

Störungen der Impulskontrolle: Nichtstoffgebundene Abhängigkeiten (Süchte), Zwangsspektrum-Störungen ... oder?

Iver Hand

Disorders of Impulse Control: Non-Substance Dependence, OCD Spectrum Disorder . . . or?

Die Diskussionen darüber, „was eine Sucht ist“, ob und wie Suchterkrankungen von Zwangsstörungen abgrenzbar sind und wie dementsprechend Süchte zu behandeln sind, gibt es seit Jahrzehnten. Immer noch fehlt ein konsensfähiges Ergebnis. Wohl in keinem anderen Bereich psychischer Störungen wurde und wird die Debatte mit einer derartigen Emotionalisierung wie in diesem Störungsspektrum geführt.

Zum Verständnis der Hintergründe dieser Diskussion scheinen drei Betrachtungsebenen wesentlich:

- die Psychopathologie und Forensik,
- die Funktionsdiagnostik,
- die Ökonomie im Gesundheitswesen.

Hierzu folgen einige Anmerkungen.

Zur Psychopathologie der Störungen der Impulskontrolle

In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) werden unter F63 folgende „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ subsumiert: pathologisches Spielen (F63.0); pathologische Brandstiftung (Pyromanie; F63.1); pathologisches Stehlen (Kleptomanie; F63.2); Trichotillomanie (F63.3); andere (F63.8); nicht näher bezeichnete (F63.9).

Die sozial vermutlich weitaus relevanteste Variante – pathologisches Kaufen oder „Kaufsucht“ – wird dabei explizit gar nicht aufgeführt: Schamgefühl und Tabuisierung in einer ausufernden Konsumgesellschaft, in der der Glaube an stetes Wachstum einen Religionsersatz darzustellen scheint?

Die Kaufsucht kann unter F63.8 jedoch versteckt werden: „Die betroffene Person kann des Öfteren Impulsen, sich auf eine bestimmte Art zu verhalten, nicht widerstehen. Der Handlung geht eine Anspannung voraus, der während des Handlungsablaufes ein Gefühl der Erleichterung folgt.“

Auf dieser Beschreibungsebene werden die Gemeinsamkeiten all dieser Störungen gesehen. Ganz im Sinne von ICD-10 und dem amerikanischen Pendant DSM-IV wird damit eine Beschreibung, nicht aber eine ursächliche Erklärung gegeben. Dies wird von Klinikern oft und gelegentlich auch in der Forensik übersehen. Aus der Achse-I-Diagnose alleine lässt sich die individuell erforderliche Therapie nicht hinreichend ableiten – weder im „Sucht“- noch im „Neurosen“-Bereich.

Das Dilemma bei dem Versuch, Sucht und Zwang in der psychopathologisch-forensischen Beweisführung zugunsten der Sucht zu entscheiden, zeigt besonders eindrucksvoll der Definitionsversuch der „Spielsucht“ durch den früheren Gießener Psychiater Schumacher [1]. Er führt folgende fünf Kriterien an, die auch bei nichtstoffgebundenen Formen den Charakter einer Sucht begründen können:

1. Der Symptomcharakter eines Verhaltens, d. h., der Aufbau der Störung gleicht dem eines neurotischen Symptoms.
2. Der Wiederholungszwang. Ebenfalls wie bei neurotischen Symptombildungen ist ein zwanghaftes Sich-Wiederholen der Verhaltensauffälligkeiten beobachtbar.
3. Das Merkmal der Progredienz (Intensität des Verhaltens selbst, der inneren Anteilnahme und der zeitlichen Ausdehnung).

Bereich Verhaltenstherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie c/o Zentrum für Psychosoziale Medizin im UKE, Hamburg

Institutsangaben

Iver Hand · Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UKE) ·
Martinistraße 52 · 20246 Hamburg

Korrespondenzadresse

Bibliografie

Suchttherapie 2003; 4: 51–53 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

4. Eine Entdifferenzierung der Persönlichkeit (Einengung aller sozialen Bezüge, Verlust an Interessen außerhalb des Spielfelds – bis hin zu einer Art sozialer Defektbildung).
5. Das Auftreten von psychischen, u. U. auch physischen Entzugerscheinungen.

Schumacher postuliert ferner, „bei echten Abhängigkeiten ist die Störung aufgebaut in Art einer neurotischen Symptombildung, spezieller noch in Art eines Zwangssymptoms ... Erst die Zwanghaftigkeit, das Nicht-mehr-vom-Ich-Beeinflussbare, die Eigengesetzlichkeit und Automatik, mit der das Geschehen abläuft, indizieren den Symptom- und damit den Suchtcharakter eines Verhaltens“. Wird damit die Zwangsstörung zur Suchterkrankung erklärt?

Ab Anfang der 80er-Jahre wurde es dann zur Mode (begeistert in den Laienmedien aufgegriffen), die „Versüchtelung der Gesellschaft“ zu propagieren. In seinem Buch „Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben ...“ [2] beschreibt der Frankfurter Psychologe Groß die bis dahin entdeckten über 50 neuen, stoffunabhängigen Süchte.

Eine größere Anzahl internationaler Autoren sah in den nicht-stoffgebundenen Süchten (NSS) sogar „die Sucht in Reinform“. Das entscheidende Merkmal der Sucht sei die „psychische Abhängigkeit“ – und diese könne bei den NSS besser als bei den stoffgebundenen erforscht werden, da die Funktion des Gehirns nicht durch Fremdstoff-Einwirkung verändert sei.

Damit wurde aber die Klärung des Suchtbegriffes nur weiter „vernebelt“: Für „psychische Abhängigkeit“ wurde ebenso wenig wie für „Sucht“ eine konsensfähige Operationalisierung gegeben. Es ist beeindruckend, dass dennoch bei Laien, Betroffenen und Teilen der Fachkreise beide Begriffe ein „Aha-Erlebnis des Verstehens“ hervorrufen.

Die Funktionsdiagnostik bei Störungen der Impulskontrolle

In der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie unterscheiden wir die:

- intrapsychische Funktionalität und die
 - interaktionelle Funktionalität
- von Symptomverhalten.

Die *intrapsychische Funktionalität* wird hinsichtlich positiver und negativer Verstärkung unterschieden. „Ich kaufe, also bin ich“, d. h., Selbstwertfestigung über Marken-Label wäre positive Verstärkung im Rahmen einer materiellen Sinnorientierung in der Lebensführung. Gleiches gilt für die „Freude am Haben“ des Gekauften – bei exzessivem Ausmaß dieses Verhaltens wäre dann ggf. zu trennen zwischen einem Sammler und einem zwangskranken Horter. Dient exzessives Sammeln/Horten aber der Ablenkung von negativer Befindlichkeit (d. h. negativer Verstärkung), so ist dies qualitativ eine vollständig andere Form intrapsychischer Funktionalität, mit völlig anderen Behandlungsschwerpunkten. Die weitaus häufigste Form intrapsychischer Funktionalität bei pathologischem Glücksspielen oder Kaufen, bei Kleptomanie oder Trichotillomanie und sogar bei der Zwangsstörung im engeren Sinne, die wir bei unseren Studien

gefunden haben, ist die negative Verstärkung. Das daraus abgeleitete Behandlungskonzept ist bei den Zwangsspektrum-Störungen nur minimal symptom- und schwerpunktmäßig „ursachen“orientiert, wodurch sich eine deutliche interindividuelle Varianz in Therapieplanung und Durchführung ergibt. Zielpunkt sind die Ursachen für die (emotional-kognitiv-physiologische) negative Befindlichkeit. Das Grundkonzept geht davon aus, dass bei erfolgreicher Behandlung in diesen Bereichen eine spezifische Symptomtherapie nicht mehr erforderlich ist. Unsere Therapieergebnisse und Langzeit-Katamnesen bestätigen dieses in hohem Maße.

Ganz anders stellt sich die Situation dar, wenn überwiegend positive Verstärkung das entsprechende Problemverhalten aufrechterhält. Bei pathologischen Spielern in den USA, Australien und Neuseeland scheint dies bei den Männern eine sehr häufige Form dieses Problemverhaltens zu sein, nicht bei den dortigen Frauen und nicht bei Männern und Frauen in Deutschland, Spanien oder Brasilien. Die bisher dazu vorliegenden Studien machen sehr deutlich, dass sich bei diesen Störungen möglicherweise erhebliche transkulturelle Unterschiede zeigen, die eine Übertragbarkeit von favorisierten Behandlungsformen in der einen auf die andere Kultur nicht automatisch möglich machen. Selbst bei der Trichotillomanie, dem pathologischen Haare-Ausdrehen oder -Reißen, gibt es durchaus Aspekte positiver Verstärkung (wie es eine unserer Patientinnen formulierte: „Gelegentlich gönne ich mir ein Haar.“).

Die *interaktionelle Funktionalität* vom Symptomverhalten spielt gerade auch bei den Zwangsspektrum-, Zwangs- und Suchterkrankungen eine erhebliche Rolle. So wurden im Bereich der Alkoholsucht die „Frauen, die zu viel lieben“, aus einer an die Betroffenen gerichteten Buchpublikation in ihrer Rolle als Co-Alkoholikerinnen so nachhaltig beschrieben, dass in Deutschland vorübergehend in den 80er-Jahren hunderte, wenn nicht tausende von Selbsthilfegruppen entstanden. Über den Umgang mit Symptomverhalten in Paarbeziehungen und in Familienkonstellationen wurden aus der Verhaltenstherapie zahlreiche klinische Beispiele beschrieben. Das Symptomverhalten kann z. B. beim pathologischen Glücksspielen des Sohnes eine indirekte Abreaktion von Aggressionen gegenüber dem Vater oder den Eltern darstellen; in Paarbeziehungen kann es die vorbewusste oder teilbewusste Provokation der Partnerin sein, endlich die immer wieder angedrohte Trennung zu vollziehen, die der Spieler glaubt selbst zu wollen, aber die er direkt nicht umsetzen kann. Über die „Kaufsucht“ kann sich die schwere Frustration der Partnerin des erfolgreichen Geschäftsmannes ausdrücken, der aus „Sachzwängen“ seines Berufes immer weniger Zeit für die Beziehung zur Verfügung hat, dafür aber immer mehr Geld in die Aufrechterhaltung der Beziehung bei der Partnerin „investiert“; die Verschwendung von Geld durch zunehmenden Kauf von Unnutzern kann sowohl die provokative Verachtung für das „sauer verdiente“ Geld des Partners ausdrücken als auch die eigene Hilflosigkeit, an der Situation etwas wirklich zufrieden stellend zu verändern.

In nicht wenigen Therapiesituationen erscheinen die interaktionellen Funktionalitäten des Symptomverhaltens relevanter als die intrapsychischen – und dementsprechend ist die Therapie dann darauf auszurichten.

Die Bedeutung der Ökonomie im Gesundheitswesen bei den Störungen der Impulskontrolle

Überlegungen zur Konzeptbildung über bestimmte krankhafte Verhaltensweisen oder „abnorme Gewohnheiten“ in der Gesellschaft müssen, zumindest in unserem Lande, spezifische Entwicklungen der Ökonomie im Gesundheitswesen berücksichtigen. Wir haben ein breit ausgebautes Versorgungssystem für Suchterkrankungen (stoffgebundene Abhängigkeiten) einerseits und für früher sog. neurotische und psychosomatische Erkrankungen andererseits. In beiden Bereichen gibt es auch hinsichtlich der Finanzierung ein gesetzlich abgesichertes breites ambulantes Behandlungsangebot sowie eine große Anzahl von bettenführenden Kliniken. Dementsprechend sind direkt und indirekt insgesamt hunderttausende von Arbeitsplätzen von der Inanspruchnahme dieser Versorgungseinrichtungen abhängig. Deshalb haben wir auch eine nicht abreißende Diskussion zur Frage, welcher Patient in welche dieser Einrichtungen zu behandeln, wann eine primär stationäre oder primär ambulante Behandlung erforderlich ist und wer jeweils der Kostenträger sein soll (Kranken- oder Rentenversicherung). Es darf davon ausgegangen werden, dass diese Diskussion auch durch erhebliche monetäre Interessen der Gesamtgruppe der Anbieter mitbestimmt wird. Interessanterweise waren zum Zeitpunkt der Entdeckung der nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten in den frühen 80er-Jahren gerade deutliche Veränderungen in der Belegungspraxis der Suchtkliniken eingetreten. Entgegen früherem Credo wurde verstärkt einer ambulanten Primärbehandlung Aufmerksamkeit gewidmet, dementsprechend sanken die Belegungszahlen der spezialisierten Kliniken. Es wäre sicher eine bössartige Unterstellung, zu behaupten, dass deshalb die neuen, nichtstoffgebundenen Süchte erfunden wurden, um die frei gewordenen Betten zu belegen. Es wäre andererseits aber auch naiv auszublenden, dass die Entdeckung der neuen Süchte in einem zweiten Schritt dann als eine neue und willkommene Möglichkeit der Bettenbelegung angesehen wurde.

Ausblick

Abschließend lässt sich feststellen, dass gerade am Beispiel des pathologischen Glücksspiels über die vergangenen fast drei Jahrzehnte sehr deutlich geworden ist, dass das ursprüngliche Festhalten einer analogen Therapie zu dem Suchtkonzept der anonymen Alkoholiker bzw. anonymen Spieler als Hauptintervention bei dieser Störungsform erheblich relativiert worden ist. Gerade auch im Bereich der Glücksspielforschung wurden rigide Konzepte eines für alle Betroffenen absolut unverzichtbaren Abstinenzgebotes und eines damit zusammenhängenden hochschwelligeren Therapieprogramms weitgehend aufgegeben. Wesentlich flexiblere und individuumszentriertere verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen haben deutlich verändernd nicht nur auf die Behandlung pathologischer Glücksspieler, sondern wahrscheinlich auch auf die Behandlungsangebote stoff-

gebundener Süchte (auch durch die vermehrte Tätigkeit ausgebildeter Verhaltenstherapeuten in typischen Suchtkliniken) eingewirkt. Es wird zunehmend akzeptiert, dass sich hinter der jeweiligen Achse-I-Diagnose doch ein recht heterogenes Spektrum individueller Störungsmuster und ursächlicher oder aufrechterhaltender Funktionen und Bedingungen verbirgt mit der Notwendigkeit entsprechend spezifischer Therapieausrichtung. Besonders deutlich zeigte dieses der Titel einer Tagung der Abteilung für Suchtforschung der Harvard Medical School im Dezember 2002 in Las Vegas „Neue Modelle für Sucht: Wie Spiel- und andere Verhaltenssüchte das Konzept und die Behandlung von Alkohol- und Substanzmissbrauch-Störungen verändern“ (Re-thinking addiction: how gambling and other behavioral addictions are changing the concept and treatment of alcohol and substance-use disorders). Nachdem in den USA, mehr als in Deutschland, in früheren Jahren das klassische Suchtmodell die Behandlung von Spielern bestimmte, so scheint jetzt aus eigenständigen Ansätzen in der Behandlung von Glücksspielern ein rückwirkender Einfluss auf die klassischen Suchtkonzepte zu beginnen. In Deutschland hat sich in den letzten Jahren ebenfalls eine wesentlich offenere Diskussion zum „Suchtkonzept“ entwickelt. Die „Stellungskriege“, die bis Mitte der 90er-Jahre noch oft zu beobachten waren, sind jetzt eher die Ausnahme. Die fortlaufende Forschung im Bereich der stoffgebundenen Süchte wie auch der Zwangsspektrum-Störungen wird sicher in den kommenden Jahren noch viele anregende Ergebnisse erbringen, u. a. zu einer differenziellen Indikationsstellung für ein Arbeiten nach dem klassischen AA-„Suchtmodell“ bzw. nach einem „Neurosen“-Modell bei Sucht- wie auch bei Zwangsspektrum-Störungen.

„Das Grundproblem bei der Sucht ist die Unfähigkeit der Versuchung zu widerstehen“ (The problem of addiction essentially is the inability to resist temptation, Coggan u. Davis, 1988).

Wir werden im Einzelfall immer klarer verstehen lernen, warum manche Menschen kontinuierlich die kurzfristigen Konsequenzen ihres Verhaltens als verhaltenssteuernd gegenüber den langfristigen Konsequenzen vorziehen – und wir werden immer besser in der Lage sein, sie dabei zu unterstützen, eine Motivation und Fähigkeiten zur Verhaltensänderung zu entwickeln.

Literatur

- 1 Groß W. Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben ... Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag 1989
- 2 Schumacher W. Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bei nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten. In: de Gruyter W (Hrsg). Festschrift für Werner Sarstedt. Berlin 1981
- 3 Hand I. „Zwangs-Spektrum-Störungen“ oder „Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten“? In: Mundt Ch, Linden M, Barnett W (Hrsg). Psychotherapie in der Psychiatrie. Wien, New York: Springer 1997
- 4 Hand I. Pathologisches Kaufen – Kaufzwang, Kaufrausch oder Kaufsucht? In: Lenz G, Demal U, Bach M (Hrsg). Spektrum der Zwangsstörungen. Wien, New York: Springer 1998