

2. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und Verhaltenssucht: Definition und Klassifikation

Missbrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Alkohol, Rauschdrogen und Medikamenten) stellen in Deutschland die größte Gruppe psychischer Störungen und einen nicht zu unterschätzenden hohen volkswirtschaftlichen Kostenfaktor dar. So schätzt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2005), dass derzeit etwa 1,5 Millionen Personen in Deutschland alkoholabhängig und etwa 175.000 Personen von anderen Suchtmitteln wie Heroin oder Kokain abhängig sind. Die wirtschaftlichen Folgekosten allein für alkoholbezogene Krankheiten (ohne Kriminalität und intangible Kosten) werden auf mehr als 20,6 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt (DHS, 2005). Bei diesen Statistiken sind noch nicht die psychischen Auswirkungen und wirtschaftlichen Folgen der verschiedenen Formen der nichtstoffgebundenen Sucht bzw. der sog. Verhaltenssucht wie z.B. die Spiel-, Arbeits-, Sex- und Sportsucht berücksichtigt (Poppelreuter & Gross, 2000). In den letzten Jahren ist die Spielsucht, die am besten beschriebene und untersuchte Form der Verhaltenssucht, verstärkt in den Focus der öffentlichen Aufmerksamkeit geraten (Vitaro, Arseneault, & Tremblay, 1997). Von den stoffgebundenen Suchterkrankungen als auch den verschiedenen Formen der Verhaltenssucht sind weltweit nicht nur Millionen Personen direkt betroffen, sondern auch indirekt durch soziale und berufliche Verknüpfungen Millionen weitere Menschen (Albrecht & Grüsser, 2003).

Ende des 19. Jahrhunderts waren die allgemeinen Merkmale stoffgebundener und auch nichtstoffgebundener Suchterkrankungen bekannt und es wurden vier besonders relevante Suchtarten, die Trunk-, Morphin-, Kokain- und Spielsucht, unterschieden. Offensichtlich fand schon damals eine gewisse Gleichsetzung stoffgebundener und nichtstoffgebundener Suchterkrankungen statt, zumindest was ihre diagnostischen Kriterien angeht.

Der Begriff „Sucht“ leitet sich etymologisch von „siech“ - gleichbedeutend mit „krank“ – ab. Entgegen der Wortgeschichte wurde Sucht jedoch mit Suchen zusammengebracht; es wird daher von einer Sucht nach etwas oder einer Sucht, dieses und jenes zu tun oder zu erlangen, gesprochen (Gabriel, 1962). Seit 1965 entspricht die frühere Sucht-Definition der World Health Organization einer Klassifikation nach den verschiedenen Formen der Abhängigkeit. Hierbei werden mehrere Abhängigkeitstypen nach der spezifischen Konsumform von psychoaktiven Stoffen unterschieden (Morphintyp, Barbiturat/Alkoholtyp, Kokaintyp, Cannabistyp, Amphetamintyp, usw.). Wie die rasante Zunahme des multiplen Drogenmissbrauchs unter Jugendlichen jedoch zeigt, lassen sich solche klaren Abgrenzungen

in verschiedene, fest umrissene Typen nur noch selten durchführen. Der moderne Drogenkonsument ist häufig polytoxikoman, d.h. er konsumiert in Mischformen nach Stimmungslage und Verfügbarkeit verschiedene psychoaktive Substanzen gleichzeitig oder in kurzen Abständen (Schmidbauer & vom Scheidt, 1998; Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung, 2004). So erfolgt eine Beschreibung und Einteilung der konsumierten „modernen“ psychotropen Substanzen häufig nach deren Abhängigkeitspotential, psychischen und sozialen Auswirkungen sowie nach der chemischen Zusammensetzung.

In den internationalen Klassifikationssystemen, dem „Statistischen Manual psychischer Störungen“ (aktuelle Version: DSM-V-TR; Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003) und der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (aktuelle Version: ICD-10; Dilling, Mombour, & Schmidt, 2000) werden die stoffgebundenen Süchte als „Abhängigkeitssyndrom“ (ICD-10: F1x.2) bzw. „Substanzabhängigkeit“ (DSM-IV-TR) aufgeführt. Bei dem Konsum von psychotropen Substanzen werden eine Reihe von Syndromen beschrieben, die von der Intoxikation unmittelbar nach dem Konsum bis zum schädlichen Gebrauch (Missbrauch) und zum Abhängigkeitssyndrom reichen. Beim Abhängigkeitssyndrom handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, behavioraler (verhaltensbezogener) und kognitiver Phänomene.

Während sich Missbrauch durch ein schädliches Konsummuster mit negativen sozialen oder zwischenmenschlichen Folgen auszeichnet, kann das Abhängigkeitssyndrom von Entzugssymptomen und Toleranzbildung bis hin zu erheblichen körperlichen und diversen schweren psychischen Beeinträchtigungen begleitet sein.

Nach den internationalen Klassifikationssystemen psychischer Störungen wird schädlicher Gebrauch (ICD-10; Dilling et al., 2000) bzw. Missbrauch (DSM-IV-TR; Saß et al., 2003) einer psychotropen Substanz dann diagnostiziert, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb eines 12 Monats-Zeitraums erfüllt ist:

1. Versagen bei Erfüllen wichtiger Verpflichtungen z.B. bezogen auf die Arbeit, Schule und Familie (DSM-IV-TR);
2. wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen es deswegen zu körperlicher Gefährdung kommen kann (DSM-IV-TR, ICD-10),
3. wiederholte Gesetzeskonflikte wegen Substanzkonsum (DSM-IV-TR) und
4. fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch den Substanzkonsum verstärkt werden (DSM-IV-TR, ICD-10).

Um die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ (ICD-10; Dilling et al., 2000) bzw. „Substanzabhängigkeit“ (DSM-V-TR; Saß et al., 2003) zu stellen, müssen mindestens drei von den folgenden Kriterien in einem Zeitraum von 12 Monaten erfüllt sein:

1. Verlangen bzw. der starke Wunsch bzw. Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren (ICD-10),
2. eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz (ICD 10, DSM-IV-TR),
3. anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche den Substanzkonsum zu verringern (DSM-IV-TR, unter Punkt 2 beim ICD-10 aufgeführt),
4. Toleranzentwicklung, d.h. Dosissteigerung um den gewünschten Drogeneffekt zu verspüren (ICD 10, DSM-IV-TR),
5. ein körperliches Entzugssyndrom (ICD 10, DSM-IV-TR),
6. Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten (ICD 10, DSM-IV-TR),
7. hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum und Regeneration (DSM-IV-TR) und
8. Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger Schäden (ICD 10, DSM-IV-TR).

Folgende Hauptmerkmale der Abhängigkeit werden bei allen Klassifikationssysteme verwendet: 1. die psychische Abhängigkeit: wiederholte Einnahme, um positiven Zustand zu erreichen, 2 die körperliche Abhängigkeit: Anpassung des Stoffwechsels, Toleranzentwicklung (Steigerung der Dosis bei gleicher Wirkung) und Entzugsserscheinungen (substanzspezifisches Abhängigkeitssyndrom) und 3. soziale und gesundheitliche Auswirkungen: soziale Konsequenzen, Leistungsfähigkeit, Beschaffungskriminalität. Während Gewohnheitsbildung als Kriterium für die psychische Abhängigkeit gilt, gelten Toleranz- und Entzugssymptome als Kriterien für die physische, d.h. körperliche Abhängigkeit. Kennzeichnendes Merkmal einer Abhängigkeit ist jedoch vor allem das unwiderstehliche Verlangen nach dem Suchtmittel und eine eingeschränkte Kontrolle über das Sucht(mitteleinnahme)verhalten.

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 Verhaltenweisen ausgelöst werden (Grüsser, 2000; Grüsser & Rosemeier, 2004; Holden, 2001; Marks, 1990; Poppelreuter & Gross, 2000). Bisläng hat das Störungsbild der Verhaltenssucht noch keinen Eingang als eigenständiges Störungsbild in die gängigen Klassifikationssysteme psychischer Störungen, die ICD-10 (Dilling et al., 2000) und das DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) gefunden, womit eine Diagnosestellung für diese Störungen erschwert wird (Grüsser, Thalemann, & Albrecht, 2004; Petry, N.M., 2003; Poppelreuter &

Gross, 2000; Rosenthal, 2003). Derzeit ist nur eine Form der suchtartigen Verhaltensweisen, das „Pathologische Glücksspielen“ (als Spielverhalten mit klinischer Relevanz), aufgenommen und unter der Kategorie der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ als „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ aufgelistet. Daher ist es gegenwärtig auch nur möglich, die verschiedenen Formen der Verhaltenssucht in Anlehnung an die Einordnung des „Pathologischen Glücksspiels“ als „sonstige Störung der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert“ (ICD-10) bzw. „nicht näher bezeichnete Störung der Impulskontrolle“ (DSM-IV-TR), zu diagnostizieren.

Bei den „Abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ sind Verhaltensstörungen zusammengefasst, die sich in der Beschreibung eines unkontrollierbaren Impulses ähneln. Neben dem pathologischen Glücksspiel werden hier u.a. die Pyromanie (pathologische Brandstiftung), die Kleptomanie (pathologisches Stehlen), die Trichotillomanie (zwanghaftes Haareausreißen) und die intermittierende explosive Störung (DSM-IV-TR, Saß et al., 2003) aufgeführt.

Als Störungen der Impulskontrolle werden Verhaltensweisen bezeichnet, bei denen der Betroffene nicht in der Lage ist, dem Impuls, Trieb oder der Versuchung zu widerstehen, eine Handlung auszuführen, die für die Person selbst oder andere schädlich ist. Bei den meisten Störungen fühlt der Betroffene zunehmende Spannung oder Erregung, bevor er die Handlung durchführt, und erlebt dann Vergnügen, Befriedigung oder ein Gefühl der Entspannung während der Durchführung der Handlung. Nach der Handlung können eventuell Reue, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle auftreten (DSM-IV-TR, Saß et al., 2003). Die Einordnung des pathologischen Spielens unter die Störung der Impulskontrolle erweist sich jedoch als unzureichend und kann verhindern, dass geeignete Elemente aus der Behandlung suchtkranker Patienten in der Therapie angewendet werden (Albrecht & Grüsser, 2003; Meyer & Bachmann, 2000; Poppelreuter & Gross, 2000; Potenza, 2002).

Neben dem nur schwer kontrollierbaren, intensiven Drang zu spielen, lauten die diagnostischen Merkmale für „Pathologisches Glücksspiel“ in inhaltlicher Übereinstimmung mit den diagnostischen Kriterien für „Substanzabhängigkeit“: dauerndes, wiederholtes Spielen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr, anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse, und ständiges gedankliches und vorstellungsmäßiges Beschäftigtsein mit dem Glücksspiel. Die für die stoffgebundene Abhängigkeit zentralen Kriterien der Toleranzentwicklung und des Entzugssyndroms werden nicht genannt. Im Vordergrund steht somit das starke Verlangen zu

spielen und die eingeschränkte Kontrolle über das Suchtverhalten, das trotz negativer Konsequenzen fortgesetzt wird.

In der Literatur stehen einheitlichen Kriterien für das Störungsbild der exzessiven, belohnenden Verhaltensweisen mit klinischer Relevanz verschiedene Bezeichnungen gegenüber. Zum einen werden exzessive, belohnende Verhaltensweisen als Impulskontrollstörung bzw. Zwangsspektrums-Störung (z.B. Hand, 2003; Hollander & Wong, 1995; Lesieur, 1979; Linden, Pope, & Jonas, 1986) und zum anderen als nichtstoffgebundene Sucht bzw. Verhaltenssucht (z.B. Grüßer, Plöntzke, & Albrecht, 2005; Grüßer, im Druck; Holden, 2001; Lejoyeux, McLoughlin, & Adès, 2000; Marks, 1990; Petry, J., 2003; Poppelreuter & Gross, 2000) bezeichnet.

So bevorzugen einige Autoren den Begriff der Impulskontrollstörung (z.B. Krueger, 1988). Angesichts der Erfüllung der diagnostischen Kriterien für Abhängigkeit zeigt sich die Diagnose „abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle“ jedoch für das Störungsbild der Verhaltenssucht als zu ungenau. Hier werden v.a. verschiedene, nicht an anderer Stelle klassifizierbare Verhaltensstörungen zusammengefasst, während der exzessive Gebrauch von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen explizit ausgeschlossen wird (ICD-10, Dilling et al., 2000). Wenn auch empirische Studien der letzten Jahre zeigen, dass Impulsivität ein wesentliches Charakteristikum bei z.B. pathologischen Glücksspielern ist (Carlton & Manowitz, 1994; Steel & Blaszczynski, 1998), scheint eine Konzeptualisierung als Impulskontrollstörung dennoch nicht ausreichend, da Impulsivität bzw. eine Störung der Impulskontrolle als ein Kernpunkt des grundsätzlichen Abhängigkeitsgeschehens angesehen wird (Maddux & Desmond, 2000; Volkow & Fowler, 2000) und sich ebenso z.B. bei Alkoholabhängigen nachweisen lässt (z.B. Petry, J., 2001).

Nach dem DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) können die impulsiven Handlungen auch als zwanghaft beschrieben werden, dennoch sind sie differentialdiagnostisch von den Zwangshandlungen abzugrenzen. Einige Autoren bevorzugen daher den Begriff der Zwangsspektrums-Störungen („obsessive-compulsive spectrum disorder“). Dieser Begriff beschreibt eine Gruppe von Störungen, die durch den intensiven Drang, ein spezifisches Verhalten durchführen zu müssen, charakterisiert ist. Dieser Drang wird von unangenehmen Gefühlen begleitet, die erst nach der Durchführung des Verhaltens nachlassen (Cartwright, De Caria, & Hollander, 1998; Hantouche & Merckaert, 1991; Hollander, Skodol, & Oldham, 1996; McElroy, Hudson, Pope, Keck, & Aizley, 1992). Es wird dabei postuliert, dass alle Störungen mit dem Charakteristikum des Impulsiven und Zwanghaften auf einer Achse liegen, wobei das pathologische Glücksspiel zwischen Zwanghaftigkeit und Impulsivität liegt,

die jeweils entgegengesetzte Pole darstellen (Blaszczynski, 1999). Hierbei finden sich die eher zwanghaften Störungen, gekennzeichnet durch Risikovermeidung, exzessive Überkontrolle und Verhaltensinhibition an einem, und die mehr durch Impulsivität und damit Verhaltensdisinhibition sowie mangelnder Kontrolle gekennzeichneten Störungen am anderen Achsenende (Skodol & Oldham, 1996). So wird z.B. bei den exzessiven, belohnenden Verhaltensweisen auch von einem zwanghaften Verhalten (z.B. zwanghaftes Kaufen bzw. „compulsive buying“; z.B. Black, 1996) geschrieben und das Störungsbild der Verhaltenssucht als Zwangshandlung definiert.

Die Diagnose Zwangsstörung scheint jedoch für die Verhaltenssucht nicht zutreffend zu sein. So werden z.B. Zwangshandlungen (auch anfänglich) nicht als angenehm empfunden und gelten häufig als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinlich eintretendes Ereignis, das Unheil anrichten könnte. Die Zwangshandlung wird in der Regel nicht lange vorbereitet und teilweise unmittelbar mehrfach stereotyp wiederholt.

Andere Autoren postulieren, dass die Merkmale des Störungsbildes mit den Merkmalen der Abhängigkeitsstörung vergleichbar sind und formulieren den Begriff der Verhaltensabhängigkeit („behavioral dependence“) bzw. sprechen von einer Verhaltenssucht (Blanco, Moreyra, Nunes, Saiz-Ruiz, & Ibanez, 2001; Böning, 1999; Dickerson, 1993; Griffiths, 1993a, 1993b; Grüsser, 2002; Grüsser, Plöntzke, et al., 2005; Grüsser & Thalemann, im Druck; Holden, 2001; Jacobs, 1986; Orford, 2001; Meyer & Bachmann, 2000; Petry, J., 2003; Potenza, 2002; Potenza, Kosten, & Rounsaville, 2001). Hierbei wird betont, dass sowohl das Verlangen von Verhaltenssuchtigen, ihrer Verhaltensroutine nachzugehen als auch das auftretende körperliche und psychische Unbehagen und die Nervosität, sobald die Durchführung des Verhaltens verhindert wird, die Verlangens- und Entzugssymptomatik von Substanzabhängigen widerspiegeln.

Des Weiteren wird von einer homöostasegeleiteten kompensatorischen Reaktion des Organismus (Toleranzentwicklung) bei der Ausübung des Verhaltens ausgegangen. Aufgrund der Toleranzentwicklung muss ein Verhaltenssuchtiger sein Verhalten immer häufiger und intensiver ausüben, um den gewünschten Effekt bzw. die gewünschte Wirkung zu erhalten. Ein pathologischer Spieler z.B. steigert im Verlauf seiner Suchtentwicklung immer weiter die Spielintensität oder der pathologische Käufer seine Einkäufe. So kann bei pathologischen Spielern beobachtet werden, dass sie an mehreren Automaten bzw. Roulettetischen gleichzeitig spielen. Pathologische Käufer berichten z.B., dass sie immer häufiger Bestellungen bei Versandhäusern aufgeben mussten, oder sich immer häufiger und länger in Kaufhäusern aufhielten.

Bei den verschiedenen Formen der Verhaltenssucht, wie z.B. der Arbeits-, Kauf-, Sport-, Sex- und Spielsucht, wurden bereits mehrfach die diagnostischen Kriterien und das klinische Erscheinungsbild einer Abhängigkeitserkrankung beschrieben (Albrecht & Grüsser, 2003; Bachmann, 2004; Grüsser, Thalemann et al., 2004; Lehmann, Rosemeier, & Grüsser, 2004; Plöntzke, Albrecht, Thalemann, & Grüsser, 2004; Poppelreuter, 1997; Poppelreuter & Gross, 2000; Shaffer & Kidman, 2003).

Vergleichbar zu dem Phasenmodell der Alkoholabhängigkeit (Jellinek, 1946) wird auch bei den Verhaltens Süchtigen im fortgeschrittenen Stadium der Sucht eine typische abhängigkeitsdynamische Entwicklung beobachtet. So wurde für die Glücksspielsucht ebenfalls ein Phasenmodell formuliert (Custer, 1987), welches in ein positives Anfangsstadium, ein kritisches Gewöhnungsstadium sowie das sog. Sucht- oder Verzweiflungsstadium unterteilt ist. Ein weiterer Hinweis, dass eine Kategorisierung von exzessiven, belohnenden pathologischen Verhaltensweisen als Verhaltenssucht sinnvoll ist, ist die hohe Komorbidität zwischen diesen und der Substanzabhängigkeit; umgekehrt zeigt sich bei Substanzabhängigkeit auch eine hohe Komorbidität mit der Verhaltenssucht (z.B. dem pathologischen Glücksspiel: Moreyra, Ibanez, Saiz-Ruiz, & Blanco, 2004; Orford, Morison, & Somers, 1996). Andere Störungen, die komorbid mit einer Verhaltenssucht auftreten, wie z.B. affektive Störungen, antisoziale Persönlichkeitsstörungen oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, treten ebenso gehäuft bei Substanzabhängigen, jedoch nicht bei Patienten mit einer Zwangsspektrums-Störung, auf (Blanco et al., 2001; McElroy, Keck, Pope, Smith, & Strakowski, 1994; Steel & Blaszczyński, 1998). Auch bezüglich der Geschlechtsverteilung sowie neuropsychologischer und neurokognitiver Befunde wurden Übereinstimmungen zwischen der Substanzabhängigkeit und der Verhaltenssucht gezeigt (Bechara, 2003; Boyer & Dickerson, 2003; Moreyra et al., 2004; Rugle & Melamed, 1993).

Neuere psychophysiologische Befunde und Ergebnisse von bildgebenden Verfahren weisen ebenso auf eine Parallelität zwischen der Substanzabhängigkeit und pathologischem Glücksspiel hin (Grüsser, Plöntzke et al., 2005; Grüsser, Plöntzke, & Albrecht, 2003; Reuter, Raedler, Rose, Hand, Glascher, & Buchel, 2005). Des Weiteren lassen auch erste molekulargenetische Ergebnisse, insbesondere der Zusammenhang zwischen dem Polimorphismus des Dopamin-D2-Rezeptors, dem Monoaminoxidase-A2-gen und dem Serotonintransportergen, wie sie bei pathologischen Spielern gefunden wurden, auf Gemeinsamkeiten zwischen den Verhaltens Süchtigen und einer Substanzabhängigkeit schließen (Perez de Castro, Ibanez, Saiz-Ruiz, & Fernandez-Piqueras, 1999; Blum, Wood, Sheridan,

Chen, & Comings, 1995). Einige Studien deuten darauf hin, dass bei dem pathologischen Glücksspiel von mit der Substanzabhängigkeit vergleichbaren zugrundeliegenden neurobiologischen Strukturen und biochemischen Botenstoffen ausgegangen werden kann (z.B. Bechara, 2003). Bislang gibt es jedoch nur wenige neurobiologische und psychopharmakologische Untersuchungen zu den verschiedenen Formen der Verhaltenssucht. Erste Befunde v.a. von Untersuchungen zur Glücksspielsucht weisen auf eine Involvierung der Transmitter Noradrenalin, Dopamin und Serotonin sowie des opioiden Systems hin (Bergh, Eklund, Sördersten, & Nordin, 1997; Blanco, Orensanz-Munoz, Blanco-Jerez, & Saiz-Ruiz, 1996; Eber & Shaffer, 2000; Ibanez, Blanco, & Saiz-Ruiz, 2002; Nordin & Eklundh, 1999; Roy, Adinoff, Roehrich, et al., 1988; Roy, De-Jong, & Linnoila, 1989; Shah, Potenza, & Eisen, 2004). Jedoch stehen hier weitere Untersuchungen und somit schlussfolgernde Erkenntnisse noch aus.

Der synonym genutzte Begriff der Verhaltensabhängigkeit bzw. Verhaltenssucht impliziert, dass eine Belohnung für ein Gehirn eine Belohnung ist, unabhängig davon, ob es sich bei den sekundären Verstärkern um pharmakologische Substanzen handelt, die direkt auf Neurotransmitter wie das dopaminerge Belohnungssystem einwirken (Everitt, Dickinson, & Robbins, 2001), oder ob die Verhaltensweisen wie andere Umweltreize indirekt auf das Gehirn einwirken (Böning, 1999; 2001; Grüsser, im Druck; Grüsser & Thalemann, im Druck; Holden, 2001; Marks, 1990).

Bislang gibt es keine Studien, die bei den verschiedenen Formen der Verhaltenssucht in Anlehnung an die aktuellen Erklärungsansätze (s. Kapitel 4) zur Abhängigkeitsentwicklung die diagnostischen Kriterien der Abhängigkeit und das Verlangen nach dem Suchtverhalten (bzw. der Ausübung des Suchtverhaltens) untersucht haben.