

Psychodiagnostik des pathologischen PC- /Internetgebrauchs



Gabriele Helga Franke
Hochschule Magdeburg-Stendal
2018-10-15



Beruflicher Werdegang

1986	TU Braunschweig	Diplom
1990	TU Braunschweig	Promotion
1997	UGHS Essen	Habilitation
1999	UGHS Essen	Approbation
2002	HS MD-Stendal	Berufung

Persönliche Vorstellung: Lebensweg



Klinische Forschungsschwerpunkte

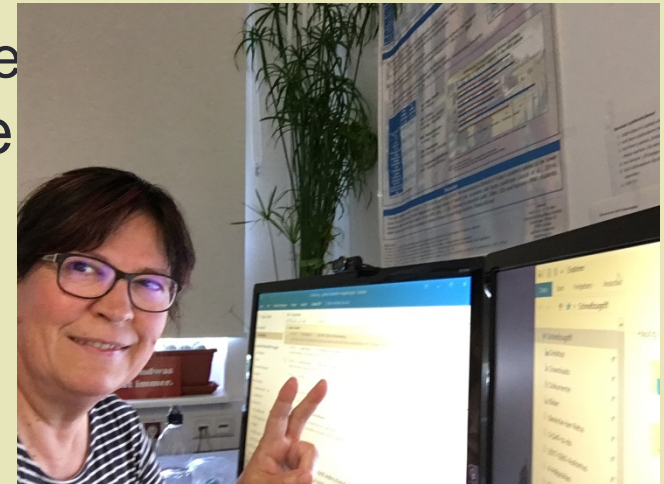
- **Psychische Belastung**
- Nicht-stoffgebundene Verhaltensprobleme

Medizinische Forschungsschwerpunkte

- Krankheitsverarbeitung, Adhärenz, Resilienz

AOW Forschungsschwerpunkte

- Diagnostik-Intervention-Arbeitszufriedenheit-Rehabilitationspsychologie



Psychodiagnostische Grundlagenforschung

- Symptom-Checklisten-Familie
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität Opioidabhängiger in Substitution

Gliederung

1. Überblick
2. Einleitung
3. PPG – pathologischer PC-/Internetgebrauch
4. [Ggf. pathologisches Glücksspielverhalten]
5. Ausblick
6. Literatur

1. Überblick

Suchthafte Verhaltensmuster können sich auch nicht-stoffgebunden manifestieren

Pathologischer PC-/Internetgebrauch

Path. Glücksspielverhalten

Path. Kaufverhalten

Path. Arbeitsverhalten

Path. Sportverhalten

Path. Sexualverhalten

1. Überblick

PC und Internet überformen bekannte Verhaltensweisen und bieten ganz neue Möglichkeiten

Path. Online-Computerspielverhalten

**Pathl. Aufsuchen sozialer Netzwerkseiten
(path. Kommunikationsverhalten)**

Path. Online-Glücksspielverhalten

Path. Online-Kaufverhalten

Path. Online-Sexualverhalten

Path. Online-Arbeitsverhalten

1. Überblick

- **Verhaltenspathologien** ähneln den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen

Kriterien	Verlauf & Folgen
<ul style="list-style-type: none">• Toleranzentwicklung	<ul style="list-style-type: none">• Aufrechterhalten trotz schädlicher Folgen, d.h. negative Konsequenzen in mindestens einem Lebensbereich
<ul style="list-style-type: none">• Verlangen (Craving)	
<ul style="list-style-type: none">• Entzugserscheinungen<ul style="list-style-type: none">• Kontrollverlust	
<ul style="list-style-type: none">• Interessenverlust und sozialer Rückzug	
	<ul style="list-style-type: none">• Emotionsregulation

1. Überblick

- **Suchtparadigma** ist hilfreich für Forschung und Klinik.
- **Spielsucht** ist am besten erforscht.
- Die **psychologisch-diagnostische Erfassung des pathologischen PC-/Internetgebrauchs** ist das heutige Thema.

Die psychologisch-diagnostische Erfassung der häufigsten Verhaltenssuchte



Gabriele Helga Franke

1. Zwischenruf

Probleme Suchthilfe

- (1) ↑ Stigmatisierung
- (2) ↓ Erreichungsquote
- (3) Später Beginn der Behandlung
- (4) ↓ Zugang zu verschiedenen Zielgruppen

Notwendige Änderungen

- (1) ↑ Kooperation
- (2) ↓ Stigmatisierung
- (3) ↑ Orientierung & Erreichung Zielgruppe
- (4) ↑ Prävention
- (5) ↑ Finanzierung

2. Einleitung: DSM

- Das aktuelle Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-5) der US-amerikanischen psychiatrischen Assoziation (APA) klassifiziert „Substanzgebrauchsstörungen“ als exzessives, wiederholtes und schädliches Verhaltensmuster mit negativen psychosozialen Auswirkungen sowie Toleranz- und Entzugerscheinungen

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.



2. Einleitung: DSM

- Insgesamt wird im DSM-5 die diagnostische Schwelle niedriger gesetzt, so dass mehr Patienten einen Behandlungsanspruch erhalten und neue (Kurz-)Interventions- und Präventionskonzepte entwickelt werden können
- Suchthafte Verhaltensmuster können sich allerdings auch nicht-stoffgebunden manifestieren, z.B. beim Glücksspiel, beim Einkaufen, bei der Arbeit, beim Sport oder bei der Sexualität

2. Einleitung: DSM

- Nicht-stoffgebundenen Süchte begleiten den Menschen schon sehr lange; generell kann jedes Verhalten suchartig entgleisen
- Als einzige Verhaltenssucht wurde im DSM-5 die „Glücksspielstörung“ definiert, da sie in Bezug auf Neurobiologie, Komorbidität und Behandlung große Gemeinsamkeiten mit Substanzgebrauchsstörungen aufweist
- Die „Internetspielstörung“ wurde als Forschungskategorie aufgenommen, da sie klinisch besonders relevant erscheint
- Heute werden die Spezifika nicht-stoffgebundener Suchtformen erläutert und die aktuellen Diagnosekategorien hinsichtlich ihrer Implikationen reflektiert



gluecksspielsucht-saar.de

2. Einleitung: DSM

Diagnostic and Statistical Manual
– American Psychiatric Association

DSM – APA

- DSM-I 1952
- DSM-II 1968
- DSM-III 1980
- DSM-III-R 1987
- DSM-IV 1994
- **DSM-5 2013**

Verlauf der Zeit

- 1840 Volkszählung in den USA, erstmalige Erhebung der Kategorie „Schwachsinn/Wahnsinn“
- 1920 Erhebung von 7 Kategorien für schwere Geisteskrankheiten
- Nach dem II. Weltkrieg entwickelten Veteranenverbände und die US-Armee eine Klassifikation psychischer Störungen der Soldaten
- 1952 übernahm die APA

2. Einleitung: DSM

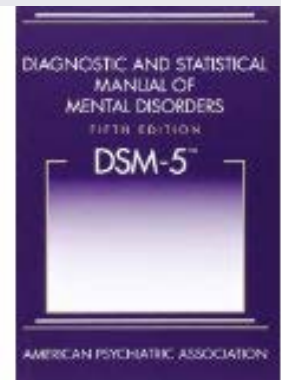
Verlauf der Zeit

- 1968: DSM-II bezeichnet Homosexualität nicht mehr als Krankheit
- 1980: DSM-III umfasst verschiedene Achsen und löst sich von ätiologie- und theoriebezogener Terminologie

DSM-5

- Seit 1999 arbeiteten fast 400 internationale Forscher an der neuen Fassung. Ziel war eine stärkere Berücksichtigung empirischer Erkenntnisse in der Diagnostik

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.



2. Einleitung: Substanzgebrauchsstörung im Wandel der Zeit (Kraus et al., 2015)

Epidemiologischer Sucht-Survey (ESA) – 20-Jahres-Verlauf

- ↓↓ Tabakkonsum hat in den letzten 20 J. abgenommen
- ↓↓ Durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge Reinalkohol reduzierte sich bei ♂, nicht aber bei ♀
- ↓↓ Rückgang Konsum Schlaf- und Beruhigungsmittel
- ↑↑ Prävalenz Rauschtrinken seit 2008 bei ♀ gestiegen
- ↑↑ Cannabiskonsum nimmt seit 2012 zu
- ↑↑ Zunahme wöchentlicher Gebrauchs von Schmerzmitteln (Analgetika)
- ↑↑↑ Anstiege in der Prävalenz der Abhängigkeit von Medikamenten, Alkohol bei Frauen gestiegen, bei Männern gleichgeblieben
 - Probleme: legale Drogen - Prävention & Intervention
 - Besondere Zielgruppe: Frauen (Alkohol & Medikamente)

2. Einleitung: Substanzgebrauchsstörung im Wandel der Zeit (Kraus et al., 2015)

ABNAHME allg. Konsum

- Alkohol (nur bei ♂) und Tabak↓



ZUNAHME allg. Konsum

- Cannabis und Schmerzmittel (Analgetika)↑

ZUNAHME SUBSTANZGEBRAUCHSSTÖRUNG

- Alkohol (nur ♀), Medikamente↑

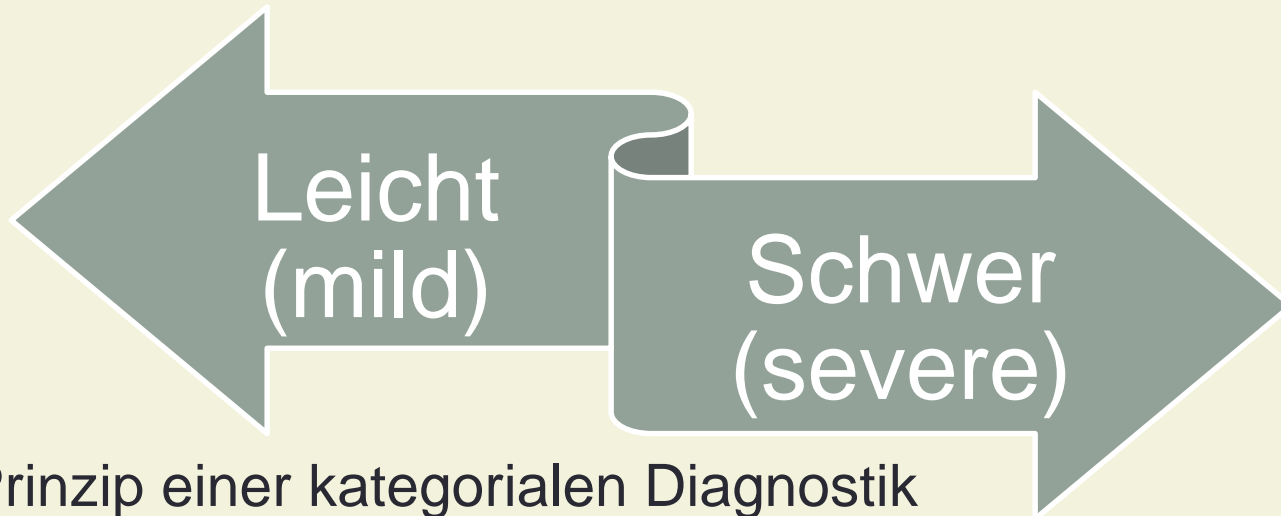


http://de.wikipedia.org/wiki/Getr%C3%A4nke#Alkoholische_Getr.C3.A4nke

<http://de.wikipedia.org/wiki/Zigaretten> http://de.wikipedia.org/wiki/Hanf_welt.de <http://lifestyle.de.msn.com>

2. Einleitung: Substanzgebrauchsstörung im DSM-5

- «Substanzgebrauchsstörung» (Substance Use Disorder) (SUD) als Schweregraddiagnose



- Das Prinzip einer kategorialen Diagnostik (Missbrauch vs. Abhängigkeit) wurde somit aufgegeben.
- Der Begriff «Dependence» wurde durch «Addiction» ersetzt

2. Einleitung: Substanzgebrauchsstörung: im DSM-5

- **Hoher Zeitaufwand** für Beschaffung & Konsum der Substanz oder zum Erholen von Konsumwirkungen (3)
- **Kontrollverlust**: fortgesetzter Konsum trotz gegenteiliger Absicht (2) sowie Kenntnis um körperliche oder psychische Probleme durch den Konsum (9); die Substanz wird auch in gefährlichen Situationen (8) sowie in größeren Mengen oder länger als geplant (1) konsumiert
- **Erleben von Craving** (4), Toleranzentwicklung (10) und körperlichen Entzugssymptomen (11)
- **Konsequenzen**: Versagen wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause (5), soziale und zwischenmenschliche Probleme (6), Aufgabe oder Reduzierung wichtiger Aktivitäten (7) infolge des Konsums

- **Leicht** 2 (bis 3) von 11
- **Moderate** 4 bis 5 von 11
- Ab 6 von 11 **schwere** Substanzgebrauchsstörung
- Das Legalverhalten ist kein diagnostisches Kriterium mehr für eine Substanzgebrauchsstörung

Thomasius et al. (2014). DSM-5 Kommentar. Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 115-120.

2. Einleitung: Suchtmittel im DSM-5

- Alkohol
- Cannabis
- Halluzinogene vom Phencyclidin-Typ sowie andere Halluzinogene
- Inhalanzien
- Opioide
- Sedativa/Hypnotika
- Anxiolytika
- Stimulanzen vom Amphetamin-Typ sowie Kokain
- Andere Stimulanzen sowie andere/unbekannte Substanzen

NEU

- Tabak



- Koffein-gebrauchs-störung

- Eine Kategorie «polyvalenter Konsum» existiert nicht mehr

2. Einleitung: Stoff(un)gebundene Sucht Unterschiede - Gemeinsamkeiten

Stoffgebundene Sucht

- Gut beschrieben
- Klinisch definiert
- Breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten
- Tritt oft polytoxikoman auf
 - Nikotinsucht
 - Alkoholsucht
 - Medikamentensucht
 - Drogensucht

Nicht-stoffgebundene Sucht

- Wenig fundierte Diagnostik und Therapie
 - Glücksspielsucht
 - Computer(spiel)- und Internetsucht
 - Kaufsucht – Sammeln/Horten
 - Arbeitssucht
 - Sportsucht
 - Sexsucht

2. Einleitung: Verhaltenssüchte

Verhaltenssüchte sind
erlernte
dysfunktionale
Verhaltensweisen,
die grundsätzlich auch wieder
verlernt werden können.

2. Einleitung: Epidemiologie

- Die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) veröffentlicht seit 2007 jährlich bundesweit Daten über stationäre und ambulante Einrichtungen sowie über dort betreute Patienten (Soziodemografie, Diagnosen, Outcome)
- Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung eines speziellen Dokumentationssystems
- Auf diese Weise wurden im Jahr 2012 Daten von N=327.442 ambulanten und von N=47.079 stationären Behandlungen erfasst.
- Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe

Steppan et al. (2013). *Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München. Institut für Therapieforschung.

2. Einleitung: Epidemiologie

- Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol, Opioiden und Cannabis sind die drei größten Hauptdiagnosegruppen
 - Alkohol: 53% ambulant, 73% stationär
 - Opioide (Heroin, Methadon, Codein): 16% ambulant, 7% stationär
 - Cannabis: 14% ambulant, 6% stationär
- ↑ Pathologisches Glücksspiel: 6% ambulant, 3% stationär
- 2-5% Konsums von Kokain (bzw. Crack), ↑ Stimulantien (MDMA, Amphetamine, Ephedrin, Ritalin)
- Männer deutlich häufiger betroffen als Frauen

2. Einleitung: Mögliche Einordnung in ICD-10

- Aktuelle Diskussion über Einordnung der exzessiven Verhaltensweisen in die ICD-10 Kategorien:
 - **Abhängigkeitserkrankungen**
 - **Zwangsspektrumsstörungen**
 - **Impulskontrollstörungen**
 - **Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung**
- Jede Einordnung hat Einfluss auf die Therapie

2. Einleitung: Mögliche Einordnung in ICD-10

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- **F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- **F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**
- **F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**
- **F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
- F70-F79 Intelligenzminderung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

2. Einleitung: ICD

International Classification of Diseases
– World Health Organization

ICD – WHO [1948]

- ICD-5 1938
- ICD-6 1948
- ICD-7 1955
- ICD-8 1965
- ICD-9 1976
- **ICD-10 1992**
- ICD-11 2018/9

Verlauf der Zeit

- 1893 Internationales Todesursachenverzeichnis nach Jacques Bertillon
- Daraus entstand nach und nach die ICD
- Mit der Gründung der WHO im Jahr 1948 ICD-6
- Seitdem regelmäßige Weiterentwicklungen

2. Einleitung: ICD

Verlauf der Zeit

- DDR: Seit 1952
Kodierung ambulant und stationär nach ICD
- BRD: Seit 1986
Kodierung stationär nach ICD-9
- Heute: § 295 Abs. 1 S. 2 SGB-V sowie § 301 SGB-V ICD verpflichtend

Diagnosis Related Group - DRG

- Seit 2003: Aufgrund der ICD-Codes u.A. wird eine Diagnosebezogene Fallgruppe berechnet, so dass eine fall- und diagnosebezogene Abrechnung möglich wird
- Ziel ist die Steuerung der Kosten
- **F00-99 Psychische und Verhaltensstörungen**

2. Einleitung: Einordnung in ICD-11

Disorders due to addictive behaviors

- are recognizable and clinically significant syndromes associated with **distress** or interference with personal functions that develop as a result of repetitive rewarding behaviours other than the use of dependence-producing substances.
- Disorders due to addictive behaviors including gambling disorder and gaming disorder, which may involve both online and offline behaviour.

2. Einleitung: Einordnung in ICD-11

Disorders due to addictive behaviors

- 6C50 Gambling disorder (Glücksspielstörung)
- 6C51 Gaming disorder (Spielstörung)
- 6C6Y Other specified disorders due to addictive behaviours
- 6C5Z Disorders due to addictive behaviours, unspecified

3. PPG

Medien haben ein Suchtpotential!

- **Lesen** und Radio hören sowie **Fernsehen** können zu suchtartigem Konsum-Verhalten führen
- Das **Internet** überformt bekannte Verhaltens-süchte wie
 - Glücksspielsucht
 - Kaufsucht
 - Sexsucht

Visualisierung der verschiedenen Routen durch Teile des Internets
[http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Internet_map_1024.jpg]



3. PPG: DSM-5 Definition

Dauerhafte und wiederkehrende Nutzung des Internets, um sich mit Spielen zu beschäftigen, häufig mit mehreren anderen Spielern, führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei mindestens fünf der folgenden Kriterien innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten vorliegen.

1. Übermäßige Beschäftigung mit Internetspielen.
2. Entzugssymptomatik, wenn das Spielen von Internetspielen wegfällt.

3. PPG: DSM-5 Definition

3. Toleranzentwicklung, das Bedürfnis, zunehmend mehr Zeit mit dem Spielen von Internetspielen zu verbringen.
4. Erfolglose Versuche, die Teilnahme an Internetspielen zu kontrollieren.
5. Interessenverlust an früheren Hobbys und Freizeitbeschäftigungen als Ergebnis und mit Ausnahme des Spielens von Internetspielen.
6. Fortgeführtes exzessives Spielen von Internetspielen trotz der Einsicht in die psychosozialen Folgen.

3. PPG: DSM-5 Definition

7. Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des Umfangs des Spielens von Internetspielen.
8. Nutzen von Internetspielen, um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen.
9. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Ausbildungs-/Karrieremöglichkeit aufgrund der Teilnahme an Internetspielen.

3. PPG: Diagnostik - CSAS

Rehbein, F., Baier, D., Kleinmann, M. & Mößle, T. (2015). *CSAS. Computerspielabhängigkeitsskala. Ein Verfahren zur Erfassung der Internet Gaming Disorder nach DSM-5.* Göttingen: Hogrefe.



Wie ist Ihre Meinung zu folgenden Aussagen über das Computerspielen? Denken Sie dabei bitte an die letzten 12 Monate.		stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1.	Ich beschäftige mich auch während der Zeit, in der ich nicht Computerspiele spiele, gedanklich sehr viel mit Spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich habe das Gefühl, dass Computerspiele für mich immer wichtiger werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich habe das Gefühl, meine Spielzeit nicht kontrollieren zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich muss immer länger spielen, um zufrieden zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wenn ich nicht spielen kann, bin ich gereizt und unzufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich bin so häufig und intensiv mit Computerspielen beschäftigt, dass ich manchmal Probleme in der Schule bzw. auf der Arbeit bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wenn ich längere Zeit nicht spiele, werde ich unruhig und nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Meine Gedanken kreisen ständig ums Computerspielen, auch wenn ich gar nicht spiele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PPG: Diagnostik - CSAS

- auffälliges **Spielverhalten** bei elektronischen Bildschirmspielen (Onlinerollenspiele, Strategiespiele und Shooterspiele)
- Beurteilungszeitraum 12 Monate
- online als auch offline durchgeführte Spiele
- Abgleich mit DSM-5 Internet Gaming Disorder
- Selbstbeurteilung:
 - Jugendliche (CSAS-J), Erwachsene (CSAS-E)
- Fremdbeurteilung
 - Eltern oder nahestehender Erziehungspersonen (CSAS-FE) bzw. der Lebenspartner (CSAS-FP).
- 18 Items, vierstufiges Antwortformat
- Die Gütekriterien wurden hinsichtlich der Selbstbeurteilungsversionen untersucht.

3. PPG: Diagnostik - CSAS

- **Objektivität:**
 - Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben
- **Reliabilität:**
 - Interne Konsistenz
 - Gesamtstichprobe Jugendlicher (N= 3189)
 $\alpha = .94$
 - Gesamtstichprobe Erwachsene (N= 609)
 $\alpha = .94$
 - Re-Test Reliabilität bei Schülern der 8. und 9. Klasse (N= 231) im 4- Wochenabstand $r = .84$
- **Validität:**
 - zufriedenstellende faktorielle Validität wurde nachgewiesen
 - Augenmerk auf inhaltsvalide Abdeckung der DSM-5 Kriterien
 - Konstruktvalidität: Summenwert der CSAS korreliert sehr hoch mit dem Summenwert der CSAS II ($r = .95$)
- **Normierung:**
 - CSAS-J (Jugendliche):
 - geschlechts- und jahrgangsspezifische, schulformübergreifende Normen für Schüler allgemeinbildender Schulen in der 7. Klasse (n = 830), 8. Klasse (n = 831), 9. Klasse (n = 739) und 10. Klasse (n = 789) = (insg. 3189)
 - CSAS-E (Erwachsene):
 - geschlechts- und altersspezifische Normen für die Altersgruppen 16 bis 30 Jahre (n = 300) und 31 bis 49 Jahre (n = 309) = (insg. 609)

3. PPG: Diagnostik - AICA

AICA-SKI:IBS - Strukturiertes Klinisches Interview zu Internetbezogenen Störungen

- basiert auf den Kriterien des DSM-5: Internet Gaming Disorder
- ermittelt ob jemand eine IBS hat und den Schweregrad

- **Autoren:** Kai W. Müller, Klaus Wölfling
- **Erscheinungsjahr:** 2017
- Hauptbestandteil: Interviewleitfaden
- geeignet für Erst- und Verlaufsdagnostik
- ohne Altersbegrenzung

- **Voraussetzung:** Patient besitzt „ausreichende psychosoziale Reife, eine normal ausgeprägte Intelligenz, sowie ein hinreichendes Sprachverständnis“ (Müller & Wölfling, 2017, S.4)
- **Kosten:** online frei erhältlich unter: http://www.fv-medienabhaengigkeit.de/fileadmin/images/Dateien/AICA-SKI_IBS/FVM_Diagnostikinstrument_2017.pdf

3. PPG: Diagnostik - AICA

EINGENOMMENHEIT & CRAVING

[Dominiert das Nutzungsverhalten das Leben des Betroffenen vor anderen – möglicherweise essentielleren – Lebensbereichen?]

- *Einstieg:* Können Sie mir einen typischen Tagesablauf aus Ihrem Leben schildern?
- Würden Sie sagen, dass die Internetnutzung einen Hauptinhalt Ihres Lebens darstellt?
- Erfordert sie von Ihnen eine permanente (auch gedankliche) Beschäftigung?

*Das Nutzungsverhalten stellt einen zentralen Bestandteil des **täglichen** Lebens dar. Andere Lebensbereiche besitzen demgegenüber einen weniger zentralen Stellenwert.*

Dem Nutzungsverhalten wird eine Leitfunktion im Leben beigemessen. Das Leben ist ohne die Nutzung kaum vorstellbar. Die Nutzung begleitet die Person auch dann, wenn sie sich mit anderen Angelegenheiten befasst.

Codierung: ₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

- Haben Sie festgestellt, dass Sie Abläufe des täglichen Lebens umgestellt haben (z.B. Verzicht auf die Mittagspausen, spätere Schlafenszeiten, früheres Aufstehen am Morgen etc.), um der Internetnutzung mehr Raum zu geben?

*Eine Veränderung der täglichen Routinen und Lebensabläufe ist erkennbar und auf das Nutzungsverhalten zurückführbar. Es ist **mind. einer** der folgenden Aspekte wiederkehrend vorhanden:*

- Verkürzung anderer Tätigkeiten
- Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Nutzung während der Mahlzeiten

Codierung: ₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

- Haben Sie häufig das Gefühl, jetzt sofort online gehen zu müssen?

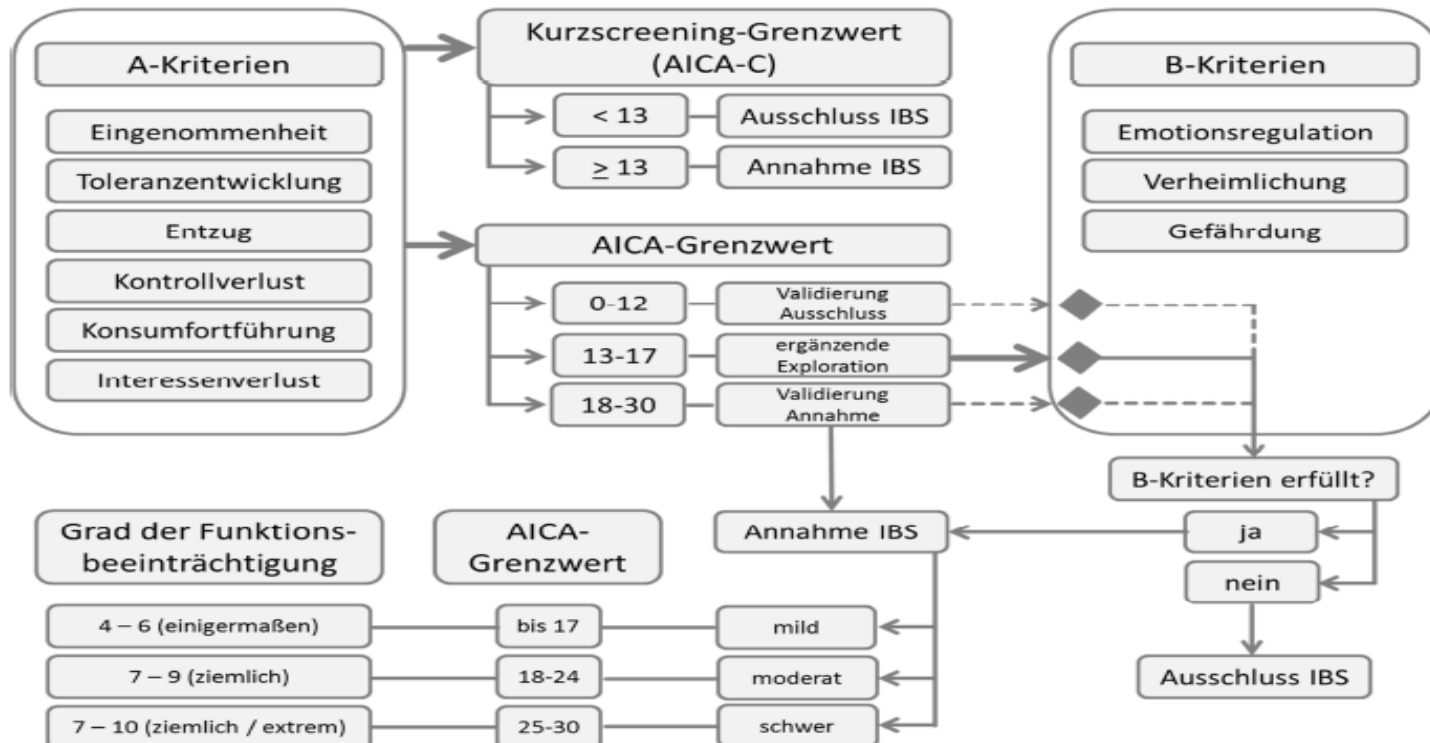
Das Leben des Betroffenen ist geprägt von einem Gefühl der inneren Getriebenheit, das sich auf ein starkes Nutzungsverlangen zurückführen lässt.

Codierung: ₀ ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

3. PPG: Diagnostik - AICA

- **Auswertung:** Aufsummieren der Grenzwerte für jedes Kriterium oder Kurzscreening AICA-C (nur Kriterium A) → **Grenzwert ab 13 Punkte**

Abbildung 3. Diagnostischer Entscheidungsprozess mit AICA-SKI:IBS



3. PPG: Diagnostik - AICA

A2	Bitte codieren Sie die problematische Internetaktivität	
<input type="radio"/>	1 Online-Computerspiele	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	2 Offline-Computerspiele (z.B. Konsolenspiele)	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	3 Online-Pornographie	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	4 Online-Glücksspiele	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	5 Online-Einkäufe	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	6 Online Social Media (Chats, Blogs, Foren)	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	7 Online Social Communities (soziale Netzwerke)	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	8 Online Informationsportale (News, Wikis)	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	9 Online Videoportale (Streaming)	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>
<input type="radio"/>	10 andere Internetaktivitäten	<i>[falls ausgewählt, bitte unter A3 spezifizieren]</i>

3. PPG: Diagnostik – CSAS vs AICA

CSAS	AICA
Fragebogen zur Selbst- und Fremdbeurteilung	Strukturiertes klinisches Interview
Altersbegrenzung: 14-49 J.	Ohne Altersbegrenzung
Kosten: 112,-- Euro	Keine Kosten
Verdachtsdiagnose	Verdachtsdiagnose & Schweregrade

3. PPG: Epidemiologie

- Aufgrund unterschiedlicher Studienergebnisse ist genaues Ausmaß unbekannt.
- Europaweite Studie (2015):
 - N = 12.938 (Alter 14-17)
 - 1,6% von ihnen erfüllen DSM-5 Kriterien einer Internetspielsucht
 - weitere 5,1% sind stark belastet
- Prävalenz der deutschen Bevölkerung (2016):
 - 1 % im Alter von 14 bis 64 Jahre
 - 2,4 % im Alter von 14 bis 24 Jahre
 - 4 % im Alter von 14 bis 16 Jahre

Feindel (2017);

Müller, Janikian, Dreier, Wölfling, Beutel, Tzavara (2015);

Quarcoo & Bundschuh (2015);

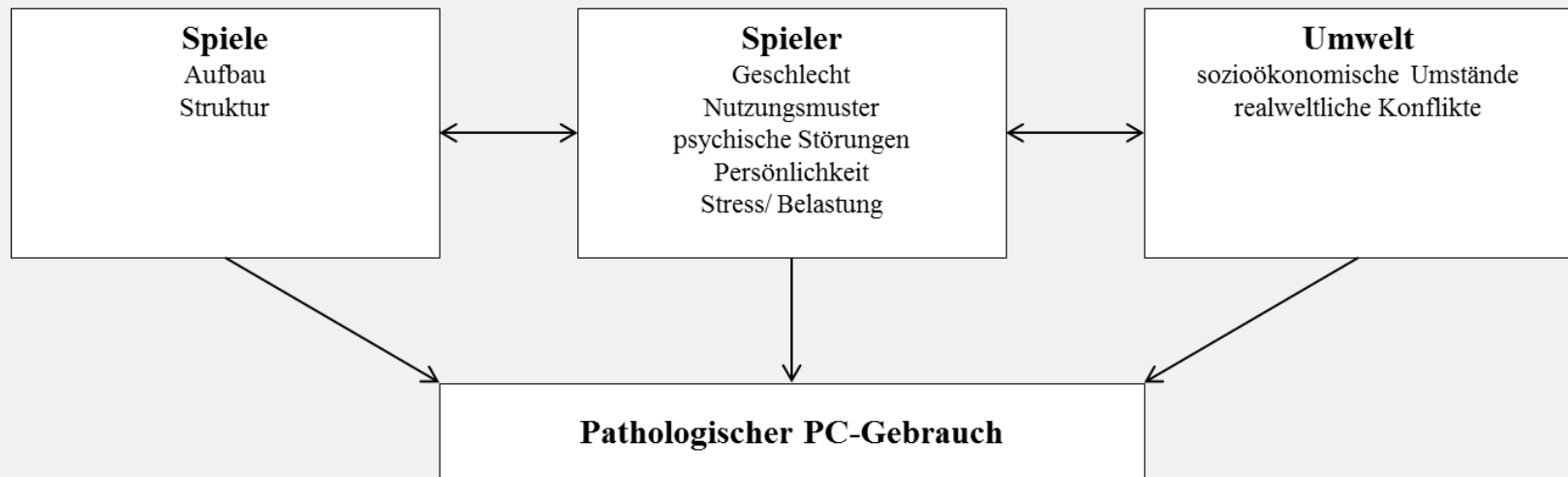
Wölfling, Müller & Beutel (2017b)

3. PPG: Theorie

- Risikofaktoren für die Entstehung z.B.:
 - männliches Geschlecht, Aufmerksamkeitsprobleme bzw. erhöhte Impulsivität
 - geringe soziale Kompetenzen und soziale Unsicherheiten
 - Mangel an Erfolgserlebnissen im realen Leben, schlechte Integration in Schule
- Erklärung der Entstehung durch lerntheoretisch orientiertes Modell:
 - Reiz-Reaktionslernen
 - Modelllernen auf Basis der operanten Konditionierung

3. PPG: Theorie – Bezug zum Glücksspiel

Abbildung 1: Risikofaktoren für die Entwicklung von pathologischem PC-Gebrauch



- Von 1.058 Studierenden konnten 49 (4,6%) als Onlinespieler mit hoher und 94 (8,9%) mit mittlerer Frequenz identifiziert werden
- Problematische Spieler waren eher männlich und länger online. Sie berichteten höheren Neurotizismus und geringe Extraversion sowie stärkere psychische Belastung

4. Glücksspielstörung

- Ist vermutlich neben „Trunksucht“ die zweitälteste Suchtform in Europa
- Zwischen 70-90% der Erwachsenen haben mindestens einmal in ihrem Leben Glücksspiele gespielt
- Die Zweckungebundenheit des eigentlichen Spiels ist bei monetären Glücksspielen (Geldeinsatz) aufgehoben
- Glücksspiele sind Spiele, deren Verlauf maßgeblich vom Zufall bestimmt sind

Grüsser-Sinopoli, S. & Albrecht, U. (2007). *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen*. Bern: Huber.
Grüsser & Thalemann, 2006



http://www.medizinpopulaer.at/uploads/pics/018_HandschellenCollage.jpg
http://www.mainpost.de/storage/pic/dpa/serviceline/gesundheit/3921141_1_Gluecksspiel_32744872.original.large-4-3-800-0-0-3072-2303.jpg?version=1317306235



4. Glücksspielstörung – Wandel der Zeit

- In der römischen Antike waren Würfelspiele verbreitet
- Im Mittelalter wurde versucht, Glücksspiele zu verbieten
 - Richard Löwenherz verbot das Spielen um Geld für jeden Stand, der geringer war als der eines Ritters
- In China flossen die Erlöse des staatlichen Glücksspiels unter anderem in den Bau der chinesischen Mauer
- Im 18. und 19. Jh. entwickelte sich in Europa eine kontroverse Einstellung zum Glücksspielen mit Verboten in Frankreich und Deutschland



4. Glücksspielstörung - Auswahl

Würfelglücksspiele (Kniffel) und -brettspiele (Backgammon)

Roulette

Glücksspiele mit Spielsteinen (Domino, Mah-Jongg)

Glücksspiele mit Karten (Black Jack, Poker, Schwimmen etc.)

Einarmige Banditen und andere Geldspielautomaten

Lotteriespiele

Oddset- und Sportwetten

4. Glücksspielstörung - Epidemiologie

- Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung werden bevölkerungsrepräsentative Daten zum Glücksspielverhalten erhoben
- Mittels zufallsgenerierten Telefoninterviews wurden so Daten von 11.501 Probanden im Alter von 16 bis 65 Jahren gewonnen
- 78,8% haben schon einmal im Leben an Glücksspiel teilgenommen - ♂ 82% ♀ 75%
- Die Lebenszeitprävalenz ist gegenüber 2011 **GESUNKEN**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. Köln: BZgA.

Grüsser & Albrecht, 2007

4. Glücksspielstörung - Epidemiologie

- Die 12-Monats-Prävalenz des pathologischen Glücksspiels wird auf 0,82% geschätzt - ♂ 1,3% ♀ 0,3%
- Die 12-Monats-Prävalenz des problematischen Glücksspiels wird auf 0,68% geschätzt - ♂ 1,2% ♀ 0,2%
- Risikofaktoren:
 - ♂
 - 18-20 J.
 - Migrationshintergrund
 - Arbeitslosigkeit
 - Irrationale Einstellungen und Überzeugungen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. Köln: BZgA.

4. Glücksspielstörung - Epidemiologie

- Der Anteil der 16- und 17-jährigen Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten am Glücksspiel teilgenommen haben, ist von 31,5% im Jahr 2011 auf 19,9%
GESUNKEN
- Die Reichweite von Informationsangeboten über verschiedene Medien über die Gefahren des Glücksspiels hat sich 2013 erhöht
 - **Kenntnis der Kampagnen der BZgA**
 - **Kenntnis von Hilfeeinrichtungen zum Thema Glücksspiel**
- Zustimmung zu gesetzlichen Regelungen gleich hoch geblieben

4. Glücksspielstörung - Entwicklung

- Entwicklung ist jahrelanger Prozess: vom Anfang bis zur pathologischen Phase können bis zu 6 Jahre vergehen
- Im Verlauf der Sucht werden Auslösereize entwickelt, die zu einem Suchtdruck und damit zu wiederholtem Glücksspiel führen (klassische Konditionierung)
- Je öfter das Verhalten als negative Stressverarbeitung eingesetzt wird, desto mehr werden alternative Strategien verdrängt (operantes Konditionieren)
- „Suchtgedächtnis“ wird entwickelt, welches zu biochemischen Veränderungen im Gehirn führt

(Grüsser & Albrecht, 2007; Grüsser & Thalemann, 2006)

4. Glücksspielstörung - Komorbidität

- Zusätzliche psychische Störungen führen zu schwererem Verlauf, stärkerem Glücksspielverlangen und drängenderen Glücksspielgedanken
- Persönlichkeitsstörungen scheinen häufig komorbid aufzutreten (Ursache-Wirkung jedoch unklar)
- Ebenfalls treten komorbid auf:
 - **affektive Störungen (zwischen 21-75%)**
 - **andere Abhängigkeitserkrankungen (ca. 60%)**
 - **Angststörungen (9-38%)**
- Typische Persönlichkeitsmerkmale von Glücksspielern sind hohes Sensation Seeking und hohe Impulsivität

(Grüsser & Albrecht, 2007; Grüsser & Thalemann, 2006)

4. Glücksspielstörung - Folgen

- **Finanzielle Situation und Verschuldung**
 - erst werden Reserven aufgebraucht und Kredite genommen
 - später werden ungefragt Ersparnisse verwendet und es werden Wertgegenstände (auch von Angehörigen) verpfändet
 - teilweise Beschaffungskriminalität
- **Emotionale Belastung und Selbstmordrisiko**
 - Selbstmordgedanken sind bei Glücksspielern verbreitet, da es der einfachste Weg scheint, um der Verschuldung, der Sucht und den familiären Problemen zu entkommen
- **Auswirkungen auf die Familie**
 - Schätzungen zufolge werden 10 bis 15 weitere Personen bei einer Glücksspielsucht in Mitleidenschaft gezogen (Familie, Freunde, Kollegen etc.)

4. Glücksspielstörung - Diagnostik

Premper et al. (2013). GSV.
Glücksspielskalen für Screening und
Verlauf. Göttingen: Hogrefe.

Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten
(KFG)

Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen
(SFG)

Die kognitive und emotionale Involviertheit
in das Glücksspielen kann auch erfasst
werden, wenn aufgrund einer Behandlung
eine Glücksspielabstinenz eingehalten
wird.

Messwiederholungen sind möglich.
Es liegen klinische Normdaten vor.

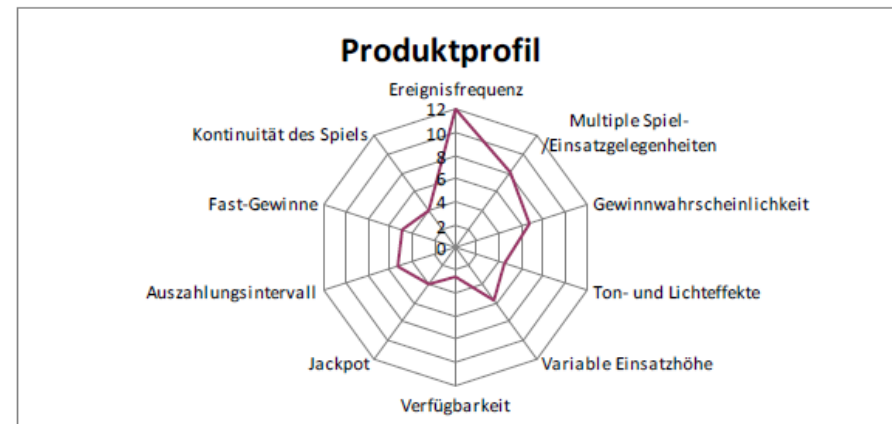


4. Glücksspielstörung – Diagnostik

Einschätzung des Gefährdungspotentials

1. Ereignisfrequenz
2. Kontinuität des Spiels
3. Fast-Gewinne
4. Auszahlungsintervall
5. Jackpot
6. Verfügbarkeit
7. Variable Einsatzhöhe
8. Ton- und Lichteffekte
9. Gewinnwahrscheinlichkeit
10. Multiple Spiel-/Einsatzmöglichkeiten

Spinnendiagramm zum
Gefährdungspotential von
Kasino-Glücksspielautomaten



Wert 3,66
Gefährdungspotential sehr hoch (E)

http://www.sfu.ac.at/data/Skripten_Batthyany/Haefeli/Haefeli_Praesentation.pdf

5. Ausblick

Erfolg der Prävention?

- Allgemeiner Drogenkonsum nimmt ab – Erkrankung (vor allem bei Frauen) nimmt zu
- Das gilt nachweisbar auch für die Spielsucht – die einzige Verhaltenssucht, die gut erforscht ist

Notwendige Änderungen im Suchthilfesystem

- (1) ↑↑ Kooperation
- (2) ↓↓ Stigmatisierung
- (3) ↑↑ Orientierung & Erreichung Zielgruppe
- (4) ↑↑ Prävention
- (5) ↑↑ Finanzierung

6. Erweiterte Literaturliste

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing. SDL-BIBO: SP 551-186
- Basdekis-Jozsa, R., Berner, W. & Briken, P. (2009). Syndrome sexueller Sucht – Phänomenologie, Ätiologie und Therapie. *Sucht*, 55, 357-364.
- Bette, K.-H. & Gugutzer, R. (2012). Sport als Sucht. Zur Soziologie einer stoffungebundenen Abhängigkeit. *Sport und Gesellschaft*, 9, 107-130.
- Bühler, K.-E. & Schneider, C. (2002). Arbeitssucht (Workaholism). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153, 245-250.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends. Köln: BZgA.
- De Coverley Veale, D.M.W. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 735-740.
- de Zwaan, M. (2013). Ist Adipositas eine Suchterkrankung? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63, 255-256.
- de Zwaan, M. & Herzog, W. (2011). Diagnostik der Essstörungen. Was wird das DSM-5 bringen? *Nervenarzt*, 82, 1100-1106.
- Dilling, H. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien/ Weltgesundheitsorganisation* (8., überarb. Aufl.). Bern: Huber. SDL-BIBO: SP 555-125
- Ferchow, S. & Franke, G.H. (2013). Sind Online-Spiele eine Gefahr für Studierende? In, A. Fischer, M. Oesterreich & Scheidat, T. (Hrsg.), 14. *Nachwuchswissenschaftlerkonferenz ost- und mitteldeutscher Fachhochschulen (NWK 14)*. Brandenburg an der Havel am 18. April 2013, Tagungsband (S. 181-186). Glückstadt: Verlag Werner Hülsbusch.

6. Erweiterte Literaturliste

- Fichter, M.M., Quadflieg, N. & Lindner, S. (2014). Rückfallprophylaxe auf Internetbasis bei Anorexia nervosa – Längerfristiger Verlauf einer „Intent-to-treat“-Stichprobe. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62, 35-42.
- Gansen, D. & Aretz, W. (2010). Kaufsucht im Internet – Hypothesenprüfung und Modellexploration zur Klärung von Ursachen und Auslösern pathologischen Kaufverhaltens. *Journal of Business and Media Psychology*, 1, 25-38.
- Glaesmer, H. & Singer, S. (2008). Rezension zum SKSK. *Diagnostica*, 54, 164-169.
- Grüsser-Sinopoli, S. & Albrecht, U. (2007). *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen*. Bern: Huber. SDL-BIBO: SP 432-392
- Grüsser-Sinopoli, S. & Thalemann, C.N. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Huber. SDL-BIBO: SP 432-295
- Hartmann, A.S. & Wilhelm, S. (2013). Zwangs- und verwandte Störungen im Licht der neuen DSM-5 Kriterien. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 61, 141-153.
- Knobloch, J., Kleinert, J. & Helwig, J. (2014). Vor der Essstörung. Risikoverhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale bei Schülerinnen des Gymnasiums. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22, 50-60.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Gomes de Matos, E. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. *Sucht*, 59, 333-345.
- Krausz, M. & Haasen, C. (2004). *Kompendium Sucht*. Stuttgart: Thieme. SDL-BIBO SP 432-215
- Meyer, G., Häfeli, J., Mörsen, C. & Fiebig, M. (2010). Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspielen. Ergebnisse einer Delphi-Studie und empirischen Validierung der Beurteilungsmerkmale. *Sucht*, 56, 405-414.

6. Erweiterte Literaturliste

- Morgan, W.P. (1979). Negative addiction in runners. *Physician and Sports Medicine*, 7, 57-70.
- Müller, A. & de Zwaan, M. (2010). Pathologisches Kaufen. Ein Überblick über bisherige Erkenntnisse zu diesem Verhaltensexzess. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 289-294.
- Petry, J. (2001). Glücksspielsucht – Entstehung und Behandlung. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.). *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 467-486). Göttingen: Hogrefe.
- Rettenberger, M., Dekker, A., Klein, V. & Briken, P. (2013). Klinische und forensische Aspekte hypersexuellen Verhaltens. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7, 3-11.
- Rumpf, H.-J. (2012). Die Grenzen des Suchtbegriffs. *Sucht*, 58, 81-83.
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *Sucht*, 57, 45-48.
- Spence, J.T. & Robbins, A.S. (1992). Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 160-178.
- Steiger, J. & Müller, A. (2010). Pathologisches Kaufen. *Psychotherapeut*, 55, 429-440.
- Steppan, M., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2013). *Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. München. Institut für Therapieforschung.
- Thomasius, R., Sack, P.-M., Strittmatter, E. & Kaess, M. (2014). DSM-5 Kommentar. Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 115-120.
- Zanki, M. & Fischer, G. (2009). Pathologisches Glücksspielverhalten: Diagnose – Komorbidität – Behandlung. In, D. Batthyany & A. Pritz (Hrsg.). *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte* (S. 67-81). Wien: Springer.
- Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, G.K. et al. (2013). Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomized controlled trial. *Lancet*, online-first.
- Zok, K. & Jaehring, C. (2013). Wenn die Arbeit krank macht: Zusammenhänge zwischen Arbeitssucht und gesundheitlichen Beschwerden. In, B. Badura et al. (Hrg.), *Fehlzeiten-Report* (S. 53-64). Berlin: Springer.