Universitäre
Psychiatrische Kliniken
UPK Basel

Der neue Suchtbegriff nach DSM-5

Bedeutung für die Praxis

Prof. Dr. med. Gerhard Wiesbeck
Ärztlicher Leiter des Bereichs Abhängigkeitserkrankungen

atf-Fachtagung; Zürich, 18.November 2011

UNI BASEL

Gliederung meines Vortrags

- Allgemeine Veränderungen DSM-5
- Veränderungen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen
  - Der neue Suchtbegriff
  - Substanzgebrauchsstörung
  - Spielstörung
  - Cannabisentzugssyndrom
- Bedeutung für die Praxis
- ICD-11
- Zusammenfassung

Allgemeine Veränderungen von DSM-IV zu DSM-5

- Formaler Wechsel von römischen zu arabischen Ziffern
- Bereits auf Symptomebene soll der kategoriale Ansatz durch einen dimensionalen ersetzt werden. (Statt Ja/Nein Entscheidungen, Einstufung nach Schweregraden: „leicht“, „mittel“, „schwer“ oder „sehr schwer“)
- „Cross cutting assessment“: Bewertungsmöglichkeit von Symptomen, die Diagnosegrenzen überschreitend sind (Angst, Schlafstörungen oder depressive Stimmung). Symptome, die keiner bestimmten Störung zuordenbar sein müssen und die bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern auftreten ohne spezifisch für das eine oder andere zu sein.
- Die drei Achsen (Achse I: klinische Störungen; Achse II: Persönlichkeitsstörungen; Achse III: medizinische Krankheitsfaktoren) sollen verweint werden (dadurch größere Übereinstimmung mit der ICD der WHO).

13 DSM-5 Arbeitsgruppen

ADHD and Disruptive Behavior Disorders

Anxiety, Obsessive-Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders

Childhood and Adolescent Disorders

Eating Disorders

Mood Disorders

Neurocognitive Disorders

Neurodevelopmental Disorders

Personality and Personality Disorders

Psychotic Disorders

Sexual and Gender Identity Disorders

Sleep-Wake Disorders

Somatic Symptoms Disorders



Substance-Related Disorders

Vorgaben für den aktuellen Revisionsprozess

1. Oberste Priorität hat die klinische Anwendbarkeit, d. h. DSM-5 soll v. a. jenen nützen, die Diagnosen stellen und psychisch Kranke behandeln
2. Alle Empfehlungen sollten von wissenschaftlicher Evidenz geleitet werden.
3. Wo immer möglich, sollte DSM-5 die Kontinuität mit seiner Vorläuferversion wahren
4. Die möglichen Veränderungen von DSM-IV zu DSM-5 dürfen nicht durch a-priori-Einschränkungen limitiert werden.

Altes weicht, Neues kommt…

Wegen mangelnder diagnostischer Validität sollen gestrichen werden:

- die Asperger-Störung
- die paranoide, desorganisierte (hebephrene) und katatone Unterform der Schizophrenie
- Die Anzahl der Persönlichkeitsstörungen soll von zehn auf fünf reduziert werden.

Neue Diagnosen sollen hinzu kommen:

- die „Autismus Spektrum Störung“
- die „Verbitterungsstörung“
- das „Psychose-Risiko-Syndrom“
- Prämenstruelle Dysphorische Störung
- Pica

VERÄNDERUNGEN IM BEREICH ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Arbeitsgruppe «Substanzbezogene Störungen»

Mitglieder:

O'Brien, Charles, M.D., Ph.D.
Crowley, Thomas, M.D.
Auriacombe, Marc, M.D.
Borges, Guilherme, M.D.
Bucholz, Kathleen, Ph.D.
Budney, Alan, Ph.D.
Grant, Bridget, Ph.D., Ph.D.
Hasin, Deborah, Ph.D.
Ling, Walter, M.D.
Manson, Spero M., Ph.D.
Petry, Nancy, Ph.D.
Schuckit, Marc A., M.D.

A 21 Substance-Induced (indicate substance) Tic Disorder
B 07-14 Substance-Induced Psychotic Disorder
E 06-11 Substance-Induced Anxiety Disorder
H 03 Substance-Induced Dissociative Disorder
M 12-18 Substance-Induced Sleep Disorder
N 07 Substance-Induced Sexual Dysfunction
R Substance Use Disorder
R 00 Alcohol Use Disorder
R 01 Amphetamine Use Disorder
R 02 Cannabis Use Disorder
R 03 Cocaine Use Disorder
R 04 Hallucinogen Use Disorder
R 05 Inhalant Use Disorder
R 06 Opioid Use Disorder
R 07 Phencyclidine Use Disorder
R 08 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Use Disorder
R 09 Tobacco Use Disorder
R 10 Other (or Unknown) Substance Use Disorder
R 11 Alcohol Intoxication
R 12 Amphetamine Intoxication
R 13 Caffeine Intoxication
R 14 Cannabis Intoxication
R 15 Cocaine Intoxication
R 16 Hallucinogen Intoxication
R 17 Inhalant Intoxication
R 18 Opioid Intoxication
R 19 Phencyclidine Intoxication
R 20 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication
R 21 Other (or Unknown) Substance Intoxication
R 22 Alcohol Withdrawal
R 23 Amphetamine Withdrawal
R 24 Caffeine Withdrawal
R 25 Cannabis Withdrawal
R 26 Cocaine Withdrawal
R 27 Opioid Withdrawal
R 28 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal
R 29 Tobacco Withdrawal
R 30 Other (or Unknown) Substance Withdrawal
R 31 Gambling Disorder
S 01 - 10 Substanced-Induced Delirium
S 11 Alcohol Withdrawal Delirium

Veränderungen bei den Abhängigkeits-erkrankungen

Oberbegriffe:

„Störungen durch psychotrope Substanzen“ („*Substance-Related Disorders*“), DSM-IV

„Sucht und zugehörige Störungen“ („*Addiction and Related Disorders*“), DSM-5

Bedeutung für die Praxis:

Der Begriff der **„Sucht“** taucht in der offiziellen Terminologie wieder auf

Substanzgebrauchsstörung
(„substance use disorder“)

Missbrauch (DSM-IV)

+

Abhängigkeit (DSM-IV)

= **Gebrauchsstörung** (DSM-5)

Missbrauch, Abhängigkeit (DSM-IV) versus Substanzgebrauchsstörung (DSM-5)

DSM-IV-Kriterien für Missbrauch („abuse“)	**DSM-IV-Kriterien für Substanzabhängigkeit („dependence“)**	**DSM-5-Kriterien für Substanzgebrauchsstörung („substance use disorder“)**
A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeiraums manifestiert:	Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeiraums manifestieren:	Mindestens zwei Merkmale müssen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein. 2-3 Kriterien: moderat ≥ 4 Kriterien: schwer
1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt (Arbeit, Schule, Haushalt usw.) 2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Alkohol am Steuer oder beim Bedienen von Maschinen) 3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch 4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Probleme B. Die Kriterien der Abhängigkeit sind nicht erfüllt	1. Toleranzentwicklung 2. Entzugssymptome 3. Einnahme in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt 4. Wunsch oder erfolglose Versuche, den Gebrauch zu verringern oder zu kontrollieren 5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sich zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen. 6. Wichtige soziale berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt 7. Fortgesetzter Substanzbebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems	1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt. 2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann. 3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme 4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis 5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum 6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant 7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. 8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen 9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums 10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme 11. Craving, das starke Verlangen nach der Substanz

Substanzgebrauchsstörung

- Konsequenz aus Faktorenanalysen: „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ bilden entweder nur eine Dimension ab, oder repräsentieren zwei Faktoren, die hoch miteinander korrelieren
- Stärkung des „Kontinuums“-Gedanken: diagnosegrenzenloser Übergang
- Das Missbrauchs-Kriterium „wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz...“ hat sich als unbrauchbar erwiesen
- „Craving“ als relevantes biologisches Kriterium wird neu aufgenommen; Angleichung an ICD

Addiction

RESEARCH REPORT

doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03340.x

An evaluation of the proposed DSM-5 alcohol use disorder criteria using Australian national data

Louise Mewton[1], Tim Slade[1], Orla McBride[2], Rachel Grove[1] & Maree Teesson[1]

National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia[1] and Department of Psychology, Division of Population Health Sciences, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland[2]

ABSTRACT

Aims To evaluate the proposed revisions to the DSM-IV alcohol use disorder criteria using epidemiological data. **Design, setting and participants** Data came from the 1997 Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. The sample consisted of 10 641 participants aged 18 years and over. **Measurements** Alcohol use disorders were assessed using a revised version of the CIDI version 2.0. Alcohol use disorders were assessed in all respondents who indicated that they had used alcohol more than 12 times in the previous 12 months ($n = 7746$). **Findings** The proposed introduction of a single alcohol use disorder was supported by confirmatory factor analysis (CFA). DSM-5 criteria were all indicators of a single underlying disorder. Under DSM-5, the prevalence of alcohol use disorders would increase by 61.7% when compared with those diagnosed under DSM-IV. When investigating the most appropriate diagnostic threshold, the 3+ threshold maximized agreement between DSM-IV and DSM-5 diagnoses, and produced similar prevalence estimates to those yielded by DSM-IV. Item response theory (IRT) analyses supported the removal of the legal criterion while provided equivocal results for the craving criterion. **Conclusions** Under the proposed DSM-IV revisions for alcohol use disorders, estimates of the prevalence in the general population would increase substantially. Whereas evidence supports some of the revisions such as a single underlying disorder, others such as the 2+ threshold for diagnosis of alcohol use disorder and the inclusion of a 'craving' criterion may be problematic.

Addiction
RESEARCH REPORT
doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03340.x

Table 1 Weighted prevalence (%) (standard error) and diagnostic concordance (Kappa) (confidence interval) of DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorder (AUD) diagnoses in the Australian population using data from the 1997 National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB) ($n = 10\,641$).

	Prevalence % (SE)	*Kappa (CI)*[a]
DSM-IV (abuse or dependence)	6.0	–
DSM-5 (2+ criteria)	9.7 (0.4)	0.6533 (0.6525, 0.6540)
DSM-5 (3+ criteria)	5.2 (0.2)	0.8407 (0.8401, 0.8414)
DSM-5 (4+ criteria)	3.0 (0.2)	0.6516 (0.6506, 0.6526)

[a]Indicates agreement between DSM-IV any alcohol use disorder and DSM-5 alcohol use disorder made at the indicated threshold.

Addiction
RESEARCH REPORT
doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03340.x

An evaluation of the proposed DSM-5 alcohol use disorder criteria using Australian national data

Louise Mewton[1], Tim Slade[1], Orla McBride[2], Rachel Grove[1] & Maree Teesson[1]

National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australia[1] and Department of Psychology, Division of Population Health Sciences, Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland[2]

Table 2 Categorization of specific DSM-IV alcohol use disorder (AUD) diagnostic subgroups in the proposed DSM-5 criteria.

		DSM-IV								
		No criteria		*Diagnostic Orphans*[c]		*Abuse*		*Dependence*		*Total*[d]
		n[a]	% (*SE*)[b]	*n*[a]	% (*SE*)[b]	*n*[a]	% (*SE*)[b]	*n*[a]	% (*SE*)[b]	*n*
DSM-5	No criteria	8581	99.8 (0.1)	0	0	13	6.3 (1.6)	0	0	8594
	1 criterion	17	0.2 (0.1)	939	67.0 (1.5)	59	29.3 (3.8)	0	0	1015
	Moderate AUD (2–3 criteria)	0	0	464	33.1 (1.5)	114	56.2 (5.4)	135	30.8 (2.6)	713
	Severe AUD (4+ criteria)	0	0	0	0	17	8.2 (2.9)	302	69.2 (2.6)	319
	Total[e]	8598		1403		203		437		10641

[a]Sample count. [b]Weighted prevalence of individuals in each DSM-IV subgroup [standard error (SE)]. [c]Individuals who endorse at least one but no more than two DSM-IV dependence criteria and no abuse criteria. [d]Total number of individuals in each DSM-5 subgroup. [e]Total number of individuals in each DSM-IV subgroup.

Bedeutung für die Praxis

- Gewöhnungsbedürftiger Terminus («Gebrauchsstörung»)
- Weniger stigmatisierend als «Missbrauch» oder «Abhängigkeit»?
- Die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) steigt an
- Die «diagnostischen Waisen» werden zu ca. 1/3 erfasst.
- Ist der abstinenzorientierte Therapieansatz für diese Gruppe adäquat?

SPIELSTÖRUNG

Spielstörung («Gambling Disorder»)

Fehlangepasstes Spielverhalten, das sich in 5 (oder mehr) der folgenden Merkmale zeigt

1. Starkes Eingenommensein vom Glücksspiel
2. Immer höhere Einsätze, um die gewünschte Wirkung zu erreichen.
3. Wiederholt erfolglose Versuche, das Spielen zu kontrollieren, zu verringern oder zu stoppen
4. Unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben.
5. Spielt, um Problemen oder negativen Gefühlen zu entkommen.
6. Spielen, um Verluste auszugleichen ("hinterherjagen").
7. Belügen von Angehörigen, vertuschen des Spielens.
8. ~~Illegale Handlungen, um das Spielen zu finanzieren.~~
8. Wichtige Beziehungen oder der Arbeitsplatz wurden wegen des Spielens gefährdet oder verloren.
9. Verlässt sich darauf, dass andere ihm Geld breitstellen.

The American Journal on Addictions, 14:73–82, 2005
Copyright © American Academy of Addiction Psychiatry
ISSN: 1055-0496 print / 1521-0391 online
DOI: 10.1080/10550490590899871

DSM-IV Diagnostic Criteria for Pathological Gambling: Reliability, Validity, and Classification Accuracy

Randy Stinchfield, Ph.D., Richard Govoni, Ph.D.,
G. Ron Frisch, Ph.D.

The purpose of this study was to examine the reliability, validity, and classification accuracy of the DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. Given the lack of a laboratory test to diagnose pathological gambling, two groups were recruited in order to test DSM-IV diagnostic classification accuracy, one which likely had the disorder and the other which likely did not have the disorder (121 men and women clients at a gambling treatment facility) (138 men and women selected at random from the Windsor, Ontario, community who had gambled in the past twelve months). The Gambling Behavior Interview was administered to both groups. The Gambling Behavior Interview includes items that measure the ten DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling as well as other gambling problem severity measures and scales that served as tests of convergent validity. The ten DSM-IV diagnostic criteria were found to exhibit satisfactory reliability, validity, and classification accuracy; however, lowering the cut score to four and using item weights yielded improved classification accuracy over the standard cut score of five. Some diagnostic criteria were found to have greater discriminatory power than other criteria. The results of this study suggest that the classification accuracy of DSM-IV diagnostic criteria can be improved upon with a lower cut score or using weighted criteria.
(Am J Addict 2005;14:73–82)

Spielstörung («Gambling Disorder»)

1. Aus „pathologischem Spielen“ (DSM-IV) wird „gestörtes Spielen“ (DSM-5)
2. Diskutiert wird eine Erniedrigung der diagnostischen Schwelle (von derzeit mindestens 5 auf zukünftig 4 Kriterien)
3. Das Kriterium „Illegale Handlungen....“ wird ersatzlos gestrichen
4. Das gestörte Spielen wird der diagnostischen Kategorie „Sucht“ zugeordnet

Bedeutung für die Praxis

WIE KÖNNEN SIE UNS ERREICHEN?

Sie können sich gerne telefonisch oder per E-Mail mit uns in Verbindung setzen

Sekretariat:

Tel. +41 61 325 50 92
08:00 -12:00 Uhr und 13:00 - 17:00 Uhr

Fax +41 61 325 55 83

Info.Verhaltenssuechte@upkbs.ch

Kontakt:

Zentrum für Verhaltenssüchte
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Basel

Einen Lageplan finden Sie unter:
www.upkbs.ch

UPK Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

ZENTRUM FÜR VERHALTENSSÜCHTE

Verspiel nicht Dein Leben



CANNABIS-ENTZUGSSYNDROM

Geplante Definition des Cannabis-Entzugssyndroms

A. Beendigung eines schweren und lang andauernden Cannabiskonsums

B. Drei oder mehr der folgenden Symptome entwickeln sich innerhalb weniger Tage nach Kriterium A:

   1. Reizbarkeit, Wut oder Aggressivität
   2. Nervosität oder Angst
   3. Schlafstörung (Insomnie)
   4. Verringerter Appetit oder Gewichtsverlust
   5. Unruhe
   6. Depressive Verstimmung

C. Die unter Kriterium B aufgeführten Symptome verursachen ein klinisch relevantes Leiden oder eine Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen bzw. einem anderen wichtigen Bereich

D. Die Symptome lassen sich auf keine andere medizinische Ursache zurückführen und auch nicht durch eine andere Störungen besser begründen

RESEARCH REPORT

Addiction (1996) 91(10), 1469–1478

An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population

GERHARD A. WIESBECK, MARC A. SCHUCKIT, JELGER A. KALMIJN, JAYSON E. TIPP, KATHLEEN K. BUCHOLZ & TOM L. SMITH

Department of Psychiatry, University of San Diego, USA

Abstract

Case reports and laboratory research indicate the existence of a cannabis withdrawal syndrome. However, the data tell us little about the prevalence and clinical characteristics of a marijuana withdrawal syndrome in people who have used the drug but who did not enter treatment for cannabis dependence. Face-to-face semi-structured interviews applying standard diagnostic criteria were used in the present study to gather data from 5611 men and women, recruited between 1991 and 1995 through the Collaborative Study of the Genetics of Alcoholism (COGA). Almost 41% of the sample had no history of marijuana use (Group 1), 28% had consumed this drug less than 21 times in any single year (Group 2), and 31% used it at least that frequently (Groups 3 and 4). Almost 16% of the more frequent marijuana users related a history of a marijuana withdrawal syndrome, and these Group 4 subjects had used the drug almost daily for an average of almost 70 months. The typical withdrawal symptoms included "nervous, tense, restlessness", "sleep disturbance" and "appetite change". While Group 4 subjects were more likely to have developed dependence on most types of drugs, even when alcohol and drug use patterns were statistically taken into account, marijuana use was still significantly related to a self-report of a history of marijuana withdrawal.

Addiction (1996) 91(10), 1469–1478

Gerhard A. Wiesbeck et al.

Table 1. *Prevalence of possible marijuana withdrawal symptoms among frequent users*[1] *of marijuana, including 270 of those reporting a withdrawal cluster*[2]

	All frequent marijuana users ($n = 1735$)		Frequent users who reported a withdrawal cluster ($n = 270$)	
Withdrawal symptoms	*n*	(%)	*n*	(%)
Nervous, tense, restless	420	24.2	255	94.4
Sleep disturbance	235	13.5	204	75.6
Appetite increase or decrease	256	14.8	170	62.9
Tremble, twitch	63	3.6	56	20.7
Sweat, fever	46	2.7	40	14.8
Diarrhea, stomach problems	34	2.0	31	11.5
Nausea, vomiting	33	1.9	29	10.7

[1]Those who reported using marijuana at least 21 times in a single year.
[2]Users who reported two or more withdrawal symptoms during the same episode.

BEDEUTUNG FÜR DIE PRAXIS

Bedeutung für die Praxis

- Entstigmatisierung der Diagnose („Gebrauchsstörung“)
- Wiedereinführung des Begriffs „Sucht“
- Die „klinische Anwendbarkeit“ ist eine Vorgabe beim aktuellen Revisionsprozess
- Bei 2 Kriterien (cut-off für Gebrauchsstörung), steigt die Häufigkeit von Sucht-Diagnosen
- Die Zahl der „diagnostischen Waisen“ sinkt, neue Interventionsformen werden notwendig
- ICD-11 wird folgen müssen

…UND ICD-11?

ICD Revision Timelines

May 2011
Open ICD-11 Alpha Browser to the public for **viewing**

July 2011
Open ICD-11 Alpha Browser to the public for **commenting**

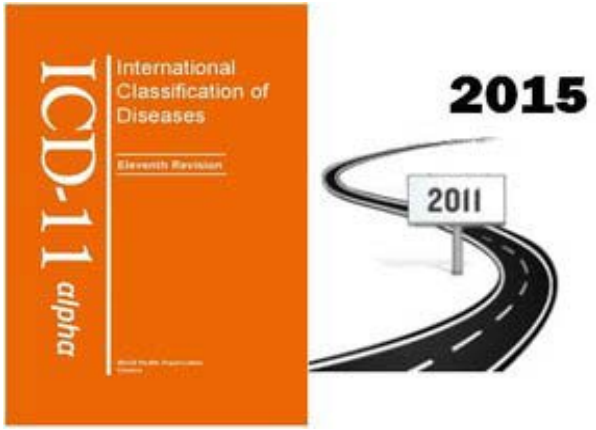
May 2012
Open **ICD-11 Beta** to the public

ICD-11 Beta Information
WHO will engage with interested stakeholders to participate in the ICD revision process.
Individuals will be able to:

- Make **comments**
- Make **proposals** to change ICD categories
- Participate in **field trials**
- Assist in **translating**

ICD-11

The International Classification of Diseases 11th Revision is due by 2015



The alpha-draft can be viewed online at: ICD-11 alpha browser

- Alpha draft is updated **daily** as the work progresses
- It is intended to show the **new features** to stakeholders early
- **Commenting** will be available in July 2011

Zusammenfassung der geplanten Veränderungen (DSM-5)

- Der Begriff der „Sucht“ wird wieder eingeführt.
- Die Unterscheidung von „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ wird es nicht mehr geben. An die Stelle dieser beiden Begriffe tritt die sog „Gebrauchsstörung“.
- Es werden neue diagnostische Schwellen definiert: ≥ 2 Kriterien („moderate Gebrauchsstörung“) bzw. ≥ 4 Kriterien („schwere Gebrauchsstörung“).
- Das Kriterium „Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz…“ wird gestrichen.
- „Craving“, das starke Verlangen, der Drang, zu konsumieren, wird als neues Kriterium definiert.
- Das „pathologische Spielen“, das von DSM-IV zu den Impulskontrollstörungen gerechnet wird, soll als „gestörtes Spielen“ („disordered gambling“) in den Bereich „Sucht und dazugehörige Störungen“ übernommen.
- Das „Cannabis Entzugssyndrom“ wird als neue Diagnose eingeführt.

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT
IMPRESSUM

Prof. Dr. med. Gerhard Wiesbeck
Bereich Abhängigkeitserkrankungen
gerhard.wiesbeck@upkbs.ch

www.upkbs.ch

UNI BASEL