

Inhalt

- **Neue Strategien zur Tabakprävention – im Fokus: Jugendliche und junge Erwachsene**
- **HIV-Risiko bei älteren Drogenabhängigen ohne und mit medikamentöser Behandlung (Substitution)**
- **Medizinisch korrektes Vorgehen bei Beendigung der Substitutionstherapie aus disziplinarischen Gründen**
- **Computersucht, übermäßiger Medienkonsum, Internetsucht und Ähnliches**

Neue Strategien zur Tabakprävention – im Fokus: Jugendliche und junge Erwachsene

Seit 2001 sinkt die Rate der jugendlichen Raucher/-innen (BZgA 2007, 2008). Dies belegt, dass ergriffene Präventionsmaßnahmen den gewünschten Effekt haben (Drogen- und Suchtrat 2008). Die Ergebnisse legen nahe, dass neben einer Kombination aus verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen, zielgruppenadäquate Entwöhnungsprogramme geschaffen werden müssen, um Hochrisikogruppen zu erreichen.

Verweise

BMG: Drogen- und Suchtrat (2008): Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention vom 09.06.2008, vgl. www.suchtpraevention-bundeswehr.de/suchtberichte/ENAP-Tabak.pdf

BZgA (2007): Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. Köln: BZgA, www.bzga.de/studien
> Aktuelle Studien

BZgA (2008): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 2008. Köln: BZgA, www.bzga.de/studien
> Aktuelle Studien

Griesam, N. et al. (2008): Vielfalt und Auffindbarkeit von Hilfeangeboten zur Raucherentwöhnung im Internet. In: Gesundheitswesen, 70: 372-376.

Haug, S. et al. (2008): Kontinuierliche individuelle Förderung der Rauchabstinenz bei sozial benachteiligten jungen Erwachsenen über das Handy – Ergebnisse einer Pilotstudie. In Gesundheitswesen, 70: 364-371.

John, U. et al. (2004): A short form of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

Die BZgA (2007) berichtet, dass der Anteil der jungen Raucher/-innen (zwischen 12 – 17 Jahren) bei ca. 12% (30-Tages-Prävalenz) bzw. 18% (Selbsteinschätzung) liegt. Das Ergebnis der dritten Repräsentativerhebung (rauchfrei – Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007) belegt den kontinuierlichen Rückgang seit 2001. Die Drogenaffinitätsstudie (BZgA 2008) erzielt ähnliche Ergebnisse. Der Anteil der jungen Raucher liegt hier bei 15% und der jungen Raucherinnen bei 16%. Die AG Suchtprävention des nationalen Drogen- und Suchtrates (2008) führt dies auf die Erhöhungen der Tabaksteuer, die EU-Tabakwerbeverordnung, die Nichtraucherschutzgesetze, die Verbesserung des Jugendschutzes (Umstellung der Zigarettensautomaten), die Einführung von rauchfreien Schulen sowie auf eine Ausweitung der Angebote zum Rauchverzicht und themenspezifische Kampagnen (wie z.B. Schulklassenwettbewerb „Be Smart – Don’t Start“) zurück. Die durchgeführten verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen belegen, „dass ein gesamtgesellschaftlicher Prozess zur Etablierung des Nichtrauchens als soziale Norm eingeleitet werden kann und Erfolge in der Senkung des Rauchverhaltens nachweisbar sind“ (BMG: Drogen- und Suchtrat 2008, S. 4).

Schlüsselement wirksamer Tabakprävention ist u.a. den Einstieg in das Rauchen im Jugendalter zu verhindern, da die Wahrscheinlichkeit nach dem 18. Lebensjahr mit dem Rauchen zu beginnen, relativ gering ist (ebd.). Morgenstern und Mitarbeiter (2008) haben untersucht, inwiefern das absolute Rauchverbot an Schulen (als ein eben solches Element) von den Schüler/-innen akzeptiert wird. Das Rauchverbot an Schulen betrifft das gesamte Schulgelände, schulische Veranstaltungen und alle Personen, die am Schulleben beteiligt sind. Insgesamt konnten 1738 Schüler/-innen von zwölf verschiedenen Schulen in Schleswig-Holstein der Klassenstufen 7 bis 13 mit Hilfe eines Fragebogens befragt werden. Die Erhebung fand im Dezember 2006 (ca. ein Jahr nach Inkrafttreten des Erlasses) statt. Neben Geschlecht, Alter und Nationalität wurde das wahrgenommene Schulklima, die Lebenszeitprävalenz des Rauchens und der aktuelle Rauchstatus erhoben. Rauchende Schüler/-innen wurden weiterhin hinsichtlich des Schweregrades der Tabakabhängigkeit befragt (vgl. u.a. John et al. 2004). Schließlich wurden die Befragten aufgefordert, das Rauchverbot an Schulen zu bewerten. Insgesamt sind 77% der Befragten mit dem Rauchverbot an ihrer Schule einverstanden und 66% befürworten eine Bestrafung bei Verstoß. Unterscheidet man in der Auswertung zwischen Rauchern und Nicht-Rauchern, so wird deutlich, dass die rauchenden Schüler/-innen das Rauchverbot zu 86% ablehnen, hingegen die nicht-rauchenden Schüler/-innen zu 93% zustimmen. Bei starker körperlicher Abhängigkeit ist die Zustimmung zum Rauchverbot an Schulen gleich Null, mit abnehmender Schwere der Abhängigkeit steigt die Zustimmung immerhin auf 36%. Statistisch signifikanten Einfluss auf die Zustimmung hat außerdem, ob sich ein Schüler oder eine Schülerin an der Schule wohlfühlt, wobei die Schulform mitentscheidend ist. An Gymnasien ergibt sich die größte, an Hauptschulen die geringste Akzeptanz, was mit dem höheren Anteil an rauchenden Schüler/-innen an Hauptschulen zusammenhängt.

and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples. In: *Addictive Behaviors*, 29: 1207-1212.

Morgenstern, M. et al. (2008): Akzeptanz eines totalen Rauchverbots an Schulen: Einstellungen der Schülerinnen und Schüler. In: *Gesundheitswesen*, 70:360-363.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984): The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Irwin.

Rodgers, A. et al. (2005): Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. In: *Tobacco Control*, 14: 255-261.

Buchhinweis

Reinisch, A. (2007): *Tabakentwöhnung für Jugendliche. Empirische Befunde und Grundzüge eines verhaltensorientierten Interventionskonzeptes*. Weinheim: Juventa, vgl. Buchbesprechung unter: [www.neuland.com/index.php](http://www.neuland.com/in dex.php) > Suche: Bücher > Reinisch

Insgesamt betrachtet ist eine Akzeptanz des Rauchverbotes an Schulen in zufriedenstellendem Maße gegeben. Der Ablehnung der rauchenden Schüler/-innen sollte mit Aufklärungsarbeit begegnet werden. Dies gilt besonders für die stark abhängigen Schüler/-innen, für die gezielte Präventionsmaßnahmen noch ausstehen. Gerade hier erscheint die Kombination von verhältnis- (Rauchverbot an Schulen) und verhaltenspräventiven Maßnahmen (Entwöhnungsangebote) zielführend.

Um die Gruppe der rauchenden jungen Erwachsenen mit geringem Bildungsniveau mit Entwöhnungsangeboten zu erreichen, haben Haug und Mitarbeiter (2008) ein innovatives Konzept erprobt. Die Forschergruppe hat neben der Machbarkeit und Akzeptanz einer individuellen, kontinuierlichen Förderung der Rauchabstinenz mit Hilfe von Kurznachrichten (SMS), die via Handy verschickt werden, untersucht, welchen Erfolg dieses Verfahren verspricht. Insgesamt konnten 35 sozial benachteiligte junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren in die Pilotstudie eingeschlossen werden, unabhängig davon, ob sie beabsichtigten, ihr Rauchverhalten zu verändern. Das Interventionsprogramm SMS-COACH, eine Kombination aus Expertensystemtechnologie (vgl. Griesam et al. 2008) zur automatischen Generierung individueller Beratungstexte und zeitlichen sowie ortsungebundenen Vorteilen von Handytechnologien umfasst eine Eingangsbefragung, eine 12-wöchige SMS-gestützte Interventionsphase sowie eine Nachbefragung. Der Einschätzung der Veränderungsmotivation liegt das TTM (Transtheoretische Modell) nach Prochaska & DiClemente (1984) zugrunde. Während der 12-wöchigen Interventionsphase wurden die Teilnehmer/-innen einmal pro Woche via SMS befragt und bekamen auf ihre Antwort ein individuelles Feedback via SMS, weiterhin stand ihnen eine SMS-Hilferuffunktion zur Verfügung. Das Rauchverhalten und die Absicht zur Rauchabstinenz (Stadium der Veränderungsmotivation) wurden durch die wöchentlichen Befragungen erfasst. Das Feedback wurde aufgrund der Daten der Eingangsbefragung sowie basierend auf der Einordnung des Teilnehmers/der Teilnehmerin in das TTM, weiterhin unterstützt durch die vorangegangenen Antworten (aus den davor liegenden Wochen), automatisch generiert. Nach Abschluss der Untersuchung konnte die Machbarkeit einer solchen Intervention als gut bewertet werden. Es besteht ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Kein/e Teilnehmer/-in ist aus dem Programm ausgeschieden, durchschnittlich wurden $\frac{2}{3}$ der SMS beantwortet. Als Grund für das Nicht-Beantworten der wöchentlichen SMS wurde überwiegend fehlendes Handyguthaben der Teilnehmenden genannt. Die überwiegende Anzahl der Antworten konnte automatisch analysiert werden.

Hinsichtlich der Akzeptanz kann die Intervention ebenfalls als gut bewertet werden. $\frac{2}{3}$ der Teilnehmer/-innen beurteilen das Programm positiv und würden es auch weiterempfehlen. SMS-Fragen und -Feedbacks waren für die Teilnehmer/-innen verständlich, es bestand kein Problem in der Handhabung des Mediums. Lediglich wünschten sich die Teilnehmer/-innen stärkere Variationen der gestellten Fragen; diese wurden als zu einseitig erlebt. Hinsichtlich des zu erwartenden Erfolges bleibt zu erwähnen, dass es zwar zu einer signifikanten Reduktion in der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten, zu einer signifikanten Abnahme des Nikotinverlangens und einer signifikanten Zunahme der Risikowahrnehmung gekommen ist, aufgrund des explorativen Charakters und der geringen Stichprobengröße die Ergebnisse jedoch als vorläufig zu betrachten sind.

Aus Neuseeland berichten Forscher um Rodgers (2005) im Rahmen einer umfangreichen Kontrollgruppenstudie, dass unter Berücksichtigung des TTM der Verhaltensänderung (Einschlusskriterium: mind. Absichtsbildung) bei Beginn der Intervention, durch das Handy und das Versenden/Empfangen von SMS neue, kostengünstige und nachhaltige Möglichkeiten zur Förderung der Rauchabstinenz zur Verfügung stehen.

HIV-Risiko bei älteren Drogenabhängigen ohne und mit medikamentöser Behandlung (Substitution)

Wie neue Studien aufgezeigt haben, sinkt das Risiko einer HIV-Neuinfektion von Drogenabhängigen mit zunehmendem Alter oder auch im Rahmen von medikamentöser Behandlung (Substitution) nicht.

Verweise

Cooperman, N.A. et al. (2007): Current sexual activity and risky sexual behaviour in older men with or at risk for HIV infection. In: AIDS education and prevention, 19: 321-333.

Marcus, U. & Starker, A. (2006): HIV und AIDS. Heft 31. Berlin: RKI.

Hedrich, D. (2004): European report on drug consumption rooms. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Ritter, A. & Cameron, J. (2006): A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. In: Drug and Alcohol Review, 25: 611-624.

Robert-Koch-Institut (2006): Epidemiologisches Bulletin, 47: 417-420.

Simmedinger, R. & Vogt, I. (2008): Frankfurter Konsumraumdokumentation 2007. Frankfurt: ISFF

Wittchen, U.U. et al. (2008): Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients... In: Drug and Alcohol Dependence, 95: 245-257.

Wie allgemein bekannt ist, haben Drogenkonsumenten, die ihren Stoff intravenös (i.v.) nehmen, ein erhöhtes Risiko, sich mit dem HI-Virus anzustecken. Das RKI gibt an, dass sich etwa 200 bis 250 Personen mit i.v. Drogenkonsum pro Jahr mit dem HI-Virus infizieren (Marcus & Starker 2006). Der Anteil der Frauen in dieser Gruppe liegt bei 28%. Bemerkenswert ist, dass in Deutschland die Raten von HIV-Infektionen bei den Drogenkonsumenten in den letzten 15 Jahren stark zurückgegangen sind; sie liegen heute pauschal genommen zwischen 4% und 6%. Mit gutem Grund bringt man das ursächlich mit dem Ausbau der schadensmindernden Angebote der Drogenhilfe zusammen, insbesondere mit der Einrichtung von Nadeltauschprojekten und von Konsumräumen. Es gibt allerdings erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen drogenabhängigen Subgruppen. Wohnungslose oder nicht-deutsche Drogenabhängige haben höhere Prävalenzraten als Drogenabhängige, die sozial eingebunden sind und über einen eigenen Wohnraum verfügen (Hedrich 2004; Ritter & Cameron 2006; Simmedinger & Vogt 2008).

Studien zur Inzidenz und Prävalenz von HIV-Infektionen zeigen jedoch, dass das Risiko der Neuinfektion mit dem Alter leicht ansteigt. Das trifft auch auf ältere Drogenabhängige zu. Offenbar nimmt die Bereitschaft, safer sex zu praktizieren, mit dem Alter eher ab als zu. Dabei unterscheiden sich die älteren Drogenabhängigen in ihren Sexualpraktiken kaum von den jüngeren Drogenabhängigen. Sie bieten sexuelle Dienstleistungen für Drogen oder gegen Geld an und sie haben homo- und/oder heterosexuelle Kontakte mit anderen i.v.-konsumierenden Drogenabhängigen und dies ohne Rücksicht auf sichere Sexualpraktiken (Cooperman et al. 2008). Ältere drogenabhängige Männer haben ein höheres HIV-Infektionsrisiko als ältere drogenabhängige Frauen, da sich diese systematischer schützen. Das Infektionsrisiko älterer Drogenabhängiger ist auch aus anderen Gründen überdurchschnittlich hoch, z.B. weil ihr Immunsystem bereits durch andere Infektionen wie HCV geschwächt ist. Folglich liegen die HIV-Infektionsraten bei Drogenabhängigen über 40 Jahre vergleichsweise hoch.

Wie neue deutsche Studien zeigen, schützt die medikamentöse Behandlung mit einem Substitutionsmittel nicht vor Neuinfektionen. In der COBRA-Studie mit insgesamt 2.694 Personen (Durchschnittsalter 35 Jahre) wurde das genauer untersucht (Wittchen et al. 2008). Im ersten Jahr nach Behandlungsbeginn mit Methadon, Buprenorphin oder einem anderen ähnlichen Stoff nehmen die körperlichen Krankheitsbelastungen signifikant ab. Im selben Zeitraum steigen allerdings die HIV-Infektionen in der Methadongruppe von anfänglich 1% auf 6% und in der Buprenorphingruppe von 0% auf 5% an. Nach Selbstangaben der Substituierten in der COBRA-Studie gebrauchen weniger als die Hälfte regelmäßig Kondome. Während die Drogenkonsum-assoziierten Risiken zurückgehen, nehmen sexuelle Übertragungen der HIV-Infektionen bei Drogengebrauchern zu (RKI 2006). Unabhängig davon, ob das Risiko altersspezifisch ist oder nicht, wird es nötig sein, die Regeln des safer sex und des safer use ganz gezielt für diese Personengruppe neu zu formulieren und zu propagieren.

Medizinisch korrektes Vorgehen bei Beendigung der Substitutionstherapie aus disziplinarischen Gründen

In Methadonambulanzen kommt es gelegentlich zu Behandlungsbeendigungen aus disziplinarischen Gründen, d.h. der Arzt bricht die Behandlung ab. Je nach Sachlage kann es sich dabei um ein eher häufiges Ereignis handeln, z.B. dann, wenn der/die Patient/-in auch noch nach 6 Monaten mit Methadonbehandlung einen Nebenkonsum von Kokain und Benzodiazepinen hat, oder aber um ein eher seltenes, worauf einige Kommentatoren zu diesem Artikel hinweisen.

Verweise

Elsner, H. (2008): Die disziplinarische Beendigung einer ambulanten Methadon-Substitution: Die Praxis der Methadonambulanz Bochum als Beispiel des Qualitätsmanagements. In: Sucht, 54(4): 234-239.

Wittchen, H.-U. (2006): Versorgungslage/-probleme und Veränderungsbedarf: Wo besteht eine Unter-/Fehl-/Mangelversorgung? In: akzept e.V. (Hg.): Expertengespräch "Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung" am 14. Februar 2007 in Berlin. Bremen: Universität Bremen.

Elsner (2008) setzt sich in dem hier referierten Beitrag mit dem medizinisch korrekten Vorgehen bei einer disziplinarischen Beendigung der Substitutionstherapie auseinander. Der Autor setzt sich allerdings mit den Gründen, die solche Disziplinarmaßnahmen notwendig machen, nicht auseinander; diese sind „nicht Ziel dieses Aufsatzes - vielmehr wird davon ausgegangen, dass ein fundierter Grund für die Entscheidung vorliegt“ (S. 235). Die Folgen einer solchen Entscheidung sind für einen Patienten schwerwiegend, vielleicht sogar fatal. Das Mortalitätsrisiko der Patienten/-innen, deren Substitutionstherapie aus disziplinarischen Gründen abgebrochen wird, steigt um mehr als das 3fache an im Vergleich mit Patienten/-innen, die in einer Substitutionstherapie gehalten werden können (Wittchen, 2006). Es ist also gut möglich, dass der/die Patient/-in, der diszipliniert werden soll, die Disziplinarmaßnahme nicht überlebt. Automatisch stellen sich damit moralische und ethische Fragen, auf die es keine einfache Antwort gibt. Darauf geht der Autor jedoch nicht ein; er beschränkt sich darauf, den Verfahrensablauf medizinisch korrekt darzustellen.

Dazu gehört die Prüfung, ob eine Kontraindikation zur disziplinarischen Behandlungsbeendigung besteht. Nach Meinung des Autors stellt eine Schwangerschaft eine - zeitlich befristete - Kontraindikation dar, da eine Abdosierung in der Frühschwangerschaft einen Abort und in der Spätschwangerschaft eine Frühgeburt induzieren kann. Andere Kontraindikationen bestehen nur partiell, etwa dann, wenn durch den Opiatkonsum eine schwerwiegende psychische Störung maskiert wird, die während der Abdosierung (wieder) zum Vorschein kommt und zu Selbst- oder Fremdgefährdung führt. Dann muss die disziplinarische Maßnahme sofort abgebrochen und „eine gezielte Therapie begonnen werden“ (S. 237). Das erheblich erhöhte Mortalitätsrisiko nicht-schwangerer Drogenabhängiger, deren Substitutionstherapie aus disziplinarischen Gründen abgebrochen wird, stellt keine Kontraindikation dar. Allerdings weist Elsner nachdrücklich darauf hin, dass ein abrupter Entzug nicht *lege artis* ist, sondern schrittweise vorgenommen werden muss. In den Fällen, in denen dieses Vorgehen nicht umgesetzt werden kann, weil der/die Patient/-in dabei nicht mitmacht, muss der behandelnde Arzt den Patienten/ die Patientin ganz konkret an eine andere substituierende Einrichtung weiterleiten oder ihn in eine Klinik einweisen. „Das impliziert, dass der bisher behandelnde Therapeut dieses Bett [in der Klinik] ‚besorgt‘ bzw. mit dem Kollegen Kontakt aufnimmt, um die Weiterbehandlung konkret anbieten zu können“ (S. 238).

Hat der Arzt diese Prüfungen abgeschlossen und steht die Entscheidung zur disziplinarischen Beendigung der Behandlung fest, ist ein Vorgehen in festgelegten Reduktionsschritten medizinisch indiziert. Dieses Verfahren hat sich nach Elsner in der Methadonambulanz Bochum bewährt. Angaben zur Häufigkeit, zum Verlauf und zu den Auswirkungen dieser Disziplinarmaßnahmen auf die Patienten/Patientinnen fehlen allerdings.

An diesen Beitrag schließt sich eine zum Teil heftige Diskussion an, die hier nicht referiert wird. Vielmehr empfiehlt sich eine intensive Auseinandersetzung der Sozialarbeit mit dem Thema, da die Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen, die an einer Substitutionstherapie teilnehmen und auch nach 6 Mo-

naten noch Nebenkonsum mit anderen Drogen betreiben, zum Alltag in Substitutionsambulanzen gehört.

Computersucht, übermäßiger Medienkonsum, Internetsucht und Ähnliches

Die existierende Bezeichnungsvielfalt eines Symptomkomplexes macht bereits deutlich, wie unterschiedlich Argumente für das Pro und Kontra eines eigenständigen Krankheitsbildes ausfallen können. Im Folgenden wird zum einen versucht, die verschiedenen Sichtweisen kurz dar und egalitär nebeneinander zu stellen, ohne jedoch absolute Vollständigkeit zu beanspruchen und zum anderen werden Hinweise zu weiteren Informationen bzw. Hilfeangeboten aufgezeigt.

Verweise

- Bilke, O. (2008): Multiple Medien-Abhängigkeit. In: Sucht, 54(4):6-8.
- Block, J.J. (2008): Issues for DSM-V: Internet Addiction. In: Am J Psychiatry, 165(3): 306-307.
- Demmel, R. (2005): Internet addiction: ein virtuelles Problem? In: DHS (Hg.), Jahrbuch Sucht 2005 (S. 175-814). Geesthacht: Neuland.
- Grüsser, S.M. et al. (2007): Verhaltenssucht. In: Der Nervenarzt, 78(9): 997-1002.
- Grüsser-Sinopoli, S. et al. (2008): Debatte: Pro & Kontra – Verhaltenssuchte bilden eine eigene diagnostische Kategorie. In: Psychiatrische Praxis, 35: 160-162.
- Kratzer, S. & Hegerl, U. (2008): Ist 'Internetsucht' eine eigenständige Erkrankung? In: Psychiatrische Praxis, 35: 80-83.
- Schuhler, P. (2008): Pathologischer PC/Internet-Gebrauch. In: Sucht aktuell, 2: 36-40.
- Wölfling, K. (2008): Online-/Computerspielsucht. In: Sucht aktuell, 1: 31-33.
- Die Bezeichnungen rund um das Thema: Internet, Computer, Sucht bzw. Abhängigkeit (z.B. Pathologischer PC/Internet-Gebrauch, Computerspielsucht, Onlinesucht, Onlinespielsucht, Mediensucht bzw. übermäßiger Medienkonsum) sind vielfältig. Dies hängt damit zusammen, dass die Tätigkeitsfelder am Computer mit oder ohne Verbindung zum Internet ebenfalls vielfältig sind. Man muss Folgendes unterscheiden: internetbasierte Rollenspiele (sog. MMORPGs: Massively Multiplayer Online Role Playing Games), das 'Chatten' in sog. 'Chat-Rooms' oder auch Foren (auch: 'Erotik-Chat-Rooms'), Online-Auktionen oder -Shopping (Kaufen/Erwerben von Gebrauchsgütern via Internet mit und ohne Glücksspielcharakter) sowie Online-Glücksspiel (z.B. Online-Casinos). Man muss zudem unterscheiden, in welchem Alter sich die Betroffenen befinden. Auf fachlicher und wissenschaftlicher Ebene ist das Thema ebenso präsent wie auf der Ebene der Öffentlichkeit. Hinweise zu Hilfeangeboten und zu weiterführenden Informationen finden sich weiter unten.
- Die fachliche Debatte konzentriert sich zurzeit darauf, ob es sich um ein anerkanntes und diagnostizierbares Krankheitsbild im Sinne einer Verhaltenssucht handele, welches in die Revisionen der Klassifikationssysteme ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling et al. 2000) und DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Saß et al. 2003) aufgenommen werden sollte (vgl. u.a. Block 2008, Demmel 2005, Grüsser et al. 2007, Grüsser-Sinopoli et al. 2008, Wölfling 2008). Klare diagnostische Kriterien würden laut Grüsser und Mitarbeiter (2007: 1001) einem inflationären Gebrauch der entstehenden Begrifflichkeiten entgegenwirken, da nicht alle exzessiv durchgeführten Verhaltensweisen auch gleichzeitig süchtige Verhaltensweisen darstellen. Kritisch wird angemerkt, dass die sog. Verhaltenssuchte (zu denen auch der hier dargestellte Symptomkomplex der Computersucht zu zählen wäre) als Sekundärstörung einer weiteren psychiatrischen Erkrankung anzusehen seien (vgl. z.B. Grüsser et al. 2008, Schuhler 2008, Kratzer & Hegerl 2008, Wölfling 2008). Dem wiederum ist entgegen zu halten, dass dies ebenso für einen großen Teil der stoffgebundenen Substanzabhängigen gilt und eine Diagnose der Verhaltenssucht dazu beitragen würde, das Krankheitsbild umfassender und detailreicher zu beschreiben, um in der Folge auch adäquater behandeln zu können (ebd.).
- Aufgrund des Fehlens angemessener Diagnoseinstrumentarien behilft sich die Forschung zurzeit mit Kriterien, die an die stoffgebundenen Süchte angelehnt sind. So nutzen beispielsweise Wölfling und Kollegen (2008) in ihrer Untersuchung zum psychopathologischen Computerspielverhalten von 221 Schüler/-innen Berliner Schulen im Alter zwischen 13 und 16 Jahren, einen Fragebogen zum Computerspielverhalten in seiner revidierten Fassung (CSVK-R, vgl. Thalemann et al. 2004). Dieser erfasst den Ausprägungsgrad des Computerspielverhaltens indem die Diagnosekriterien substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen angepasst wurden. Demnach sind von den 221

Wölfling, K. et al.
(2008): Computerspielsucht: Ein psychopathologischer Symptomkomplex im Jugendalter. In: Psychiatrische Praxis, 35: 226-232.

Teilnehmer/-innen der Studie (52% Mädchen und 48% Jungen) insg. 6% als süchtige (psychopathologisch beeinträchtigte) Computerspieler zu klassifizieren. Sowohl in der Gruppe der Jugendlichen, die regelmäßig, aber nicht abhängig, als auch in der Gruppe derjenigen, die abhängig Computer spielen, sind überproportional mehr Jungen als Mädchen vertreten. In dieser Studie kam außerdem der Ängstlichkeitsfragebogen des Kinder-Angst-Test-II zum Einsatz, es ergaben sich jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede. Als psychische, gesundheitliche und soziale Folgen benennt Wölfling (2008: 32) die Einengung von Verhaltensmustern (Denken, Fühlen und Handeln sind auf das Spielen hin ausgerichtet), die dysfunktionale Regulation von negativen Gefühlszuständen, Toleranzentwicklung, anklingende Entzugerscheinungen, den Kontrollverlust über die Spieldauer, sog. Rückfälle in unerwünschtes Spielverhalten sowie das in Kauf nehmen von schädlichen Konsequenzen.

Aus Sicht der Forschung sollte gerade dem Computerspielverhalten Jugendlicher oder auch junger Erwachsener besondere Beachtung geschenkt werden, wie Bilke (2008), der auch in der NDR-Dokumentation (s.u.) zu Wort kommt, betont. Beispiele aus der Praxis, wie die Indikationsgruppenarbeit ‚Pathologischer PC/Internet-Gebrauch‘ der Fachklinik Münchwies (Saarland) (vgl. Schuhler 2008) belegen diese Forderung. Zwar liegen für Deutschland ‚nur‘ erste Schätzungen über Prävalenzen vor, die Forderung nach präventiven Maßnahmen, die auch die Förderung der Medienkompetenz der jungen Menschen im Auge hat, und nach Unterstützungs- und Hilfsangeboten sind umfangreich.

Weiterführende Informationen:

HLS-Projekt: „Netz mit Web-Fehlern?“[®] siehe: www.hls-online.org

Pressemitteilung der DHS: Internet Addiction, siehe:

www.dhs.de > presse > Pressemeldungen > DHS_Fachkonferenz Sucht 2008

45-minütige NDR-Dokumentation: „Spielen, spielen, spielen“, siehe:

www.ard.de > ARD Mediathek vom 12.08.2008

auch:

www.onlinesucht.de

www.rollenspielsucht.de

www.anonyme-gameholics.de

www.fv-medienabhaengigkeit.de

Impressum

Herausgeber:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt, Jana Fritz,
Institut für Suchtforschung (ISFF), Fachbereich 4, Fachhochschule Frankfurt am Main,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 1533 3152, Fax: (0 69) 1533 3153, E-Mail: isff@fb4.fh-frankfurt.de