

Eckpunktepapier**Nr. 2**

27.02.2013

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

**Verhaltenssüchte und ihre Folgen –
Prävention, Diagnostik und Therapie**

Traditionell wird der Begriff der „Sucht“ mit der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen wie Alkohol und anderen Drogen in Verbindung gebracht. Erst seit kurzem wird er auf eine Reihe problematischer Verhaltensweisen wie zum Beispiel pathologisches Glücksspiel, Internetabhängigkeit, exzessives Kaufen und zwanghafte sexuelle Aktivitäten angewendet. Auf der Grundlage wissenschaftlicher Forschung ist zu empfehlen, pathologisches Glücksspiel und exzessiven Computer- und Internetgebrauch (insbesondere das Internet-Gaming) als Süchte zu behandeln. In Einzelfällen kann das Suchtmodell auch bei pathologischem Kaufen, exzessivem Sexualverhalten und Adipositas therapeutisch genutzt werden, wobei insbesondere die Grenzen des Suchtmodells beachtet werden müssen. Die verstärkte fachliche Beschäftigung mit den Verhaltenssüchten bzw. ihrer Klassifikation, Diagnostik und Behandlung auf der Basis öffentlicher Förderung ist unabdingbar. Die Politik ist gefordert, Aufklärungsmaßnahmen flächendeckend einzuführen, Angebote für Betroffene zu schaffen sowie verstärkt in die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zu investieren.

I. Fakten und Forderungen auf einen Blick**A. Fakten**

Immer mehr Menschen betreiben in exzessivem Maße bestimmte Verhaltensweisen wie beispielsweise Glücksspiele oder Computer- oder Internetnutzung.

- Diese so genannte „nicht-stoffgebundene Sucht“ oder Verhaltenssucht äußert sich in „zwanghafter“ Wiederholung von bestimmten Verhaltensweisen. Betroffene verspüren dann den starken Drang, dem jeweiligen Reiz zu folgen, er dominiert ihre Gedanken und ihre Handlungs- und Entscheidungsfreiheit ist stark eingeschränkt. Letztlich haben sie nicht die Freiheit, diesem imperativen Bedürfnis zu widerstehen.
- Die exzessive Ausübung der jeweiligen Tätigkeiten aktiviert dieselben Belohnungszentren im Gehirn und führt zu einer ähnlichen Symptomatik wie bei substanzbezogenen Störungen (z. B. Alkohol-, Tabak- und Drogensucht), d. h. Wiederholungszwang, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung und (in schwächerem Umfang) Entzugserscheinungen.

PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

PRESIDENT ELECT

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Peter Falkai, München

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann, Memmingen

BEISITZER FORSCHUNG UND BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg, Mannheim

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

BEISITZER LEITLINIEN UND KLASSIFIKATION

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf

BEISITZER PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Martin Bohus, Mannheim

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

BEISITZER FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller, Göttingen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH,**VERSORGUNGSFORSCHUNG**

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig

BEISITZER PUBLIKATIONEN UND E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE**UND PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN**

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE,**PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK**

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

VERTRETER PSYCHIATRISCHE KLINIKEN**AN ALLGEMEINKRANKENHÄUSERN**

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow, München

GESCHÄFTSFÜHRERIN

Dipl.-Biol. Juliane Amlacher, Berlin

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

BLZ 700 202 70 | KONTO 509 511

VK 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

- Ähnlich wie andere Süchte nehmen Verhaltenssüchte so viel Raum in Anspruch, dass sie mit den Erfordernissen des sozialen und beruflichen Lebens kollidieren. In der Folge entstehen Probleme im sozialen Umfeld und am Arbeitsplatz, es kann zu sozialem Rückzug und im Extremfall zu Suizidgefährdung oder zu Verwahrlosung kommen.
- Das Abhängigkeitspotenzial, die Gesundheitsrisiken, die schwerwiegenden sozialen und beruflichen Folgen von Verhaltenssüchten stehen denen von substanzbezogenen Süchten in nichts nach. Glücksspielsucht beispielsweise ist mit massiven Verschuldungen, einem deutlich erhöhten Suizidrisiko, Beschaffungskriminalität bzw. dem drohenden Abgleiten in die soziale Isolierung verbunden. Sie ist damit unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten eine der teuersten psychischen Störungen.
- Pathologisches Kaufen, exzessives Sexualverhalten und Aspekte von Adipositas können in Einzelfällen Suchtcharakter annehmen, allerdings reichen die Forschungsbefunde nicht für eine Eingruppierung in die Verhaltenssüchte aus.
- Verhaltenssüchte wurden bisher vorwiegend zu den Störungen der Impulskontrolle gerechnet. Die für Mai 2013 geplante Veröffentlichung des DSM-V sieht eine Reklassifikation des „pathologischen Spielens“ in die Kategorie „Substance Use and Behavioral Disorders“ vor. Des Weiteren wird die Computerspielabhängigkeit (Internet Gaming Disorder) als Forschungsdiagnose in den Anhang des DSM-V aufgenommen. Die WHO wird in der ICD-11 2015 einen Schritt weiter gehen und neben „Glücksspielsucht“ eine Sammelkategorie „Weitere Verhaltenssüchte“ einführen, in die auch „Internet Gaming Addiction“ aufgenommen werden soll.

B. Forderungen der DGPPN

Die DGPPN begrüßt den zu erwartenden Paradigmenwechsel in den internationalen Klassifikationssystemen für psychische Störungen, da so die Grundlage für weiterführende Forschung und damit für effektive Behandlung und Prävention gelegt wird. Zugleich wendet sich die DGPPN gegen einen inflationär ausgeweiteten Suchtbegriff: von Sucht soll nur gesprochen werden, wenn klare Befunde vorliegen und ein Leidensdruck besteht. Im Fokus stehen sollten adäquate Angebote für Betroffene sowie Präventionsmaßnahmen.

Angebote für Betroffene schaffen

- Das Suchtmodell bietet gute Ansatzpunkte für eine effiziente und nachhaltige Prävention und Therapie auch von Verhaltenssüchten, wozu die Entwicklung von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen und die Nutzung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren gehören.
- Analog zum Glücksspielstaatsvertrages (GlüStV), der eine flächendeckende, qualifizierte Beratungs- und Behandlungsstruktur schuf und mit einem bemerkenswerten Innovationsschub in Forschung und Praxis einherging, ist die verstärkte fachliche Beschäftigung mit weiteren Verhaltenssüchten bzw. ihrer Klassifikation, Diagnostik und Behandlung auf der Basis öffentlicher Förderung gefordert.

Präventionsmaßnahmen gezielt entwickeln und umsetzen

- Das Glücksspiel gehört zu den ältesten Freizeitvergnügen des Menschen und wird von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung in unproblematischer Weise geübt. Die Anzahl der

problematischen oder abhängigen Glücksspieler hängt stark von der Angebotsstruktur und von der Effizienz der Kontrollmechanismen ab. Hier gibt es gute Erfahrungen mit Verhältnispräventiven Maßnahmen (z. B. spiel- und anwenderübergreifende Sperr- und Selbstlimitierungssysteme, Durchsetzung des Verbots für Internetpoker u. a.)

- Neue Medien als Arbeitsmittel, Informationsquelle und Freizeitbeschäftigung sind aus der heutigen Informationsgesellschaft nicht mehr wegzudenken. Ziel von Präventionsmaßnahmen muss es sein, einen reflektierten und kompetenten Gebrauch in Schul- und Ausbildungsstätten zu fördern. Dazu ist es zunächst wichtig, umfassend aufzuklären und praktische Tipps für einen gesunden Umgang mit den neuen Medien zu entwickeln und zu verbreiten.
- Gleiches gilt für die Aufklärung bezüglich neuer Verhaltenssuchte, die bei exzessiver Ausübung abhängig machen und schädigenden Einfluss haben können.

Pathologisierung vorbeugen

- Nicht jede Leidenschaft bedeutet Abhängigkeit. Kernkriterien der Diagnostik sollten deshalb neben dem subjektiven Leidensdruck den Verlust eigener Handlungsmöglichkeiten und die Verengung der Verhaltensvielfalt auf die suchtbezogenen Tätigkeiten trotz schädlicher Folgen umfassen.
- Eine Pathologisierung individueller Verhaltensweisen auf Grund ihrer sozialen "Unerwünschtheit" muss vermieden werden. Zum einen müssen neue Störungsbilder deshalb auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz geprüft und so einer inflationären Ausweitung des Suchtbegriffs begegnet werden. Zum anderen muss sich eine Gesellschaft immer wieder kritisch mit den eigenen Konventionen auseinandersetzen, die festlegen, ob ein bestimmtes Verhalten als normal oder krankhaft bewertet wird.

II. Hintergrund & Diskussion

A. Grenzen des Suchtbegriffs

Das englische Wort für Sucht „addiction“ kommt von dem lateinischen Wort „addictus“, was ursprünglich „sklavisch ergeben“ bedeutete. Die „Unfreiheit des Willens“ als zentrales Merkmal der Sucht spiegelt sich auch in den diagnostischen Kriterien der ICD-10 wieder: Als Kernelement wird der Kontrollverlust angesehen. Der Betroffene hat Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums. Außerdem kommt es zu fortschreitender Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen, d. h. das Verlangen nach der Substanz wird zum Lebensmittelpunkt. Der Gebrauch der Substanz(en) wird wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen fortgesetzt. Des Weiteren berichten die Betroffenen über ein starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz zu konsumieren (sogenanntes *Craving*). Entzug und Toleranzentwicklung sind Teile des „körperlichen“ Abhängigkeitssyndroms. Der Begriff „Sucht“ wurde bislang überwiegend mit der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Nikotin und anderen Drogen in Verbindung gebracht. Erst in jüngster Vergangenheit wurden eine ganze Reihe von Verhaltensweisen, die exzessiv betrieben zum Problem werden, wie Glücksspiele, Essen, Sex, das Schauen von pornographischem Filmmaterial, PC- und Internetgebrauch, das Spielen von Videospiele, spirituelle Zwänge (im Gegensatz zur religiösen Hingabe) und Einkaufen (Petry, 2006; Holden, 2001) als Verhaltenssuchte diskutiert. Dieser Begriff bezieht sich auf die Tatsache, dass sich zunächst normale, angenehme Tätigkeiten in unangepasste, immer wiederkehrende Verhaltensweisen verwandeln. Diese werden aufgrund eines quasi „unwiderstehlichen“ Verlangens, Anreizes oder Impulses, den das Individuum

kaum kontrollieren kann, häufig ausgeführt, obwohl das Verhalten in dieser Intensität der Person und/oder anderen Schaden zufügt (Grant et al., 2010a). Die „Verhaltenssucht“ stellt eine chronische Erkrankung dar, bei der ein anhaltendes Risiko besteht, auch nach langen Abstinenzzeiträumen rückfällig zu werden. Bei „Verhaltenssüchten“ werden analog zur „Substanzabhängigkeit“ auch Phänomene wie Entzugssymptome (Rosenthal and Lesieur, 1992) und Toleranzeffekte beobachtet (Grant et al., 2010a). Seit geraumer Zeit ist daher eine zentrale diagnostische Frage, ob „Verhaltenssüchte“ mehr Ähnlichkeiten mit „Substanzabhängigkeit“ aufweisen oder ob sie den „Impulskontrollstörungen“ oder auch den „Zwangserkrankungen“ zuzuordnen sind. In den zwei wichtigsten Diagnosesystemen psychischer Erkrankungen, der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10; WHO, 1992) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual für Psychische Störungen 4. Revision (DSM-IV; APA, 1994) ist derzeit nur das „pathologische Glücksspiel“ enthalten, welches aber nicht im Suchtkapitel, sondern als „Störung der Impulskontrolle“ eingeordnet wird. In der fünften Auflage des DSM werden „Verhaltenssüchte“ als neue Kategorie eingeführt mit „pathologischem Glücksspiel“ als einziger „Verhaltenssucht“. „Internetabhängigkeit“ wird als Forschungsdiagnose im Anhang aufgenommen, da die wenigen Studien noch keine klaren Zuordnungen erlauben (Holden, 2010). Dagegen wird die WHO in der ICD 11 wahrscheinlich neben der „Glücksspielsucht“ eine Sammelkategorie „Weitere Verhaltenssüchte“ einführen, in die auch „Internetgaming“ aufgenommen werden soll. Die erwartete Reklassifizierung so genannter „nicht-stoffgebundener Süchte“ von Impulskontrollstörungen zu Suchterkrankungen basiert auf der Zunahme unterstützender wissenschaftlicher Evidenz: Überzeugende Übereinstimmungen zwischen „stoffgebundenen“- und „nicht-stoffgebundenen Süchten“ wurden sowohl hinsichtlich des Krankheitsverlaufs (chronisch rezidivierender Verlauf mit höherer Verbreitung und Prävalenz unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen), der Phänomenologie (subjektives Craving, Toleranzentwicklung und Entzug), möglicher Komorbiditäten (Depression, Angsterkrankungen, ADHS), des Behandlungsverlaufs als auch im Hinblick auf genetische Veranlagung und neurobiologischen Mechanismen (der Rolle der Neurotransmitter Glutamat, der Opiode, des Serotonins und des dopamin/endorphinergen mesokortikolimbischen Belohnungssystems) berichtet (vgl. Grant et al., 2010b; Grüsser und Thalemann, 2006). Bisher verfügbare Daten wurden primär an Glücksspielern und exzessiv das Internet nutzenden Individuen erhoben. Die Evidenz bezüglich anderer Verhaltensweisen, die exzessiv betrieben und problematisch entgleiten können, ist dagegen nicht ausreichend, um Schlussfolgerungen hinsichtlich einer möglichen Eingruppierung als „Verhaltenssüchte“ zuzulassen.

B. Evidenz für Verhaltenssüchte

Pathologisches Glücksspiel

Epidemiologie

Glücksspiel ist ein allgegenwärtiges Phänomen. „Pathologisches Glücksspiel“ wurde als Diagnose in der 3. Auflage des DSM (APA, 1980) und in der 10. Auflage des ICD (WHO, 1992) eingeführt und als Impulskontrollstörung klassifiziert. Die Verhaltensweisen, die für „pathologisches Glücksspielen“ charakteristisch sind, wie Kompensation von Verlusten, starkes gedankliches Beschäftigten mit dem Spielen, oder die Unfähigkeit, das Verhalten zu kontrollieren, sind in der Hinsicht impulsiv, als dass sie oft nicht ausgereift, wenig durchdacht und riskant und mit langfristig negativen Konsequenzen verbunden sind (Chamberlain and Sahakian, 2007). Die Prävalenzraten werden weltweit relativ stabil mit durchschnittlich 1,0 % angegeben (Cunningham-Williams et al., 2004), die verschiedenen Schätzungen für Deutschland (pathologisches und problematisches Glücksspiel zusammen genommen) liegen ebenfalls in diesem Bereich. Pathologische Glücksspieler zeigten im Vergleich zu Nichtspielern ein 6-fach erhöhtes Risiko für eine zeitlebens bestehende „Alkoholmissbrauchsdiagnose“ und ein 4-fach erhöhtes Risiko für eine aktuell

bestehende Diagnose im Sinne des Substanzmissbrauchs oder der -abhängigkeit (NIAAA, 2006). Auch die Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung sprechen für eine enge Verwandtschaft von Abhängigkeitserkrankungen und pathologischem Glücksspiel. Die Einordnung als Verhaltenssucht basiert auf überzeugender wissenschaftlicher Evidenz.

Fallbeispiel

Herr L., 38 Jahre alt. Abitur, abgeschlossene Ausbildung zum Versicherungskaufmann, seither im Außendienst tätig. Seit 4 Jahren bei der gleichen Firma angestellt. Seit 13 Jahren verheiratet, zwei Kinder (Söhne 11 und 7 Jahre alt), harmonisches Familienleben. Lebt mit der Familie zur Miete in einer kleinen Wohnung. Spielen von Geldspielautomaten seit 8 Jahren. Bisher habe er keine Schulden machen müssen, sein Dispokredit sei jedoch meist überzogen gewesen (500-1000€). Wenn es nötig gewesen sei, hätten auch seine Eltern oder Schwiegereltern das Konto immer wieder ausgeglichen. Herr K. berichtet, er habe während der Arbeit immer größere Pausen eingeplant, habe eigentlich nur von Montag bis Freitag während der Arbeitszeit gespielt. Er habe am Wochenende nicht gespielt, sei jedoch, während er mit seinen Kindern gespielt habe, gedanklich häufig abgelenkt gewesen und habe an den "blinkenden Automaten" gedacht. Die hohen Beträge, die vom Konto abgegangen seien, habe er seiner Frau mit Spesen und Geschäftsessen erklärt. Insgesamt habe er etwa 35-40.000€ in den letzten Jahren verspielt, zuletzt monatlich 1200-1400€. Das Geld habe dank der Hilfe der Eltern immer ausgereicht, um die notwendigen Dinge zu bezahlen. In den letzten Monaten habe er mehrfach Geld von seiner Frau, seinen Kindern und seiner Mutter entwendet. Seine Frau habe dabei den ältesten Sohn verdächtigt. Beide Elternteile hätten sich Gedanken gemacht, ob der Sohn möglicherweise in der Schule erpresst werde oder ob er Geld für Drogen ausbebe. Es wurden zunächst Konsequenzen gegenüber dem Sohn vereinbart und Gespräche mit den Lehrern wurden geführt. Nach einigen Wochen habe Herr L. dem Druck nicht mehr Stand gehalten und sich 3 Wochen vor Kontaktaufnahme zur Ambulanz seiner Frau offenbart. Es sei sehr entlastend für ihn, dass er nun seine Frau informiert habe. Andererseits habe er nun oft ein schlechtes Gewissen, wenn es darüber nachdenke, was sich die Familie mit dem verlorenen Geld hätte leisten könne. Seither kontrolliere seine Frau die Finanzen, er habe keine EC-Karte mehr, sie zähle das Geld ab, das er mitnehme. Im Verlauf regelmäßiger Kontakt zur Ambulanz mit 30-minütigen Terminen alle 2 Wochen sowie regelmäßige Teilnahme an einer ärztlich und psychologisch geleiteten Gruppe für pathologische Spieler (8-12 Teilnehmer). Reduktion der drängenden spiel-assoziierten Gedanken, Besserung der zu Beginn leichten depressiven Symptomatik sowie langsamer Aufbau alternativer Aktivitäten (Joggen, Freizeitgestaltung mit Kindern). Bei einem Paargespräch wird der Ehefrau die Erkrankung erklärt. Die Beziehung erscheint supportiv, jedoch zeigt es sich, dass die Frau durch die große Belastung (v. a. der Vertrauensverlust nach 10 Jahren Verheimlichung) an einer mittelgradigen depressiven Episode leidet. Der Patient hat aufgrund seines großen Zeitaufwandes beim Spielen nicht die geforderte Leistung am Arbeitsplatz bringen können. Es gibt mehrfach Gespräche mit dem Arbeitgeber, seine Anstellung bei der Firma erscheint unsicher. Nach 6 Monaten Spielfreiheit kann der Patient seine Leistungen auf das Doppelte des vorherigen Quartals steigern, die Anstellung erscheint zumindest mittelfristig sicher. Die Beziehung und die Kinder profitieren von der Ausgeglichenheit des Vaters. Die EC-Karte wird immer noch von der Frau kontrolliert, ebenso werden die Finanzen gemeinsam besprochen. Bisher einmalig starkes Spielverlangen bei einem Kundenbesuch und direkter Konfrontation mit einem Spielautomaten. Nach Verlassen der Situation sei dieses Verlangen jedoch schnell wieder abgeklungen. Geplant ist weiter ein regelmäßiger ambulanter Kontakt bis zum Jahresende, danach eine Fortführung mit größeren Abständen. Der Patient beabsichtigt, weiter an der ambulanten Spieler-Gruppe teilzunehmen.

Behandlungsoptionen und Versorgungslage

In einer kürzlich in der Cochrane Collaboration veröffentlichten Metaanalyse zur Untersuchung der Effizienz psychotherapeutischer Ansätze bei pathologischem und problematischem Glücksspiel (Cowlshaw et al., 2012) wurden 14 randomisierte kontrollierte klinische Studien (n=1245) eingeschlossen. Die Auswertung zeigt, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze den anderen Interventionsformen (motivierende Gesprächsführung, kombinierte Therapieformen) überlegen waren, jedoch gilt hier zu beachten, dass die Datenlage zu alternativen Therapieformen zu gering war, um wirklich belastbare Effekte zu berechnen. Zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Therapie des Pathologischen Glücksspiels, die sich in Deutschland sowohl auf den ambulanten, als auch den stationären Bereich erstreckt, gehören

- die Psychoedukation (Vermittlung störungsspezifischen Wissens),
- die Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells,
- das kognitive Umstrukturieren (gerade in Bezug auf spielbezogene kognitive Verzerrungen),
- der Umgang mit Geld und
- die Implementierung von Stressbewältigungstrainings.

Ziel der Therapie ist in der überwiegenden Anzahl der Ansätze eine völlige Abstinenz vom Glücksspiel. Die psychopharmakologische Therapie des Pathologischen Glücksspiels umfasst insbesondere den Einsatz von μ -opioid-Rezeptor-Antagonisten und glutamaterg wirkenden Medikamenten. Die in der Therapie von alkoholabhängigen Menschen geprüften Substanzen Naltrexon und Nalmefen waren in ersten Studien mit einer Verringerung des Glücksspielverlangens assoziiert (Grant et al., 2007, 2010b).

Präventionsmöglichkeiten

Die durch moderne Informations- und Kommunikationstechnologien enorm gesteigerte Verfügbarkeit von immer attraktiver gestalteten, suchtpotenten Glücksspielangeboten verkörpert im Hinblick auf gerade jugendliche Glücksspieler und deren besondere Gefährdung für eine Suchtentwicklung ein Kernproblem (vgl. Hayer 2012). So stehen bei der Prävention der Glücksspielsucht weniger verhaltenspräventive als vielmehr verhältnispräventive Maßnahmen im Vordergrund. Obwohl systematische, kontrollierte Studien weitgehend fehlen, können Rückschlüsse aus unterschiedlichen Vorgehensweisen in verschiedenen Ländern gezogen werden. So sind in der Schweiz mit gutem Erfolg gewerbliche Spielautomaten in Gaststätten verboten. In Norwegen mussten die Spielautomaten stark „rückgebaut“ werden (deutliche Verlangsamung der Geräte und Reduzierung des maximalen und durchschnittlichen Verlustes pro Stunde). In den USA wurde eine radikale Rechtsdurchsetzung gegenüber illegalen Onlineglücksspielanbietern vorgenommen mit der Folge eines Zusammenbruchs des Marktes und der Insolvenz mehrerer Betreiber („Black Friday“). In Deutschland wird bisher auf eine Rechtsdurchsetzung gegen illegale Anbieter ebenso verzichtet wie auf einen Rückbau der Geräte. Außerdem wird eine Begrenzung der Einsätze, der maximalen Gewinne („Jackpot“) und Verluste, sowie die Häufigkeit von „Fastgewinnen“ empfohlen (Mayer 2012). Auch die bisherigen Sperr- und Selbstlimitierungssysteme sind unzureichend. Sie sollten nicht von den Betreibern, sondern von einer unabhängigen dritten Stelle überwacht werden. Süchtige Spieler sollten sich für jedes Glücksspiel (außer Lotto, da geringes Suchtpotential und zu aufwändig angesichts der Vielzahl von Annahmestellen) sperren lassen können. Verbote von Glücksspielwerbung bei Sportveranstaltungen (Trikot- und Bandenwerbung) werden diskutiert. Sie bringt Kindern und Jugendlichen diese Produkte deutlich näher. Damit reduziert sich die Einstiegshürde und es erhöht sich zwangsläufig die Suchtprävalenz.

Computer- und Internetsucht

Epidemiologie

Interaktive Bildschirmmedien sind weit verbreitet und führen bei einem Teil der Nutzer zu einem pathologischen Gebrauch, der phänomenologisch deutliche Ähnlichkeiten zu stoffgebundenen Suchterkrankungen aufweist. Pathologischer Internetgebrauch ist in den verschiedenen Nutzungsformen jedoch divers. Zu unterscheiden ist dabei die international bisher am besten untersuchte suchthafte Nutzung von Computerspielen von in abhängiger Weise betriebenen Internetaktivitäten wie etwa der Pflege von Onlinebeziehungen, der Nutzung von Onlinepornographie und monetären Glücksspiel- und Shoppingangeboten sowie dem abhängigen Surfen und Recherchieren im Internet. Bisher weitgehend unklar ist, ob die Befunde zum suchartigen Computerspiel ohne weiteres auf andere pathologische Nutzungsformen übertragbar sind. Zudem fehlten in der Vergangenheit einheitliche Klassifikationskriterien für diese postulierten Störungsbilder, was die Aussagekraft bisheriger Studien einschränkt. Das DSM-V macht hierzu den Vorschlag einer neun Kriterien umfassenden Forschungsdiagnose, welche sich zunächst auf den besser untersuchten Bereich der Computerspiele bezieht. Der gegenwärtige Stand der Diskussion zu ICD 11 sieht dagegen die Möglichkeit einer Eingruppierung im Suchtkapitel vor, was den Ähnlichkeiten hinsichtlich der erlebten psychischen Belastung, Komorbidität und Behandlung zu Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen Rechnung trägt. Die bisherige Forschung untermauert trotz einer häufigen Assoziierung mit anderen psychischen Erkrankungen die Auffassung eines eigenständigen Störungscharakters abhängiger Computerspiel- oder Internetnutzung. Studien zur Prävalenz sind wegen fehlender einheitlicher Diagnostik schwer vergleichbar und ergeben in der deutschen Allgemeinbevölkerung für Internetabhängigkeit eine Häufigkeit von 1 bis 4,2 %. In jüngeren Altersgruppen steigen die Raten deutlich an. Für Computerspielabhängigkeit lässt sich im Jugendalter eine Prävalenz zwischen 0,9 und 1,7 % schätzen.

Fallbeispiel

Ein 22-jähriger, aktuell arbeitsloser Mann spielt täglich ca. 10 bis 12 Stunden Computerspiele am PC, vor allem das Onlinerollenspiel World of Warcraft, zeitweise auch den First-Person-Shooter Battlefield 3. Er sucht nun aus eigener Motivation erstmalig eine Suchtberatungsstelle auf, da er sein Spielverhalten nicht mehr im Griff habe und zu der Erkenntnis gelangt sei, dass „die Spiele ihn langsam aber sicher kaputt machen“. Die Anamnese ergibt, dass der junge Mann zwar schon seit seiner Kindheit großes Interesse an Computerspielen gehabt, dies aber zunächst keine Probleme bereitet habe. Nach dem Schulabschluss gelang es ihm nicht, einen von ihm gewünschten Ausbildungsplatz als Industriekaufmann zu bekommen, wodurch er plötzlich sehr viel Freizeit gehabt und sein Spielverhalten intensiviert habe. Hier habe ihm das Spielen noch richtig gut getan, wie er heute rückblickend sagt, da es ihn in dieser frustrierenden Situation auf andere Gedanken gebracht und mental aufgebaut habe (Dysfunktionale Stressbewältigung). Im Zuge seiner zunehmenden Auseinandersetzung mit Computerspielen habe er einen neuen PC mit potenter Grafikkarte erworben und sich dann immer herausforderndere Spiele gesucht, die inzwischen deutlich mehr Zeit beanspruchten als früher. Die einfacheren Spiele von damals machten ihm inzwischen keinen Spaß mehr und „seien eh nur etwas für dumme Noobs“ (Toleranzentwicklung). Um noch ausreichend Zeit zum Spielen zu haben, habe er seine Mitgliedschaft im Tischtennisverein und auch einige andere Hobbys aufgegeben, obwohl ihm diese früher viel bedeutet hätten. Diese lägen nun schon seit längerer Zeit, wie er sagt, „komplett brach“ (Verhaltensbezogene Vereinnahmung). Selbst wenn er auch heute manchmal versuche, sich alten Interessen zuzuwenden, merke er, dass seine Gedanken doch schnell wieder um die Spiele kreisten und er sich schlecht auf etwas anderes konzentrieren könne (Gedankliche Vereinnahmung). Seitdem habe er unterschwellig das Gefühl, dass ihm sein Computerspielen eher schade. Dennoch seien ihm die Spiele mit seinen bereits erarbeiteten Erfolgen und seiner Spielergilde zu wichtig geworden, um damit aufzuhören (Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen). Vor einem Jahr sei er dann mit seiner Freundin

zusammen gezogen und lebe seither von Sozialhilfe. Immer wieder käme es nun aufgrund seiner Leidenschaft für Computerspiele zu Streit mit seiner Freundin, weshalb er versucht habe, dieser seine Spielzeiten so gut es geht zu verheimlichen und insbesondere in Phasen ihrer Abwesenheit zu spielen (Dissimulation). Unter dem Einfluss seiner Freundin habe er sich dann und wann „einen Ruck gegeben“ und einige Bewerbungen abgeschickt. Den einzigen Vorstellungstermin, den man ihm daraufhin jemals angeboten habe, habe er aber „tragischer Weise“ aufgrund einer nächtlichen intensiven Spielphase mit seiner Onlinegilde verschlafen, was er sich bis heute nicht verzeihen könne. Seither drohe ihm die Freundin, ihn zu verlassen, wenn er nicht endlich eine Anstellung fände (Gefährdung und Verluste). Daraufhin habe er nun schon mehrmals die Notbremse ziehen und sein Computerspielen massiv reduzieren wollen. In seiner Verzweiflung habe er sogar seinen World-of-Warcraft-Account gekündigt und das Spiel Battlefield 3 deinstalliert. Diesen Zustand habe er aber nur eine Woche ausgehalten. In dieser habe er sich sehr elendig gefühlt, sei unruhig, nervös und gegenüber seiner Freundin besonders streitlustig gewesen (Entzugserscheinungen). So habe er World-of-Warcraft-Account und Battlefield schließlich reaktiviert und den Vorsatz gefasst, unbedingt kontrolliert zu spielen, wobei er sich aber auch weiterhin regelmäßig dabei ertappt, länger als geplant und nicht selten bis spät in die Nacht zu spielen (Kontrollverlust).

Behandlungsoptionen und Versorgungslage

Aus einer Übersichtsarbeit von King et al. (2011), die acht Behandlungsstudien einschloss, geht hervor, dass erstens Internetsucht in heterogener Art und Weise klinisch diagnostiziert wird und dass zweitens nur eine der Studien ein kontrolliertes und randomisiertes Design für sich beanspruchen konnte. In kaum einer der aufgeführten Studien wurde das genaue therapeutische Prozedere umfänglich beschrieben. In der überwiegenden Mehrheit der Studien wurde die kognitive Verhaltenstherapie angewandt oder eine Kombination verschiedener Therapieansätze. Pharmakologische Interventionen waren nur selten vertreten. Zur Bestimmung bestehender Therapieangebote in Deutschland führten Petersen und Thomasius im Jahre 2010 eine Befragung an verschiedenen Behandlungs- und Beratungseinrichtungen durch. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Ambulanzen einen Großteil der Versorgung tragen. Gleichzeitig erweist sich, dass es derzeit bundesweit nur sehr wenige Spezialambulanzen gibt. Die vorwiegend eingesetzte Psychotherapieform ist die Verhaltenstherapie, gefolgt von Ansätzen aus der systemischen Beratung. Auch in dieser Befragung ergab sich, dass in den Einrichtungen sehr unterschiedliche Operationalisierungen des Störungsbildes, einhergehend mit unterschiedlichen diagnostischen Standards vorherrschen. Für den Bereich der stationären Versorgung bieten nur wenige Kliniken Spezialangebote für das pathologische Internetverhalten an. Die Behandlungen finden in der Regel mehrwöchig in Rehabilitationskliniken statt, die Beantragung hierfür erfolgt über die zuständige Suchtberatungsstelle des Landkreises bzw. kirchlicher Träger beim Rentenversicherungsträger. Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund führten Schuhler und Kollegen (2012) eine Studie an 400 Patienten zweier Rehabilitationskliniken durch. Danach unterscheiden sich Patienten mit einem „Pathologischen PC-/Internet-gebrauch“ von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit und von Patienten mit pathologischem Glücksspielen sowie Patienten mit anderen psychischen Störungen hinsichtlich größerer Defizite bei der offensiven Problembewältigung, Erfolgserleben im Beruf und der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Kritisch anzumerken ist allerdings, dass der gewählte Untersuchungsansatz die Schlussfolgerung der Autoren, es handle sich beim pathologischen PC-/Internetgebrauch um ein eigenständiges Krankheitsbild, aufgrund methodischer Einschränkungen (Selektivität der Stichproben und a priori Annahmen für die Auswahl von Untersuchungsinstrumenten) kontrovers bleibt. Unter Berücksichtigung psychopharmakologischer Interventionen deuten zwei bisher publizierte Studien darauf hin, dass der Einsatz von Bupropion (Dopamin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) und Methylphenidat bei Jugendlichen mit einer komorbiden ADHS-Symptomatik zu einer Besserung des Problemverhaltens führt (Han et al., 2009, 2010). Zusammengefasst lässt sich sagen, dass unter Berücksichtigung der bisherigen klinischen Erfahrung und der Ergebnisse der Übersichtsarbeit

von King und Kollegen (2011) insbesondere kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze als wirksam zu erweisen scheinen. Die Förderung einer intrinsischen Veränderungsmotivation, die Wiederaufnahme alternativer Verhaltensweisen und die Fokussierung auf das Wiedererlangen von Kontrolle über das eigene Konsumverhalten stellen dabei wichtige Therapieelemente dar. Auch die Aufnahme realer sozialer Kontakte, verbunden mit der Vermittlung sozialer Kompetenzen ist bisherigen Erfahrungen nach ein zentraler Therapiebaustein. Zur Förderung des Letztgenannten scheinen sich insbesondere therapeutische Gruppensettings anzubieten.

Präventionsmöglichkeiten

Im Kontext der Allgegenwärtigkeit von Internet und sozialen Medien stellt die allgemeine Health-Promotion-Perspektive die Verhinderung problematischer Effekte der Mediennutzung in den Vordergrund (vgl. Kleimann, 2011; Meixner & Jerusalem, 2006). Um wirksam zu sein, müssen solche Ansätze an die Erkenntnisse der epidemiologischen Forschung zur Computerspiel- und Internetabhängigkeit anknüpfen und dabei die Mediennutzung bereits vor Überschreiten der Grenze zum eindeutig Pathologischen als einen möglichen Risikofaktor für die Gesundheit anerkennen. Wenngleich noch keine flächendeckende Bestandsaufnahme zu den bislang bestehenden Präventionskonzepten und deren Wirksamkeit vorliegt (Stand: Februar 2013), gibt es doch einige Anhaltspunkte dafür, dass viele bisher realisierte Konzepte und Initiativen diesem Anspruch nicht genügen. Viele Konzepte sind bislang nicht gesundheitspsychologisch fundiert, sondern fokussieren stattdessen auf eine Vermittlung von Medienkompetenz im engeren Sinne – also auf technische Schutzmöglichkeiten und Informationsvermittlung. Eine Professionalisierung der Ansätze erscheint demnach dringend erforderlich.

Einige Bereiche können benannt werden, in denen Prävention besonders sinnvoll erscheint. Dies ist im Bereich der Verhältnisprävention der Jugendmedienschutz: So erscheint es denkbar, Spiele mit möglichem Suchtpotential mit Hilfe einer entsprechenden Alterseinstufung nur erwachsenen Spielern zugänglich zu machen. Bislang ist dies nicht der Fall: Spiele erhalten nur dann eine höhere Altersfreigabe, wenn in ihnen gewaltbezogene oder in anderer Weise entwicklungsbeeinträchtigende Darstellungen enthalten sind. Das Onlinerollenspiel World of Warcraft wurde so zum Beispiel trotz seines erhöhten Gefährdungspotentials in Deutschland ab 12 Jahren freigegeben (Rehbein, Mößle, Zenses, & Jukschat, 2010). Ansätze der Verhaltensprävention greifen auch bei anderen Internetangeboten, die junge Menschen gefährden, wie beispielsweise pornographische Inhalte und Glücksspielangebote. Ein weiterer Bereich ist die Realisierung geeigneter präventiver Konzepte im Schulunterricht (für einen Überblick vgl. Kleimann, 2011).

Exzessives Verhalten, aber keine Verhaltenssüchte

Pathologisches Kaufen, Exzessives Sexualverhalten und Exzessives Essverhalten werden in den derzeitigen Systemen diagnostiziert. Für eine neue Zuordnung als Verhaltenssüchte scheint die Datenlage jedoch nicht ausreichend.

C. Wann wird die Leidenschaft zur Sucht?

Was folgt für die Betroffenen daraus, wenn pathologisches Spielen, exzessives Nutzen des Internets oder gar ruinöses Kaufen als Sucht klassifiziert werden?

Einerseits kann ein für die Betroffenen leidvoller Zustand dann als Störungsbild verstanden und eine Behandlung durch die Solidargemeinschaft aller Krankenversicherten erstattet werden. Aus diesem Grund muss die derzeitige diagnostische Unschärfe durch eine Intensivierung der Forschung soweit geklärt werden, dass eine angemessene Einordnung und klare Diagnosestellung möglich wird und entsprechende Präventions- und Behandlungsstrategien abgeleitet werden können. Gerade im Kontext der anstehenden Revision der Klassifikationssysteme DSM und ICD besteht andererseits die Gefahr der Pathologisierung von Verhaltensweisen, die eigentlich im Belieben der einzelnen Individuen stehen sollten. Denn Anhand welcher Kriterien werden einzelne, leidenschaftlich verfolgte Verhaltensweisen als Süchte bezeichnet und andere nicht? Wer legt fest, was für eine Person zuträglich und was ihr abträglich ist? Wenn man es nicht in das Belieben des jeweiligen Zeitgeistes stellen will, ob eine Gesellschaft die Gestaltung des eigenen Privatlebens, die sexuellen Vorlieben, die Verwendung eigener Einkünfte oder die Gestaltung der eigenen Freizeit reglementieren und pathologisieren darf, ist es geboten, hierfür objektivierbare Kriterien anzuführen.

Bezüglich der stoffgebundenen Suchterkrankungen ist die Frage leichter zu beantworten, was denn als Abhängigkeitserkrankung gelten soll und was nicht. Denn als zentrales Kriterium der Abhängigkeit von einer Droge (z. B. Tabak oder Alkohol) gilt, dass sich das zentrale Nervensystem des betroffenen Individuums so sehr an die Droge gewöhnt hat, dass ein Leben ohne sie nur um den Preis teilweise lebensbedrohlicher Entzugerscheinungen zu haben ist. Die Schädlichkeit der Drogen wird so unmittelbar für alle Beteiligten deutlich. Auf neurobiologischer Ebene ist mit schweren Entzugerscheinungen meistens eine Toleranzentwicklung gegenüber den sedierenden und damit zentralnervös inhibierenden Wirkungen der Drogen verbunden, so dass es beim plötzlichen Absetzen der Drogen zu einem zentralnervösen Ungleichgewicht und einer erhöhten Erregbarkeit des Gehirns führt, die wie im Delirium tremens akut lebensbedrohlich werden kann.

Nicht stoffgebundene Suchterkrankungen wirken dagegen vor allem auf motivationale Systeme ein, so dass hier die neuroadaptiven Veränderungen und die Entzugssymptome in aller Regel milder verlaufen. Als zentrale Kriterien der Suchterkrankung verbleiben also das starke Verlangen nach der Tätigkeit, die verminderte Kontrolle über das Verhalten und die schädlichen Wirkungen für den Einzelnen, die wiederum kaum unabhängig von der gesellschaftlich vorherrschenden Moral bewertet werden können. In dieser Situation können zwei Überlegungen helfen: Einerseits eine Reflexion des Krankheitsbegriffes und andererseits ein gezielter Rückblick auf frühere Versuche, Suchterkrankungen von Leidenschaften abzugrenzen. Bezüglich des Krankheitsbegriffes ist es sinnvoll, Leitsymptome wie das Verlangen nach einer Substanz oder eines bestimmten Verhaltensmusters oder die verminderte Kontrolle über dieses Verhalten nur dann als objektivierbare Symptome einer Erkrankung zu verstehen, wenn sie wesentliche Funktionen des betroffenen Organs, in diesem Fall des Gehirns, einschränken. Da menschliches Leben und Verhalten so vielfältig ist und sich in den unterschiedlichsten kulturellen und sozialen Mustern zeigt, muss jede Definition wesentlicher zentralnervöser Funktionen soweit wie möglich kulturell übergreifend formuliert werden können. Ein entsprechender Ansatz geht davon aus, dass die Vielfältigkeit menschlichen Verhaltens selbst ein wesentliches Kennzeichen des Menschen ist, so dass deren Einschränkung durch das überstarke Verlangen nach einer Tätigkeit und die verminderte Kontrolle über diese Tätigkeit auf Kosten vielfältiger anderer Handlungsweisen als wesentliche Einschränkung und damit als objektives Krankheitszeichen gelten kann (Heinz, 2005). Als Kennzeichen einer Erkrankung sollten solche objektivierbaren Funktionsstörungen aber darüber hinaus nur dann gewertet werden, wenn sie entweder subjektiv mit einem ausgeprägten Leidenszustand auf Seiten des Betroffenen verbunden sind oder ganz basale Tätigkeiten beeinträchtigen,

die für das alltägliche Leben notwendig sind (sowie die Körperpflege oder die Nahrungsaufnahme). Wer also, wie in Einzelfällen berichtet, dass Internet so exzessiv nutzt, dass er oder sie sich durch mangelnde Nahrungsaufnahme und Körperhygiene schädigt, kann Anspruch darauf erheben, als „Krank“ wahrgenommen zu werden und therapeutische Leistungen einfordern, die vom Krankenversicherungssystem erstattet werden können. Entscheidend für die Frage, ob suchartiges Verhalten vorliegt, ist also nicht die vermeintliche Wertigkeit der Handlungen „ob ein Mensch leidenschaftlich liebt, Briefmarken sammelt oder am Computer spielt“, steht ihm frei. Entscheidend ist aber, ob sich solche Verhaltensweisen auf Kosten aller anderen Verhaltensmöglichkeiten durchsetzen und ob insbesondere der flexible Kontakt zu den Mitmenschen verloren geht.

Autoren des Eckpunktepapiers

K. Mann (Mannheim), M. Adams (Hamburg), N. Arnaud (Hamburg), A. Batra (Tübingen), M. Berner (Freiburg), S. Bleich (Hannover), J. Böning (Würzburg), M. De Zwaan (Hannover), M. Fauth-Bühler (Mannheim), I. Fiedler (Hamburg), U. Hartmann (Hannover), T. Hayer (Bremen), A. Heinz (Berlin), F. Kiefer (Mannheim), T. Leménager (Mannheim), G. Meyer (Bremen), Ch. Mörsen (Berlin), T. Mößle (Hannover), A. Müller (Hannover), F. Rehbein (Hannover), H.-J. Rumpf (Lübeck), N. Seiferth (Berlin), B. Th. Te Wildt (Bochum), R. Thomasius (Hamburg-Eppendorf), K. Wölfling (Mainz), W. Maier (Bonn)

Kontakt

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Präsident DGPPN
Direktor der Klinik der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn
Tel.: 022828715723
Fax: 0228-287-16097
E-Mail: wolfgang.maier[at]ukb.uni-bonn.de

III. Literatur

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Chamberlain SR, Sahakian BJ (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Curr Opin Psychiatry*, 20: 255-261.
- Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N, Anderson C, Jackson A, Thomas S (2012) Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD008937
- Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Womach SB (2004): *Epidemiology*. In: Grant JW, Potenza MN (eds.) *Pathological Gambling. A clinical guide to treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 25-36
- Grant JE, Kim SW, Odlaug BL (2007) N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biol Psychiatry* 62:652-657
- Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA (2010a). Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 36(5): 233-241.
- Grant JE, Chamberlain SR, Odlaug BL, Potenza MN, Kim SW (2010b) Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: a pilot study. *Psychopharmacology (Berl)* 212:603-612
- Grüsser SM, Thalemann CN (2006) *Verhaltenssucht – Diagnostik, Therapie, Forschung*. Hans Huber, Bern.
- Han DH, Lee YS, Na C et al (2009) The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*: 251–256
- Han DH, Hwang JW, Renshaw PF (2010) Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction. *Environmental and Clinical Psychopharmacology* 1: 297–304
- Hayer T (2012) *Jugendliche und glücksspielbezogene Probleme: Risikobedingungen, Entwicklungsmodelle und Implikationen für präventive Handlungsstrategien*. Peter Lang, Frankfurt/M
- Heinz A: *Gesunder Geist – krankes Hirn? Überlegungen zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie*. In: Hermann CS, Pauen M, Rieger JW, Schicktanz S (Eds.): *Bewusstsein. Philosophie, Neurowissenschaften, Ethik*. Wilhelm Fink Verlag, München: 407-425 (2005)
- Holden C (2001). "Behavioral" Addictions: Do they exist? *Science*, 294: 980-982.
- Holden C (2010). Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. *Science*, 327: 935.
- King DL, Delfabbro PH, Griffiths MD et al (2011) Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review* 31 (7):1110–1116
- Kleimann M (2011). *Medienlotsen gesucht! Konzeption und Evaluation einer Unterrichtseinheit zur Prävention problematischer Mediennutzungsmuster bei Schülerinnen und Schülern dritter bis fünfter Klassen im Rahmen des Berliner Längsschnitt Medien*. Baden Baden: Nomos.
- Mayer G (2012) *Stellungnahme zur Spielverordnung* (<http://gerhard.mayer.uni-bremen.de/publications/html>)
- Meixner S, Jerusalem M (Eds.). (2006). *Exzessive Mediennutzung: Internetsurfen und Fernsehen*. Goettingen: Hogrefe.
- NIAAA (2006). *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions: Selected Findings*, *Alcohol Research: Current Reviews* 29 (2)
- Petry NM (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101: 152-160.
- Rehbein F, Mößle T, Zenses EM, Jukschat N (2010). Zum Suchtpotential von Computerspielen. *Onlinerollenspiele wie "World of Warcraft" bergen ein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko und erfordern Konsequenzen in den Bereichen Jugendmedienschutz und Prävention*. *Jugendmedienschutz-Report*, 6, 8-12.
- Rosenthal RJ, Lesieur HR (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal of the Addictions*, 1: 150-154.
- Schuhler P, Sobottka B, Vogelgesang, M et al (2012) *Pathologischer PC-/ Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. AHG Klinik Münchwies. Available at: http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Schweriner_See/Klinik/Pathologischer_PC-_Internet-Gebrauch/Projektbericht_Path_PC_07_12.pdf.
- WHO (1992). *International Classification of Diseases (ICD-10): clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization