

Schweregradeinteilung für Suchterkrankungen im neuen DSM-5

Michael Soyka^{a,b}, Gerd Baumgärtner^a

^a Psychiatrische Klinik, Universität München, Deutschland

^b Privatklinik Meiringen, Schweiz

Summary

Issues relating to severity levels of addictive disorders according to the new DSM-5

The new edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), published in May 2013, moves away from the categorical distinction between substance abuse and dependence. The terms “dependence” and “misuse” or “abuse” have now been replaced by the term “substance use disorder”. This disorder is categorised in terms of severity, with a “light” substance use disorder defined by 2–3 criteria being present in the preceding 12 months, “moderate” by the presence of 4–5 criteria, and “severe” by 6 or more criteria being fulfilled. These marked changes have an impact on the diagnosis, therapy, and research of substance-related and addictive disorders. In this article, the “severity” of substance use disorders, as defined by DSM-5, is discussed critically by means of three typical case reports, along with contributory findings from longitudinal studies.

Key words: diagnosis; alcohol dependence; nicotine dependence; prognosis; therapy; DSM-5; addiction

Einführung

Der Diagnose von Suchterkrankungen liegen verschiedene Theorien und Modelle zugrunde (Übersicht in [1, 2]). Ende Mai 2013 erschien die Neuauflage des Amerikanischen Klassifikationssystems DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in der 5. Ausgabe (DSM-5, APA 2013 [3]). DSM-5 bringt gegenüber früheren Ausgaben eine erneute Ausweitung der Anzahl psychiatrischer Erkrankungen. Während die Änderungen bei anderen psychiatrischen Störungen eher überschaubar sind [4–6], fallen sie für Suchterkrankungen bedeutsam aus und sind zum Teil erheblich (Übersicht in [7, 8]). Für Suchterkrankungen wurde das frühere kategoriale System mit der Unterscheidung von Missbrauch (schädlicher Gebrauch) und Abhängigkeit, wie es im DSM-IV und auch in der ICD-10-Klassifikation (WHO 1984) angewandt wurde, zugunsten eines dimensional Konzeptes aufgegeben [40]. Ausserdem wurde das pathologische Spielen als erste «Verhaltenssucht» unter die Suchterkrankungen subsumiert.

Vorab soll am Beispiel der Alkoholkonsumstörungen die Entwicklung von DSM-IV zu DSM-5 tabellarisch gegenübergestellt werden (Tab. 1):

Die Aufgabe der kategorialen Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit wirft eine Reihe von grundlegenden Problemen auf, die z.B. von Heinz und Friedel [8] diskutiert wurden. An dieser Stelle soll vor allem zu dem in DSM-5 definierten «Schweregrad» der Suchterkrankungen Stellung genommen werden.

Kurz zusammengefasst nennt DSM-5 heute elf Kriterien für das Vorliegen von Substanzgebrauchsstörungen. Die bisherigen Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit wurden zusammengeführt [9–11]. Zumindest in seiner deutschen Übersetzung kann der Begriff nicht überzeugen. Im Vergleich zu DSM-IV ist das Symptom Craving (Verlangen) neu in den Kriterienkatalog aufgenommen worden [12, 37], legale Probleme wurden dagegen gestrichen, da dieses Merkmal insgesamt zu niedrig prävalent war, wahrscheinlich auch von den politischen und kulturellen Rahmenbedingungen abhängig [8]. DSM-5 geht davon aus, dass beim Vorliegen von zwei bis drei Kriterien eine leichte, bei vier bis fünf Kriterien eine mittelgradige und bei sechs oder mehr Kriterien eine schwere Substanzgebrauchsstörung vorliegen würde. Die Kriterien müssen über einen Zeitraum von zwölf Monaten erfüllt sein.

Der Begriff des Schweregrads in diesem Zusammenhang erscheint aus vielen verschiedenen Gründen problematisch. Üblicherweise ist in der Medizin die Angabe eines Schweregrads (entsprechend etwa dem Staging bei Tumorerkrankungen) mit bestimmten prognostischen Überlegungen und auch Therapieeinschätzungen verbunden. Kurz gesagt könnte man diskutieren, ob bei «schweren» Abhängigkeitserkrankungen z.B. eine vollständige Abstinenz, bei leichteren Substanzgebrauchsstörungen auch nur schadensminimierende Ansätze im Sinne einer Konsumreduktion angezeigt sind [13]. Bevor anhand dreier, realitätsnaher, aber idealtypischer Kasuistiken das Problem des Schweregrads bei Alkohol- und Nikotinkonsum diskutiert wird, sollen einige grund-

Tabelle 1: Überblick über die Kriterien nach DSM-IV und DSM-5 bezüglich der Einteilung in «substance abuse» (Missbrauch), «Abhängigkeit» und «Substanzgebrauchsstörung» am Beispiel der Alkoholkonsumstörungen.

	DSM-IV substance abuse (Missbrauch) (mindestens 1 Kriterium)	DSM-IV Abhängigkeit (mindestens 3 Kriterien)	DSM-5 Substanz- gebrauchs- störung (mindestens 2 Kriterien)
Vernachlässigung von Pflichten	x	–	x
Alkoholkonsum trotz körperlicher Risiken	x	–	x
Alkoholkonsum trotz psychosozialer Probleme	x	–	x
Alkoholkonsum trotz Problemen mit der Polizei oder mit dem Gesetz	x	–	–
Toleranzentwicklung	–	x	x
Entzugssymptome	–	x	x
Kontrollminderung	–	x	x
Zwanghaftes Trinken	–	x	x
Hoher Zeitaufwand für die Alkoholbeschaffung	–	x	x
Vernachlässigung anderer Aktivitäten	–	x	x
Konsum trotz Kenntnis um negative Folgen	–	x	x
Craving	–	–	x

Tabelle 2: DSM-5-Kriterien für die Alkoholkonsumstörung.

	Fall A	Fall B
1. Alkohol wird häufig in grösseren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.	x	x
2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.	x	x
3. Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen.		
4. Craving oder ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren.	(x)	x
5. Wiederholter Alkoholkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.		x
6. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen von Alkohol verursacht oder verstärkt werden.		x
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.		x
8. Wiederholter Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt.		x
9. Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht oder verstärkt wird.	x	(x)
10. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien: a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen erwünschten Effekt herbeizuführen. b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol.	x	x
11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äussern: a) Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Alkohol. b) Alkohol (oder eine sehr ähnliche Substanz, wie etwa Benzodiazepine) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.	(x)	x

sätzliche methodische Einwände gegen das Schweregradkonzept im DSM-5 erfolgen.

Problematisch erscheint zum einen, dass keinerlei Konsummengen (z.B. Trinkmenge pro Tag oder Zigaretten pro Tag) in die diagnostischen Kriterien einbezogen wurden. DSM-5 spricht hier, wie schon die Vorgängerversionen, unscharf von «problematic pattern» des Substanzkonsums. Beispiel Alkohol: Fast jeder Kliniker wird übereinstimmen, dass eine durchschnittliche Trinkmenge von 200 g Alkohol pro Tag bedeutsamer ist, als eine von 60 g oder 80 g pro Tag. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Folgeschäden hängt entscheidend z.B. von der Trinkmenge ab [14, 39]. DSM-5 berücksichtigt dies nicht. Gleiches gilt für die Menge konsumierten Heroins, der Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag oder des verspielten Geldes beim pathologischen Spielen. Auch die Dauer der Substanzgebrauchsstörung spielt bei der Definition des Schweregrads keine Rolle, ebenso wenig die individuelle Therapieerfahrung. Biologische Marker finden im DSM-5 wie auch bei anderen psychiatrischen Störungen wenig Berücksichtigung. Nicht unproblematisch ist auch, dass die elf Kriterien für alle Suchtformen nahezu gleich sind. So gibt es durchaus Rauschdrogen, die z.B. kaum zu einer Toleranzentwicklung oder zu Entzugssymptomen führen (z.B. Halluzinogene). Zahlreiche der aufgeführten Symptome sind psychopathologisch definiert oder spiegeln soziale Folgeschäden wider (Tab. 2).

Suchterkrankungen, zumindest Alkohol- und Drogenabhängigkeit, gehören zu den besonders gut untersuchten psychiatrischen Erkrankungen. Es liegen eine sehr breite Vielzahl von Verlaufsuntersuchungen vor [1, 15]. Prognostische Kriterien, die die Therapieerfahrung fast durchweg gezeigt hat, sind: Menge der konsumierten Droge, Dauer der Substanzgebrauchsstörung, die Anzahl der vorherigen Therapien, psychiatrische Komorbidität inkl. Anzahl Suizidversuche, allenfalls noch soziale Variablen (Ausmass an sozialer Unterstützung, Arbeitslosigkeit). Diese Prognosekriterien, die z.B. auch gutachterlichen Einschätzungen üblicherweise zugrunde liegen, spielen im DSM-5 keine Rolle.

Anhand dreier Fallvignetten soll die Problematik des Schweregradbegriffs im DSM-5 weiter diskutiert werden.

Tabelle 3: DSM-5-Kriterien für die Tabakkonsumstörung.

	Fall C
1. Tabak wird häufig in grösseren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.	x
2. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Tabakkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.	x
3. Hoher Zeitaufwand, um Tabak zu beschaffen oder zu konsumieren.	
4. Craving oder ein starkes Verlangen, Tabak zu konsumieren.	x
5. Wiederholter Tabakkonsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt (z.B. Behinderung der Arbeit).	
6. Fortgesetzter Tabakkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen des Tabaks verursacht oder verstärkt werden (z.B. Streit mit anderen über den Tabakkonsum).	
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Tabakkonsums aufgegeben oder eingeschränkt.	
8. Wiederholter Tabakkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung führt (z.B. Rauchen im Bett).	
9. Fortgesetzter Tabakkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Tabak verursacht wurde oder verstärkt wird.	
10. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:	x
a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen erwünschten Effekt herbeizuführen.	
b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Tabak.	
11. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äussern:	x
a) Charakteristisches Entzugssyndrom in Bezug auf Tabak.	
b) Tabak (oder eine sehr ähnliche Substanz, wie etwa Nikotin) wird konsumiert, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.	

Beispiel Alkoholfolgestörungen

Fallvignette A

40-jähriger, selbständiger Finanzmakler und Banker, verheiratet, junge Frau, drei kleine Töchter. Keine psychiatrische Anamnese, hohes Einkommen, keine spezifischen Vorbehandlungen.

Der Patient trinkt «aus Gewohnheit» über den Tag 10–15 «drinks», Trinkmenge 150 g bis 200 g Alkohol pro Tag. Morgendlich gelegentlich allenfalls leichtes Zittern, sonst werden keine Beschwerden berichtet. Der Patient geht seinen Alltagsgeschäften weiter nach. Keine sozialen, finanziellen oder legalen Probleme.

Somatostatus

Schwere Leberzirrhose Child-Pugh-C, Beginn leichter Aszites, beinbetonte, axonale Polyneuropathie und beginnende Myopathie.

Psychostatus

Unauffällig. Keine Krankheitseinsicht.

Diagnostik nach DSM-5 (Tab. 1)

Man kann bei dem Patienten eine erhöhte Trinkmenge, Toleranzsteigerung, Entzugssymptome (leicht), Kontrollverlust und Konsum trotz körperlicher Schäden diagnostizieren. Synopsis: Fünf Kriterien sind erfüllt, mittelgradiger Schweregrad, trotz internistisch ad vitam sehr schlechter Prognose.

Fallvignette B

35-jähriger, arbeitsloser Facharbeiter, körperlich bis auf diskrete Fettleber gesund. Geschieden, arbeitslos, da öfters ange-trunken oder verspätet zur Arbeit gekommen. Zweifacher

Verlust des Führerscheins. Der Patient trinkt überwiegend am Wochenende, sogenannter Gamma-Alkoholismus, dann stark erhöhte Trinkmenge bis 2 Promille. Oft wochenweise abstinent. Zwei Therapien in Fachkliniken wurden abgebrochen. Der Patient trifft sich am Wochenende mit seinen «alten Freunden» in Gaststätten, berichtet dann über starken Suchtdruck. Sturz in alkoholisiertem Zustand, Fraktur Oberarm rechts.

Psychostatus

Unauffällig, er leidet unter den multiplen sozialen Problemen.

DSM-5-Diagnostik

Der Patient erfüllt wahrscheinlich neun der elf Kriterien für eine Alkoholgebrauchsstörung. Trotz gutem Somato- und Neurostatus somit deutlich «schwererer» Zustand als Fall A (Tab. 2).

Fallvignette C (Nikotinabhängigkeit)

40-jähriger Psychologe, verheiratet, 3 Kinder, Universitätsprofessur, raucht seit 25 Jahren mit kurzen Unterbrechungen Zigaretten, aktuell ca. 40/d (2 Päckchen pro Tag), schreibt neues Lehrbuch. Keine andere Suchterkrankung, unauffällige psychiatrische Anamnese, sogenannter Raucherhusten, sonst unauffälliger Somatostatus. Keine sozialen, legalen, psychischen oder andere somatische Probleme aufgrund des Nikotinverlangens.

DSM-5-Diagnostik

Bei dem Patienten kann man vier bis fünf Symptome für eine Nikotinsubstanzstörung diagnostizieren, mithin trotz der exzessiv hohen Mengen an Zigaretten keine «schwere» Abhängigkeit (Tab. 3).

Diskussion

Das DSM-5-Klassifikationssystem für psychiatrische Störungen hat eine Reihe von Neuerungen in der psychiatrischen Klassifikation ergeben, vor allem im Bereich der neurokognitiven Störungen [16]. Insgesamt wurde das DSM-5 auch in der deutschsprachigen Fachpresse eher kritisch beurteilt. «Das Ergebnis der jahrelangen Arbeit am DSM-5 ist für uns und viele Experten insgesamt eher ernüchternd, weil DSM-5 nur in wenigen Diagnosegruppen substantielle Neuheiten beinhaltet. Für viele ist das Ergebnis sogar enttäuschend, da überhaupt nicht auf die Befunde biologischer und neurowissenschaftlicher Forschungsarbeiten zurückgegriffen wurde ...» [16].

Im Gegensatz zu anderen Störungen sind die konzeptuellen Veränderungen im Suchtbereich allerdings erheblich. Auch hier werden biologische Parameter (BAK, Laborwerte, toxikologische Nachweise usw.) und speziell Konsummengen nicht weiter berücksichtigt.

Während die Einbeziehung des pathologischen Spielens unter die Kategorie Substanzgebrauchsstörung und nicht wie bisher unter Impulskontrollstörungen im DSM-5 empirisch gut begründbar ist [8, 17, 18], wurde die empirische Evidenz für die Subsumierung anderer sogenannter Verhaltenssuchte unter Substanzgebrauchsstörungen als sehr begrenzt eingestuft [19], was klinisch nachvollziehbar erscheint. Problematisch ist aber die Schweregradeinteilung von Substanzgebrauchsstörungen.

Mittlerweile liegen zahlreiche Arbeiten zur Konstruktvalidität und zu Cut-offs vor [20–28].

Die beiden ersten Fallvignetten sollen deutlich machen, dass schwerstkrank Alkoholranke mit sehr eingeschränkter Lebenserwartung beim Fehlen von vor allem sozialen Folgeschäden nach DSM-5 einen deutlich geringeren Schweregrad der Substanzgebrauchsstörung aufweisen (können), als der typische, durch wiederholte Alkoholexzesse aufgefallene Patient mit multiplen psychosozialen Folgeschäden. Das letzte Beispiel mag illustrieren, dass selbst schwerstabhängige Raucher kaum je sechs oder mehr Kriterien für eine Substanzgebrauchsstörung erfüllen werden – Philipp Morris wird dies freuen. Da Zigaretten sehr leicht und fast ubiquitär verfügbar sind, soziale und psychische Folgeschäden oder z.B. Persönlichkeitsveränderungen nicht auftreten, sind eine Reihe der Kriterien für Substanzgebrauchsstörungen bei Nikotinkonsum kaum anwendbar. Den DSM-5-Autoren muss dies auch geläufig gewesen sein. In der amerikanischen Originalfassung wird bei dem Item «Recurrent use in situations when

physically dangerous» als Beispiel «smoking in bed» angegeben (das eine akute Gefährdung beschreibt, nicht das Langzeitrisiko für z.B. ein Lungenkarzinom). Man könnte evtl. noch ergänzen «Rauchen beim Betanken eines Fahrzeugs», ansonsten dürfte dieses Item bei Nikotinkonsum kaum je zutreffen.

Dem DSM-5 wie auch dem ICD-10 liegt ein fester Satz von Kriterien zu Grunde, die bei allen Suchtformen in gleicher Weise angewandt werden sollen. Das Thema kann hier nicht im Detail weiterverfolgt werden. Es sei aber darauf hingewiesen, dass schon die Pharmakologie und Wirkung von Rauschdrogen sehr unterschiedlich ist. Keineswegs alle führen zu Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklungen oder auch sozialen Folgeschäden.

Die DSM-5-Kriterien für Substanzgebrauchsstörungen haben wahrscheinlich keinen bedeutsamen prädiktiven Wert, berücksichtigen übliche Prognosekriterien wie Dauer der Erkrankung, Konsummenge und Muster, gescheiterte Therapieveruche, psychiatrische Komorbidität/Suizidversuche usw. nicht (Übersicht in [1, 15]), haben also voraussichtlich keinen prädiktiven Wert bezüglich des Verlaufs der Suchtstörung. Insofern fällt es hier schwer, von einer «Schweregradeinteilung» zu sprechen. Auch die Prognose ad vitam wird durch die abgebildeten Symptome keineswegs widerspiegelt (siehe Fallvignetten A und B).

Ein grundsätzliches Problem, vor allem für die Forschung, evtl. auch die Therapie, wird sein, dass das für 2017 zur Revision anstehende ICD-11 der WHO dem Vernehmen nach die bisherige dichotome Unterscheidung von Missbrauch und Abhängigkeit mit geringen Änderungen weiterführen wird [7], es somit zukünftig zwei unterschiedliche Diagnose-Systeme für Suchterkrankungen geben wird. Von einer erwünschten «Harmonisierung» mit ICD-11 [29] kann in diesem Bereich keine Rede sein. Protagonisten von DSM-5 [19] betonen, dass die DSM-5-Kriterien, obwohl nur geringgradig modifiziert, gegenüber den DSM-IV-Kriterien einfacher anzuwenden seien, und dass es gelungen ist, das pathologische Spielen von den Impulskontrollstörungen hin zu den Suchterkrankungen zu bewegen. Schuckit [19] betont aber auch, dass das DSM-5 («einfacher und klarer») Regeln zur Definition milder, mässiger und schwerer Substanzgebrauchsstörungen anbietet. Dieser Sicht der Dinge mag widersprochen werden.

DSM-5 hat frühere Konzeptionen zur Diagnostik von Suchterkrankungen verworfen. In dem Konzept von Edwards et al. [30] war seinerzeit der frühere Begriff der Sucht (addiction) durch den Begriff der Abhängigkeit ersetzt worden, der weniger stigmatisierend

erschien und weite Anerkennung gefunden hat. Bezüglich der Schweregradproblematik ist bedauerlich, dass es auch dem DSM-5 nicht gelungen ist, Schwellenwerte (Cut-offs) für pathologischen Konsum, z.B. Gramm Alkohol oder Anzahl Zigaretten pro Tag zu implementieren. Nicht einmal für Intoxikationen, z.B. bei Alkohol, wurden entsprechende Schwellenwerte (Blutalkoholkonzentrationen) implementiert. Es gibt mittlerweile eine breite Literatur zur Konsistenz und Reliabilität der einzelnen Substanzgebrauchsstörungen im DSM-5 [25, 27]. Die bisherigen Daten deuten darauf hin, dass die Reliabilität für Heroin- oder Kokainabhängigkeit wesentlich höher ist als z.B. für Alkohol- und Cannabisfolgestörungen, was keine Überraschung ist.

Die epidemiologische Datenbasis, auf der die DSM-5-Revision für Substanzgebrauchsstörungen durchgeführt wurde, ist erheblich [31–36]. Insgesamt wurden über 200 000 Probandendaten evaluiert [27], was dazu führte, dass das Merkmal «legale Probleme» zugunsten von Craving als diagnostisches Kriterium abgeschafft wurde. Ausserdem wurden Cannabis- und Koffeinzugssyndrome mit aufgenommen und die Tabakabhängigkeit wurde integriert. Gerade letztere Diagnosekriterien erscheinen aber problematisch.

Nicht gezeigt wurde bisher die prognostische Bedeutung der Schweregradeinteilung durch prospektive Längsschnittuntersuchungen und ihre Relevanz für Therapieentscheidungen, z.B. Allokation zu bestimmten Therapieverfahren. Diagnostische Momentaufnahmen (erfüllte Kriterien in den letzten zwölf Monaten) dürfen nicht überbewertet werden. Die Therapieforschung ist aufgerufen, hier Beiträge zu liefern. Zudem sollte die Forschung zukünftig wieder vermehrt die Bedeutung von Konsummengen berücksichtigen.

Zuletzt sollten in zukünftige Revisionen des DSM-5 aus Sicht der Autoren biologische Marker, Konsummuster und -mengen Eingang in die Beurteilung des Schweregrads einer Substanzgebrauchsstörung finden [38]. Als Beispiel dazu seien Zulassungsstudien für Medikamente genannt, welche dann eine Evidenz für entsprechende Medikamente nachweisen können, wenn sich das Konsumverhalten oder die Konsummenge reduzieren.

Finanzierung/Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- Soyka M, Küfner H. Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2008.
- West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Möller H. The consequence of DSM-5 for psychiatric diagnosis and psychopharmacotherapy. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014;18(2):78–85.
- Möller HJ, Bandelow B, Bauer M, Hampel H, Herpertz S, Soyka M, et al. DSM-5 reviewed from different angles: goal attainment, rationality, use of evidence, consequences-part 1: general aspects and paradigmatic discussion of depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014; Aug 14. PMID: 25119146. Epub ahead of print.
- Möller H, Bandelow B, Bauer M, Hampel H, Herpertz S, Soyka M et al. (2014) DSM-5 reviewed from different angles: goal attainment, rationality, use of evidence, consequences-part 2: bipolar disorders, schizophrenia spectrum disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorders, trauma- and stressor-related disorders, personality disorders, substance-related and addictive disorders, neurocognitive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Aug. 26. PMID: 25155875. Epub ahead of print.
- Baumgärtner G, Soyka M. DSM-5 – Was ändert sich für die Suchttherapie und -forschung? *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2013;81(11): 315–654.
- Heinz A, Friedel E. DSM-5: wichtige Änderungen im Bereich der Suchterkrankungen. *Nervenarzt*. 2014;85:571–7.
- Borges G, Cherpitel C, Ye Y, Bond J, Cremonte M, Moskalewicz J, et al. Threshold and optimal cut-points for alcohol use disorders among patients in the emergency department. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011;35:1270–6.
- Compton W, Dawson D, Goldstein R, Grant B. Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorder for opioids, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132: 387–90.
- Shmulewitz D, Keyes K, Beseler C, Aharonovich E, Aivadyan C, Spivak B, et al. The dimensionality of alcohol use disorders: results from Israel. *Drug Alcohol Depend*. 2010;111:146–54.
- Casey M, Adamsen G, Shevlin M, McKinney A. The role of craving in AUDs: dimensionality and differential functioning in the DSM-5. *Drug Alcohol Depend*. 2012;125:75–80.
- Musalek M. Reduction of harmful consumption versus total abstinence in addiction treatment. *Neuropsychiatry*. 2013;3: 635–44.
- Nutt D, Rehm J. Doing it by numbers: a simple approach to reducing the harms of alcohol. *J Psychopharmacol*. 2014;28:3–7.
- Soyka M. Update Alkoholabhängigkeit. Bremen: Unimed; 2013.
- Bauer M, Maier W, Schneider F, Kapfhammer H. Einführung zum Thema: Das neue DSM-5-Klassifikationssystem. Wesentliche Neuerungen in der psychiatrischen Klassifikation. *Nervenarzt*. 2014;85:531–2.
- Mann K, Fauth-Bühler M, Seifert N, Heinz A (Expertengruppe der DGPPN). Konzept der Verhaltenssuchte und Grenzen des Suchtbegriffs. *Nervenarzt*. 2013;84(5):548–56.
- Rehbein F, Mössle T, Arnaud N, Rumpf H. Computerspiel- und Internetsucht. Der aktuelle Forschungsstand. *Nervenarzt*. 2013;5: 569–75.
- Schuckit M. Editor's corner: DSM-5 – ready or not, here it comes. *J Stud Alcohol Drugs*. 2013;74:661–3.
- Gelhorn H, Hartman C, Sakai J, Stallings M, Young S, Rhee S, et al. Toward DSM-V: an item response theory analysis of the diagnostic process for DSM-IV alcohol abuse and dependence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(11): 1329–39.
- Hagman B, Cohn A. Toward DSM-V: mapping the alcohol use disorder continuum in college students. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118:202–8.
- Harford T, Muthen B. The dimensionality of alcohol abuse and dependence: a multivariate analysis of DSM-IV symptom items in the National Longitudinal SuNey of Youth. *J Stud Alcohol*. 2001;62:150–7.
- Hasin D, Hatzenbuehler M, Keyes K, Ogburn E. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and international Classification of diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction*. 2006;101(suppl1):59–75.

- 24 Hasin D, Liu X, Alderson O, Grant BF. DSM-IV alcohol dependence: a categorical or dimensional phenotype? *Psychological Medicine*. 2006;36:1695–705.
- 25 Hasin D, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Crowley T, et al. The DSM-5 field Trials and reliability of alcohol use disorder. *Am J Psychiatry*. 2013;170:442–3.
- 26 Hasin D, Beseler C. Dimensionality of lifetime alcohol abuse, dependence and binge drinking. *Drug Alcohol Depend*. 2009;101:53–61.
- 27 Hasin D, O'Brien C, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. 2013;170:834–51.
- 28 Mewton L, Slade T, McBride O, Grove R, Teesson M. An evaluation of the proposed DSM-5 alcohol use disorder criteria using Australian national data. *Addiction*. 2011;106:941–50.
- 29 First M. Harmonisation of ICD-11 and DSM-5: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry*. 2009;195:382–90.
- 30 Edwards G, Gross M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J*. 1976;1(6017):1058–61.
- 31 Helzer J, Bucholz K, Gossop M. A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. *Int J Methods Psychiatric Res*. 2007;16:24–33.
- 32 Helzer J, van den Brink W, Guth S. Should there be both categorical and dimensional criteria for the substance use disorders in DSM-V? *Addiction*. 2006;101:7–22.
- 33 Kahler C, Strong D. A Rasch model analysis of DSM-IV alcohol abuse and dependence items in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30:1165–75.
- 34 Preuss U, Watzke S, Wurst F. Dimensionality and stages of severity of DSM-5 criteria in an international sample of alcohol-consuming individuals. *Psychol Med*. 2014;44(15):3303–14.
- 35 Proctor S, Kopak A, Hoffmann N. Compatibility of current DSM-IV and proposed DSM-5 diagnostic criteria for cocaine use disorders. *Addict Behav*. 2012;37(6):722–8.
- 36 Regier D, Narrow W, Clarke D, Kraemer H, Kuramoto S, Kupfer D. DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2013;170:59–70.
- 37 Keyes K, Krueger R, Grant B, Hasin D. Alcohol craving and the dimensionality of alcohol disorders. *Psychol Med*. 2011;41:629–40.
- 38 Edwards A, Gillespie N, Aggen S, Kendler K. Assessment of a modified DSM-5 diagnosis of alcohol use disorder in a genetically informative population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;443–51.
- 39 Edwards G, Gross M, Keller M, Moser J, Room R. Alcohol-related disabilities. Geneva: WHO Offset Publ. 32; 1977.
- 40 Muthen B. Should substance use disorders be considered as categorical or dimensional? *Addiction*. 2006;101:6–16.

Korrespondenz:

Dr. med. Gerd Baumgärtner
Privatklinik Meiringen
Postfach 612
CH-3860 Meiringen
gerd.baumgaertner[at]
privatklinik-meiringen.ch