücksspielstörung» (Gambling Disorder) im Kapitel der Suchterkrankungen integriert wurde, wurde die «Internetspielstörung» (Internet Gaming Disorder) als «Forschungsdiagnose» neu in das Kapitel III aufgenommen.

Pathologisches Spielen zeigte in verschiedenen Studien hinsichtlich der Neurobiologie, Komorbidität und Behandlung starke Gemeinsamkeiten mit substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Petry, 2006). Besonders die konklusiven Befunde zur Aktivierung des Belohnungssystems waren hier ein maßgebliches Argument für einen Paradigmenwechsel und trugen zur Aufnahme in das Suchtkapitel des DSM-5 bei (Holden, 2010; Mörsen, Heinz, Bühler & Mann, 2011). Die 10 Kriterien des Pathologischen Spielens (DSM-IV) wurden auf 9 Kriterien für die DSM-5-Diagnose der «Glücksspielstörung» (Gambling Disorder) reduziert, wobei Legalprobleme auch hier zu-

künftig kein diagnostisches Kriterium mehr sind. Die Glücksspielstörung ist somit die erste und einzige nicht stoffgebundene Sucht, die in das Kapitel II des DSM-5 aufgenommen wurde.

Während für die anderen angesprochenen Verhaltenssüchte bis heute kaum Evidenz vorliegt, gibt es eine wachsende Studienlage für die Computerspiel- und Internetsucht (siehe Review von Rehbein, Möhle, Arnaud & Rumpf, 2013; Durkee et al., 2013; Festl, Scharkow & Quandt, 2013). Nicht zuletzt sind das steigende Interesse sowie die hohe klinische Bedeutung dieser Störung auch auf die rasche Verbreitung interaktiver Bildschirmmedien und des Internets im letzten Jahrzehnt gerade bei jungen Menschen zurückzuführen. Obwohl im Vorfeld auch eine Aufnahme des Sammelkonstruktes «Internetabhängigkeit» diskutiert wurde, wurde schlussendlich von der American Psychiatric Association (APA, 2013a) zunächst nur die «Internetspielstörung» (Internet Gaming Disorder) in das Kapitel III des DSM-5 aufgenommen. Die folgenden neun Kriterien, von denen fünf zur Diagnosestellung erfüllt sein müssen, beziehen sich auf das Spielen von Online- und auch Offline-Computerspielen in den letzten 12 Monaten: 1. Gedankliche Vereinnahmung, 2. Entzugssymptome, 3. Toleranzentwicklung, 4. Kontrollverlust, 5. Verhaltensbezogene Vereinnahmung, 6. Fortgesetzter Gebrauch trotz negativer Konsequenzen, 7. Dissimulation, 8. Dysfunktionale Stressbewältigung, 9. Gefährdungen und Verluste.

Kritische Bewertung

Substanzgebundene Störungen

Verschiedene Forderungen seitens der entwicklungswissenschaftlichen Suchtforschung werden durch das neue Suchtkapitel des DSM-5 nicht optimal erfüllt, als wichtigste Kritikpunkte sehen Winters, Martin und Chung (2011) die folgenden:

- Die «Toleranzentwicklung» sei zu eng gefasst, weil z. B. beim Alkoholgebrauch im Jugendalter ein riskantes und physisch schädliches Konsummuster (inklusive neurodegenerativer Auswirkungen) auch ohne Toleranzentwicklung existieren könne.
- Die «Entzugssymptome» seien zu eng gefasst, sie würden oft mit «Katersymptomen» verwechselt und korrelierten zudem kaum mit dem Schweregrad des Substanzgebrauchs.
- Das «Craving» sei zu unpräzise definiert, weil in den vorliegenden Operationalisierungen die Symptome des Cravings von den Symptomen des Entzuges nicht hinreichend trennscharf formuliert worden seien.
- Der niedrige Cut-off-Wert für die Diagnose der Substanzgebrauchsstörung hätte zu viele Fälle von «falsch Positiven» zur Folge; dies beträfe etwa Adoleszente, die, entwicklungspsychologisch gesehen, normativ-passager Alkohol und andere Substanzen konsumierten.

Darüber hinaus ist kritisch zu hinterfragen, warum ein Diagnostikum ohne zugehörige alters- und geschlechtsspezifische Cut-off-Werte erstellt wird, obwohl bereits entsprechende Screening-Fragebögen vorliegen (Sack, Feldmann & Thomasius, 2010)?

Welchen Stellenwert hat zudem der Substanzanamnese-Fragebogen «Level 2 – Substance Use» für die Diagnosebildung? Im Gegensatz zur Erwachsenenversion enthält der Fragebogen für Kinder und Jugendliche keine Cut-off-Werte. Der Fragebogen bezieht sich auf die vorherigen 2 Wochen und nicht (wie die Diagnosekriterien) auf die letzten 12 Monate.

Auf der anderen Seite sind die empirisch begründeten Änderungen des Vorläufers DSM-IV aus entwicklungspsychopathologischer Sicht ausdrücklich zu begrüßen. Denn mit der Berücksichtigung moderater Störungsformen des Substanzgebrauchs erhalten die indizierte Prävention und Frühintervention ein stärkeres Gewicht. Dieser Umstand kann dazu beitragen, dass zukünftig vor allem auch kinder- und jugendgerechte Interventionen rechtzeitig eingesetzt werden.

Nicht-substanzgebundene Störungen

Die Aufnahme der Internetspielstörung in das Kapitel III des DSM-5 ist zu begrüßen, da nun erstmals Forschungskriterien zu dieser Störung vorliegen, die international vergleichbare Studien ermöglichen. Kritisch anzumerken ist demgegenüber, dass die von der APA ausgewählten Kriterien bisher nicht empirisch überprüft wurden. Auch nimmt das Ausklammern anderer Internetaktivitäten (wie zum Beispiel «Chatten» oder «Surfen») bei der Diagnosevergabe eine Selektion vor, die wissenschaftlich nicht belegt ist. Hier dürften vor allem weibliche Internetnutzer, die im Internet vorwiegend soziale Netzwerke aufsuchen aber seltener spielen (Durkee et al., 2012), weitestgehend durchs Raster fallen, obwohl sie bereits im Jugendalter von pathologischem Internetgebrauch sogar stärker betroffen sein können als ihre männlichen Altersgenossen (Rumpf, Meyer, Kreuzer & John, 2011). Eine weitere Debatte, die im Zuge der Entwicklung des DSM-5 geführt wurde, ist die potenzielle Pathologisierung adoleszententypischen Verhaltens, welche auch bei der Internetspielsucht befürchtet werden könnte. Die meisten Jugendlichen mit einer Internet- oder Computerspielabhängigkeit zeigen weitere, bereits vorbestehende psychische Störungen (Carli et al., 2013; Rehbein et al., 2013). Inwiefern die Internetspielstörungen auch unabhängig von komorbiden psychischen Störungen Krankheitswert haben, bleibt vorerst unklar. Exzessives «Gaming» könnte daher auch als jugendliches Risikoverhalten, das keine psychiatrische Diagnose rechtfertigt, verstanden werden, wobei hier die Grenzen, in Analogie zur Substanzgebrauchsstörung wahrscheinlich ebenfalls fließend sind. Ein dimensionales Modell der Internetspielstörungen mit Schweregradeinteilungen (leicht, moderat, schwer) wird in den DSM-5-Forschungs-

kriterien zwar angedacht, aber nicht weiter spezifiziert. Hier besteht großer Forschungsbedarf.

Diskussion

Klinischer Ausblick

«Substanzgebrauchsstörung»

Die Einführung des DSM-5 hat für die Versorgung von minderjährigen Patienten mit Suchtgefährdung oder manifester Abhängigkeit mehrere Implikationen, einige besonders Augenfällige seien an dieser Stelle benannt.

Mehr Patienten erhalten durch das Senken der «diagnostischen Schwelle» einen Behandlungsanspruch, wodurch mehr Kompetitivität in der Versorgung und hohe Kosten erwartet werden (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2013). Demgegenüber ist die Erweiterung des «diagnostischen Blicks» auf frühe Auftretensformen der Suchtstörungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht zunächst sehr zu befürworten.

Es bleibt abzuwarten, ob sich mit der deutlichen Erweiterung des Suchtbegriffs die Interessenlage von Kostenträgern und klinischen Forschern zukünftig ausschließlich auf die schweren Ausprägungen der Substanzgebrauchsstörungen konzentrieren werden. Diese Gruppe dürfte dann im Kindes- und Jugendalter geringer ausfallen als heute und die Versorgungslage würde sich nicht positiv entwickeln.

In der Ausbildung ist ein intensives Anwendungstraining für Ärzte und klinische Psychologen erforderlich, da die diagnostischen Kriterien Interpretationsspielräume haben. Hier ist ausreichende Vorbereitungszeit erforderlich, welche den zum Teil schlechten Vorerfahrungen im Entwicklungsprozess zur ICD-10 Rechnung trägt (Dilling et al., 2012).

Ein bestimmtes diagnostisches Problem wird auch durch das DSM-5 nicht behoben. Die aus suchtpsychiatrischer Sicht für die Diagnostik von Substanzgebrauchsstörungen im Kindes- und Jugendalter wünschenswerte stärkere Gewichtung von ätiopathogenetisch relevanten Risikofaktoren (Alter, Gender, früher Substanzgebrauch, frühe Verhaltensauffälligkeit etc.) ist auch mit dem DSM-5 nicht gegeben. Daher ist das DSM-5 wie sein Vorgänger für eine differenzielle Therapieindikation nur bedingt geeignet.

Im DSM-5 werden bei den ärztlich verordneten Medikamenten die Kriterien Toleranzentwicklung und Entzugserscheinungen als diagnostisch irrelevant definiert. «Aber ob man diese komplexen, auch ethischen Probleme dadurch aus der Welt schafft, dass man bestimmte Zustände umbenennt, sie diagnostisch schlicht ausklammert, bleibt doch zu bezweifeln (Rehm, Frick & Fischer, 2011, S. 54)».

Nicht-substanzgebundene Süchte

Die klinischen Auswirkungen der neuen Diagnose «Internetspielstörung» dürften für Deutschland derzeit noch gering sein, da die Behandlung dieser Kapitel-III-Störung bisher auch in den USA nicht refinanziert wird und die DSM-5 in Europa als klinische Klassifikation bisher nicht anerkannt ist. Dennoch ist zu erwarten, dass die Aufnahme als Forschungsdiagnose die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und spezifischen Therapieangeboten voranbringt (Petry & O'Brien, 2013). Des Weiteren dürften aller Voraussicht nach international vergleichbare Evaluationen therapeutischer Maßnahmen stimuliert werden.

Forschungsausblick

«Substanzgebrauchsstörung»

Wie Studien belegen, erfasst das DSM-5 bei den Substanzgebrauchsstörungen im Erwachsenenbereich die gleichen Personengruppen wie das DSM-IV (Compton, Dawson, Goldstein & Grant, 2013), was für die Forschung eine gewisse Kontinuität bedeutet. Die diagnostischen Schwellenwerte für Kinder und Jugendliche sind jedoch erst noch zu überprüfen. Für die bereits erwähnten Fragebogeninstrumente («Level 1»- und «Level 2»-Cross-Cutting Symptom Measures) liegen lediglich erste Befunde zur Reliabilität vor (Narrow et al., 2013).

Es fehlen weiterhin praktikabel und ökonomisch einsetzbare, validierte Diagnose- und Screening-Instrumente für unterschiedliche Anwender in Ärzteschaft, Jugendhilfe, Schulberatungsdiensten und anderen Berufsgruppen, welche den Erfordernissen in Beratung, Klinik und Forschung gerecht werden (Sack et al., 2010). Für den Fall, dass das DSM-5-Kapitel «Sucht und zugehörige Störungen» in die Revision des ICD-10 eingehen wird, dürften neue, vornehmlich ambulant vorzuhaltende, alters- und genderspezifische Frühinterventionsprogramme relevant werden. Sie müssten entwickelt, erprobt und evaluiert werden.

Nicht-substanzgebundene Süchte

Für die Forschung ist durch die erstmalige Vereinheitlichung von Kriterien zu einer Störung aus dem Formenkreis der Internet- und Computerspielsucht ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu international vergleichbaren Studien unternommen worden. Wesentlich erscheint dabei, dass trotz der Fokussierung auf das online und offline «Gaming» im DSM-5 zukünftig auch andere Internetnutzungsformen hinsichtlich ihres suchterzeugenden Potentials untersucht werden.

DSM-5, ICD und RDoC

Während derzeit noch Diskussionen zu den Reklassifizierungen des DSM-5 geführt werden, plant das National Institute of Mental Health (NIMH) ein «Research Domain Criteria (RDoC)»-Projekt, mit dem Störungsbilder durch strukturell-funktionelle Hirnforschung untermauert und schließlich mit klinisch-symptomatologischen Störungsbildern verbunden werden sollen (National Institute of Mental Health (NIMH), 2013). Laut NIMH ist RDoC (zunächst) nicht als Diagnostikum angedacht, jedoch: Das DSM-5 «may be realistically feasible today for practitioners [but] is no longer sufficient for researchers (Insel & Lieberman, 2013)». Daher könnte es sich als eine wichtige Aufgabe in der nächsten Zukunft erweisen, durch Entwicklung entsprechender Forschungsdesigns den Spagat zwischen ICD, DSM-5 und RDoC zu leisten, will man international anschlussfähig bleiben.

Was ist neu?

- 1) Mit dem DSM-5 wird der Wechsel von einer kategorialen (Missbrauch vs. Abhängigkeit) zu einer abgestuft dimensionalen Diagnostik der Substanzgebrauchsstörungen vollzogen. Das Prinzip der Operationalisierung durch explizite diagnostische Kriterien wird beibehalten.
- 2) Das DSM-5 gewichtet psychosoziale Folgen des Substanzgebrauchs in der Diagnostik stärker als vorher, was mit Blick auf Kinder und Jugendliche sowie entwicklungswissenschaftlich betrachtet zu begrüßen ist. Die Anforderungen an die Ausbildung der klinischen Diagnostiker erhöhen sich indes.
- 3) Die «Internetspielstörung» ist in das DSM-5 aufgenommen worden, wenn auch «nur» in das Kapitel III. Dies allein gibt jedoch wichtige Impulse für die Durchführung belastbarer klinischer Studien und für die Grundlagenforschung im Bereich der «Internetspielstörungen», da nun international vergleichbare Kriterien vorliegen.
- 4) Auch das DSM-5 stellt keine alters- und geschlechtsspezifischen Normierungen bereit, obwohl bereits Screening-Fragebögen mit entsprechenden Cut-off-Werten für riskanten Substanzgebrauch vorliegen.
- 5) Eine Übernahme der DSM-5-Kriterien für die Substanzgebrauchsstörungen in die Revision des ICD-10 würde gesundheitsökonomisch erhebliche Anforderungen an das deutsche Versorgungssystem stellen. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die damit verbundene Stärkung von Frühinterventionen jedoch sehr zu begrüßen.

Literatur

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2005). Practice parameters for the assessment and treatment of child-

- ren and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 609–621.
- American Psychiatric Association (APA). (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2013b). *Online assessment measures. Measure: Level 2–Substance use – Parent/guardian of child age 6–17 (Adapted from the NIDA-Modified ASSIST)*. Retrieved from <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures#Disorder>
- Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E. et al. (2013). The association between pathological Internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*, 46, 1–13.
- Compton, W. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B. & Grant, B. F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*. doi 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.036
- Crowley, T. J. (2006). Adolescents and substance-related disorders: Research agenda to guide decisions on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V). *Addiction*, 101(s1), 115–124.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2013). *Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Zur Diskussion um das angekündigte Diagnosesystem DSM-V. Stellungnahme vom 15.4.2013*. Retrieved from <http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen.html>
- Dilling, H., Bertelsen, A., Cooper, J., Esparza, P., First, M. B., Gubash, R. et al. (2012). Education and training. In S. Saxena, P. Esparza, D. A. Regier, B. Saraceno & N. Sartorius (Eds.), *Public Health aspects of diagnosis and classification of mental and behavioral disorders: Refining the research agenda for DSM-5 and ICD-11* (pp. 143–163) Arlington VA: American Psychiatric Publishing; Geneva: World Health Organization.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B. et al. (2012). Pathological internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction*, 107, 2210–2222.
- Festl, R., Scharkow, M. & Quandt, T. (2013). Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*, 108, 592–599.
- Holden, C. (2010). Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. *Science*, 327, 935.
- Insel, T. R. & Lieberman, J. A. (2013). *DSM-5 and RDoC: Shared interests*. (Press release, May 13, 2013). Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/dsm-5-a-and-rdoc-shared-interests.shtml>
- Martin, C. S., Chung, T. & Langenbucher, J. W. (2008). How should we revise diagnostic criteria for substance use disorders in the DSM-V? *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 561.
- Meyer, R. E. (2011). A commentary on «Addiction and dependence in DSM-V.» *Addiction*, 106, 873–874.
- Mörsen, C. P., Heinz, A., Bühler, M. & Mann, K. (2011). Glücksspiel im Gehirn: Neurobiologische Grundlagen pathologischen Glücksspielens. *Sucht*, 57, 259–273.
- Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kuramoto, S. J., Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Greiner, L. et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part III: Development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 170, 71–82.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2013). *NIMH research domain criteria (RDoC)*. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>
- Petry, N. M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101, 152–160.
- Petry, N. M. & O'Brien, C. P. (2013). Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*, 108, 1186–1187.
- Rehbein, F., Mölle, T., Arnaud, N. & Rumpf, H.-J. (2013). Computerspiel- und Internetsucht – der aktuelle Forschungsstand. *Nervenarzt*, 84, 569–575.
- Rehm, J., Frick, U. & Fischer, B. (2011). Kommentare zu Rumpf und Kiefer (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *SUCHT*, 57, 54–55.
- Rumpf, H. J. & Kiefer, F. (2011). Die Entwicklungen im DSM-5: Kritische Aspekte. *SUCHT*, 57, 59–61.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)*. Forschungsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Sack, P. M., Feldmann, M. & Thomasius, R. (2010). Instrumente zur Erfassung von substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 208–222.
- Schmidt, L. G. (2006). Substanz-bezogene Störungen: Auf dem Weg zu ICD-11 und DSM-V. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 74, 634–642. Abgerufen von <https://www.thieme-connect.com/ejournals/recommend/abstract/10.1055/s-2005-919079> und <https://www.thieme-connect.com/ejournals/alerts>
- Thomasius, R., Jung, M. & Schulte-Markwort, M. (2008). Suchtstörungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (2. Aufl., S. 885–918). Stuttgart: Schattauer.
- Winters, K. C., Martin, C. S. & Chung, T. (2011). Substance use disorders in DSM-V when applied to adolescents. *Addiction*, 106, 882–884.

Manuskripteingang	2. August 2013
Nach Revision angenommen	2. September 2013
Interessenkonflikte	Nein

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
thomasius@uke.de