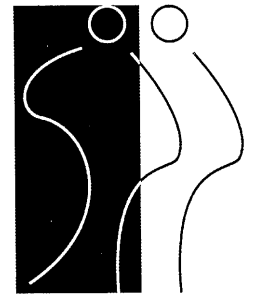


BAS-SUCHTFORSCHUNGSTELEGRAMM

HEFT 18

31. März 2009



Bayerische Akademie für Suchtfragen

in Forschung und Praxis BAS e.V.

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089-530 730-0
Fax: 089-530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Liebe Leserinnen und Leser,

wie immer im Frühjahr gibt es eine Vielzahl von Terminen und Aktivitäten, über die wir Sie mit dieser Ausgabe des Suchtforschungstelegramms gerne informieren möchten.

Der Schwerpunkt unserer Literaturreferate liegt diesmal im Bereich Jugend und Sucht. Auch der Beitrag über eine Untersuchung zu psychiatrischen Begleiterkrankungen bei stationär behandelten pathologischen Glücksspielern wird diesmal etwas ausführlicher behandelt.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen, hoffentlich einige nützliche Erkenntnisse für Ihre Arbeit und schon heute schöne, erholsame Osterfeiertage.

Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Dr. med. Beate Erbas

(wissenschaftliche Mitarbeiterinnen)

Literaturreferate

Neurobiologische Aspekte des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen	5
Untersuchung auf suchtrelevante Inhalte in populärer Musik	8
Komorbidität bei pathologischem Glücksspiel	10
Kurz gemeldet: Manische Symptome als Risikofaktor für späteren Substanzgebrauch	14

Hinweis

Sind Sie auf der Suche nach einer bereits in der Vergangenheit erschienenen Ausgabe des BAS-Suchtforschungstelegramms?

Sämtliche BAS-Suchtforschungstelegramme finden Sie zum Herunterladen auf unserer Website www.bas-muenchen.de unter der Rubrik „Publikationen/ Suchtforschungstelegramm“.

BAS e.V. (VR 15964)

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr. 8890100
BLZ 700 205 00

1. Vorsitzender:

PD Dr. med. Norbert Wodarz

2. Vorsitzender:

Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Schatzmeister:

Bertram Wehner
Dipl.-Sozialpäd. (FH)

Vorstandsmitglieder:

Christiane Fahrmbacher-Lutz
Apothekerin
Dr. rer.soc. Christoph Kröger
Dipl.-Psychologe

Ehrenvorsitzender:

Prof. Dr. med. Jobst Böning

Verschiedenes

1. Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

Rückblick

Seit ihrer Eröffnung am 30.06.2008 wurden verschiedene Projekte angestoßen. So wurden z.B. unterschiedliche Arbeitsgruppen, wie die AG Leistungsbeschreibung, AG ambulante Reha oder AG Materialien, gegründet, regelmäßige Kompetenznetzwerkstreffen zur Vernetzung und Information der MitarbeiterInnen der Fach- und Beratungsstellen durchgeführt und etwa vierteljährlich der **LSG-Newsletter** versandt. Dieser enthält jeweils u.a. aktuelle Informationen zu Veranstaltungen sowie Literaturreferate und kann auf der Website der Landesstelle unter www.lsgbayern.de abonniert werden. In diesem Rahmen wurde bereits „Prävalenzraten Pathologischen Glücksspiels in Deutschland“ oder „Glücksspielpolitik“ berichtet.

Weiterhin wurden im Herbst/ Winter 2008 bayernweit **Basisschulungen** zum Pathologischen Glücksspielen veranstaltet. Ziel der Basisschulungen ist, MitarbeiterInnen aus Beratungseinrichtungen, Schuldnerberatungen sowie aus Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen grundlegende Informationen zur Phänomenologie des „Pathologischen Glücksspielens“ zu vermitteln.

Als weiterer Baustein im Gesamtkonzept fand Anfang Dezember 2008 das erste **Symposium** der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern mit dem Titel „**Glücksspielsucht – aktueller Stand des Wissens**“ statt. Es wurden aktuelle Forschungsergebnisse aus den Bereichen Neurobiologie und Epidemiologie sowie die praktische Arbeit in Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen vorgestellt.

Ausblick

Im Jahr **2009** veranstaltet die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern eine erste 4-teilige **Vortragsreihe** mit dem Titel „**Von Börsenhelden, Pokerstars und Lottoträumern – Glücksspiele im gesellschaftlichen Kontext**“. Sie startet im März und ist für die interessierte Öffentlichkeit kostenfrei zugänglich.

Ferner finden 2009 **Wiederholungsveranstaltungen der Basisschulung** für spezifische Berufsgruppen, die direkt oder indirekt mit pathologischen Glücksspielern arbeiten, statt.

Die **erste Aufbauschulung**, die im Frühjahr in München und Nürnberg angeboten wird, behandelt die Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität Pathologischen Glücksspiels. Diese umfasst neben zwei Fachvorträgen praktische Fallarbeit in Form von Workshops.

Zur fortwährenden Unterstützung steht den Mitgliedern des Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht ab 1. April 2009 ein **Supervisionsangebot** durch Telefon- und E-Mail-Support bzw. regionale Treffen einzelner Supervisionsgruppen in München und Nürnberg zur Verfügung.

Die genauen Termine und Veranstaltungsorte für die einzelnen Veranstaltungen können Sie unserer Homepage entnehmen. Zusätzlich werden wir Sie natürlich gerne per E-Mail darüber informieren.

Weitere Informationen zum Thema Glücksspielsucht und den Aufgaben und Aktivitäten der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern finden Sie auf der Website www.lsgbayern.de.

2. STAP (Ständiger Ausschuss Praxis)

Noch im ersten Halbjahr 2009 soll der **BAS-Leitfaden zur Prävention von Drogentod** erscheinen. Demnächst wird der STAP einen Fachtag zum Thema ‚Überblick über mehr als 25 Jahre § 35 BtMG‘ (Zurückstellung der Strafvollstreckung) konzipieren, der voraussichtlich im Herbst in Nürnberg stattfinden wird.

Wenn Sie Interesse an einer Mitarbeit im STAP haben, können Sie sich gerne in der BAS-Geschäftsstelle (089 530 730 0) über die aktuellen Termine informieren.

3. Vortragsreihe 2009

Das Programm der bereits **11. BAS-Vortragsreihe 2009 „Entwicklungen im Praxisfeld Sucht – Antworten auf aktuelle Suchtprobleme in der Gesellschaft“** ist fertig gestellt. In der nachfolgenden Rubrik „Veranstaltungen“ finden Sie die Termine für das erste Halbjahr. Ausführlichere Informationen zu den Inhalten und Veranstaltungsorten der einzelnen Vorträge bzw. das Gesamtprogramm finden Sie auf der BAS-Website unter „BAS-Veranstaltungen“ (<http://www.bas-muenchen.de/index.php?id=9>).

4. Aktueller Stand zur Umsetzung von HaLT in Bayern

Rauschtrinken unter Kindern und Jugendlichen ist kein Einzelfallphänomen. Dies bestätigt auch die aktuelle Datenlage und verdeutlicht die Notwendigkeit Alkohol-spezifischer Interventionen für diese Zielgruppe.

Zwischenergebnisse des 2. Monitorings

Die BAS e.V. begleitet das Projekt auch wissenschaftlich und führt in regelmäßigen Abständen Projektmonitorings durch: Die folgenden Ergebnisse basieren auf einer Zwischenauswertung (Stand 16.03.09) des 2. Monitorings und zeigen den erfolgreichen Projektverlauf in vielen Standorten: Demnach haben seit Projektstart in Bayern 474 Jugendliche an einem sogenannten „Brückengespräch“ nach Einlieferung in ein Krankenhaus teilgenommen. 11,4% (54) der Jugendlichen, die ein Brückengespräch absolvierten, nahmen auch an einem Risikocheck (eineinhalb-tägiges Gruppenangebot) teil. 8,4% (40) absolvierten alle 4 HaLT-Bausteine des reaktiven Teils (Brückengespräch, Elterngespräch, Risikocheck, Abschlussgespräch). Bei 14,3% (68) erfolgte eine Empfehlung zur Weiterberatung bzw. Weiterbehandlung.

Im proaktiven Bereich wurden zahlreiche Kooperationen gegründet bzw. ausgebaut und spezifische Präventionsmaterialien (weiter-)entwickelt. Das Thema Jugendschutz konnte bei zahlreichen Veranstaltungen umgesetzt werden.

Projektperspektiven

Im Hinblick auf die Projektperspektiven werden voraussichtlich noch im April wichtige Entscheidungen vorliegen. Derzeit wird eine Verlängerung der Projektlaufzeit über den 31.07.09 hinaus zumindest bis zum Jahresende 2009 thematisiert. Weiterhin werden die kooperierenden Krankenkassen über mögliche Veränderungen der Abrechnungsmodalitäten der reaktiven HaLT-Intervention beraten und möglicherweise Veränderungen beschließen.

5. Netzwerktagung

Am 18. März fand die 19. Tagung des Netzwerks Sucht zum Thema „**Substitution - Beigebrauch, besondere Bedürfnisse und Sicherstellung der Versorgung**“ statt. Rund 70 Teilnehmer trafen sich zum interdisziplinären Austausch und konnten Vorträge zu Themen wie Alkoholmissbrauch bei Substituierten, Konsumreduktion durch KISS sowie zu Zielsetzungen der Substitutionsbehandlung bei älteren Patienten hören. In Workshops wurde in kleineren Gruppen nach Verbesserungsmöglichkeiten der Substitutionsversorgung in Niederbayern gesucht bzw. die Frage erörtert, wie individuell Substitution sein müsse. Eine ausführliche Dokumentation der Vorträge und Workshops zu dieser Veranstaltung finden Sie in Kürze unter der Rubrik „Nachlese BAS-Veranstaltungen“ auf der Website der BAS.

Veranstaltungen

- 31.03.2009** Vortrag der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG)
PD Dr. Ulrich Schädler, Schweizerisches Spielmuseum, La Tour-de-Peilz
18:00 Uhr **„Um meine Hemde würfeln Fremde – eine kulturgeschichtliche Betrachtung des Glücksspiels“**
Veranstaltungsort: München, TRYP-Hotel
- 22.04.2009** Vortrag von Prof. Michael Klein, Katholische Fachhochschule NRW - Köln
18:00 Uhr **„Präventionsarbeit mit drogenabhängigen Müttern am Beispiel des Projekts MUT!“**
Veranstaltungsort: Nürnberg, Villa Leon
- 29.04.2009** 8. Suchtforum
13:30 Uhr **„Jugend und Sucht“**
Veranstaltungsort: Zentrum für Pharmaforschung Großhadern, Liebig-Hörsaal
- 05.05.2009** Vortrag der Landesstelle Glücksspielsucht (LSG)
Dipl.-Volksw. Christoph Schlienkamp, Bankhaus Lampe KG, Düsseldorf
18:00 Uhr **„Die Börse – Ein Zockerparadies“**
Veranstaltungsort: Nürnberg, Haus Eckstein
- 13.05.2009** Vortrag von Prof. Thomas Gilg, Institut für Rechtsmedizin LMU München
18:00 Uhr **„Aggression und Gewalt unter Alkoholeinfluss“**
Veranstaltungsort: München, Referat für Gesundheit und Umwelt
- 28.05.2009** Tagung für Hebammen und Mitarbeiterinnen aus Schwangerenberatungsstellen
09:30 Uhr **„Rauchen in der Schwangerschaft – motivierende Beratung zum Rauchverzicht“**
Veranstaltungsort: Würzburg, Regierung von Unterfranken
- 24.06.2009** Vortrag von Dr. Johannes Lindenmeyer, Salus Klinik Lindow
18:00 Uhr **„Wenn graue Zellen zu sehr lieben – Möglichkeiten und Grenzen einer neuropsychologischen Suchtbehandlung“**
Veranstaltungsort: München, Referat für Gesundheit und Umwelt

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen erhalten Sie in der BAS-Geschäftsstelle (089 530730-0) oder unter „Aktuelles“ und „BAS-Veranstaltungen“ unter www.bas-muenchen.de.

Neurobiologische Aspekte des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen

Einleitung

Der zunehmende Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Deutschland hat in den letzten Jahren in einem besorgniserregenden Ausmaß zugenommen. Das Alter bei Erstkonsum, bei Beginn des regelmäßigen Konsums und bei der ersten Rauscherfahrung nimmt weiter ab. Jeder zweite Jugendliche im Alter von 16-17 Jahren gibt an, mindestens einen Tag im letzten Monat gezieltes Rauschtrinken betrieben zu haben. Dies sind Spitzenwerte im europäischen Vergleich (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, ESPAD, Hibell et al., 2004).

Diese Entwicklung ist sicherlich auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen, die z.T. in der Umgebung und z.T. im Individuum zu finden sind. Hierunter fallen etwa die neurobiologischen Einflüsse, die in ihrer Wechselwirkung mit familiären Entwicklungsbedingungen, Alkoholverfügbarkeit und außerfamiliärem sozialen Umfeld riskanten Gebrauch, Missbrauch und Suchtentwicklung begünstigen können.

Neurobiologische Einflüsse auf das Ausmaß jugendlichen Alkoholkonsums

Einstiegsalter und Hirnreifung

Nach einer US-Studie weisen Kinder, die schon mit 13 Jahren trinken, ein Risiko von über 40% auf, in ihrem Leben alkoholabhängig zu werden. Bei einem Einstiegsalter von 14-15 Jahren beträgt die Lebenszeitprävalenz etwa 40%, ab einem Einstiegsalter von 16 Jahren fällt sie und pendelt sich ab Anfang des 20. Lebensjahrzehnts bei etwa 10% ein (Grant & Dawson, 1997; Laucht & Schmid, 2007). Derzeitige wissenschaftliche Befunde sprechen dafür, dass die früh einsetzende Alkoholwirkung auf das bei Jugendlichen noch nicht ganz ausgereifte Gehirn das spätere Suchtrisiko erzeugt. Dies zeigt bspw. eine Studie von Tapert & Schweinsburg (2005): Im Jugendalter bzw. in der Pubertät werden im Gehirn die synaptischen Verbindungen verfeinert und gleichzeitig Teil der bereits bestehenden Verbindungen wieder abgebaut. Dies geschieht u.a. unter dem Einfluss von Geschlechts- und Stresshormonen und betrifft Nervenzellen, die über Dopamin, Glutamat und GABA miteinander kommunizieren. Dabei verändert sich der präfrontale Kortex besonders stark, der für die Kontrolle von impulsivem Handeln wichtig ist sowie für die Entwicklung von zielgerichtetem Verhalten und die emotionale Verarbeitung von Erlebtem. Außerdem ist der Hippocampus betroffen, der eine zentrale Bedeutung für Lernen und Gedächtnis hat.

Familiengenetisches Risiko

Bekanntermaßen tritt Alkoholabhängigkeit familiär gehäuft auf (Maier, 1995; Cotton, 1979; Bierut et al., 1998). Dabei konnte in Zwillings- und Adoptionsstudien mehr als die Hälfte der familiären Häufung auf rein genetische Effekte zurückgeführt werden (Prescott et al., 1999; Heath et al., 1997; Sigvardsson et al., 1996; Goodwin et al., 1973). Kinder von Alkoholikern haben ein vier- bis achtfach erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens ebenfalls alkoholkrank zu werden. Es wird inzwischen übereinstimmend ein multigener Erbgang angenommen. Für zwei Genpolymorphismen konnte bislang eine eindeutige Rolle nachgewiesen werden. Sie dienen als Schutzfaktoren und beeinflussen die Verstoffwechslung von Alkohol.

Verträglichkeit von Alkohol

Bei den ersten Trinkerfahrungen ist die Alkoholverträglichkeit weitgehend genetisch determiniert. Nachkommen alkoholabhängiger Eltern vertragen deutlich mehr Alkohol als solche ohne familiengenetisches Risiko (u.a. Newlin et al., 1990; Schuckut, 1994). Dies trägt zu dem erhöhten Risiko für eine spätere Alkoholabhängigkeit bei. Da sich dieser Zusammenhang auch bei Personen ohne familiäres Risiko findet, muss die erhöhte initiale Verträglichkeit von Alkohol als Risikofaktor für Alkoholismus angenommen werden.

Frühkindliche Entwicklungsbedingungen

Ungünstige frühkindliche Entwicklungsbedingungen wie Missbrauch oder Vernachlässigung können die kindliche Entwicklung langfristig beeinflussen und für die spätere Entwicklung von Suchtverhalten relevant sein. Experimente an Ratten (Huot et al., 2001) zeigen, dass die Trennung vom Muttertier während

der ersten Lebenswochen dazu führt, dass die Tiere, nachdem sie ausgewachsen waren, empfindlicher auf sozialen Stress reagierten und spontan mehr Alkohol konsumierten (Fahlke et al., 2000). Clark et al. (1997) stellte fest, dass alkoholabhängige Jugendliche wesentlich häufiger kindliche Missbrauchserfahrungen aufweisen als nicht alkoholabhängige Jugendliche.

Stressreaktivität

In einer Reihe von Studien zeigt sich, dass Stresserfahrungen mit erhöhtem Alkoholkonsum und einer Zunahme missbräuchlichen Trinkens assoziiert sind. Zudem ist bei Trägern einer bestimmten Genvariante hohe Stressbelastung mit häufigen Alkoholproblemen verbunden im Gegensatz zur Vergleichsgruppe ohne diese Variante (Madrid et al., 2001; Bau et al., 2000). Eine Ursache von Stress kann eine krankheitsbedingte Verhaltensstörung im Kinder- und Jugendalter sein (siehe unten). Dies könnte einen Mechanismus darstellen, warum diese Verhaltensstörungen sehr häufig mit Suchterkrankungen verbunden sind.

Trinkmotive für Jugendliche

Neben der gerade beschriebenen Stressbewältigung stellen Experimentierfreudigkeit, Gruppenzwang, Erhalt des „Status“ in der Gruppe sowie der Abbau von Hemmungen bei selbstunsicheren Persönlichkeiten weitere Trinkmotive für Jugendliche dar.

Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie andere krankheitsbedingte Verhaltensstörungen bei Heranwachsenden

Einige der Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend – die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens sowie die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten – zählen zu den stärksten individuellen Risikofaktoren für die Entwicklung von Alkoholabhängigkeit. Zudem haben Kinder von Alkoholikern ein deutlich erhöhtes Risiko, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen zu entwickeln. Ebendiese Verhaltensstörungen verstärken Alkoholtrinken. Zudem führen jugendliche Alkoholprobleme dazu, dass sich Verhaltensstörungen neu entwickeln oder verstärkt werden (Brown et al., 1996). Beide Effekte können sich somit gegenseitig verstärken.

Eine weitere potenzielle Erklärung für das gleichzeitige Auftreten von Alkohol- und Aufmerksamkeits-/Sozialverhaltensstörungen beruht darauf, dass für beide Erkrankungen als zugrundeliegende Ursache eine Störung der dopaminergen Signalübertragung angenommen wird.

In Ergänzung zu den Leitlinien zur Behandlung von Aufmerksamkeits-, Hyperaktivitäts- und Sozialverhaltensstörungen (Döpfner et al., 2008) muss beachtet werden, dass eine rechtzeitige Behandlung das damit einhergehende erhöhte Risiko für spätere Alkoholprobleme deutlich verringern oder sogar völlig normalisieren kann. Katusic et al. (2005) fanden in ihrer Untersuchung, dass eine medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsstörung das spätere Suchtrisiko bei Jungen halbierte; bei Mädchen konnte ein entsprechender Effekt nicht immer beobachtet werden. Wurde eine medikamentöse Therapie mit einer Verhaltenstherapie kombiniert, konnte danach kein erhöhtes Risiko für eine Alkoholstörung mehr festgestellt werden (Tapert & Schweinsburg, 2005; Manuzza et al., 1991).

Depression und Angsterkrankungen

Bei Erwachsenen ist der überaus enge Zusammenhang zwischen Alkoholstörungen und Depression bzw. Angsterkrankungen bekannt. Es wird angenommen, dass es diesen Zusammenhang auch bei Kindern gibt. Die Problematik hierbei ist, dass depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter immer noch häufig unerkannt und unbehandelt bleiben (Rothenberger & Banaschewski, 2002). Es gibt allerdings erste Befunde in dieser Richtung: Jugendliche, die an Panikattacken oder sozialer Phobie leiden, entwickeln innerhalb der nächsten Jahre häufiger Alkoholstörungen als solche ohne Angsterkrankungen (Zimmermann et al., 2003).

Persönlichkeitsstörungen

Für die Alkoholabhängigkeit haben klar definierte Teilaspekte von Persönlichkeit eine besondere Bedeutung. Bei den relevanten Temperamentsmerkmalen handelt es sich um Neugierverhalten, Schadensvermeidung und Belohnungsabhängigkeit. Ein ausgeprägtes Neugierverhalten ist mit häufigerem Auftreten problematischen Trinkens bei jungen Erwachsenen verbunden ebenso wie eine geringe Aus-

prägung der Schadensvermeidung. Die Belohnungsabhängigkeit – die Ansprechbarkeit auf soziale Verstärker – hat in den extremen Ausprägungen keinen Einfluss auf die Suchtgefährdung.

Folgen jugendlichen Trinkens

Die von der WHO festgelegten Grenzwerte für den riskanten Konsum bei Erwachsenen können so auf Jugendliche nicht übertragen werden. Zudem hat sich das sporadische aber exzessive Trinken als besonders schädlich herausgestellt.

Die Alkoholembryopathie und andere Alkoholgeschäden am Gehirn Heranwachsender

Gegenwärtig ist die Alkoholembryopathie in den westlichen Industrienationen die häufigste bekannte Ursache für geistige Behinderung und betrifft unter 1.000 Lebendgeburten etwas weniger als ein Kind mit der vollen Ausprägung und etwa 3-5 Kinder mit mehr oder weniger ausgeprägten alkoholbedingten Entwicklungsstörungen (Spohr & Steinhausen 2008; Riley & McGee, 2005).

Tierexperimentelle Untersuchungen zeigen, dass adoleszente Ratten nach Alkoholexposition einerseits weniger motorisch beeinträchtigt waren, andererseits stärkere Gedächtnisstörungen entwickelten als erwachsene Versuchstiere (Hiller-Sturmhövel & Swartzwelder, 2005; Crews & Nixon, 2003). Insgesamt besteht während der Adoleszenz eine besondere Sensibilität für dauerhafte negative Folgen von Suchtmitteln inklusive Alkohol.

Auswirkungen von Alkoholmissbrauch auf die kognitive Leistungsfähigkeit bei Jugendlichen

Es gibt mehrere prospektiv durchgeführte Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen, die sich aufgrund von Alkoholkonsum in Behandlung begaben. So schnitten etwa alkoholabhängige Jugendliche (15-16 Jahre) in neuropsychologischen Maßen des verbalen und nonverbalen Gedächtnisses deutlich schlechter ab als Altersgenossen ohne Alkoholstörung (Brown et al., 2000; Tapert & Brown, 1999; Tapert & Brown, 2000; Tapert et al. 2002). In Längsschnittstudien über vier bzw. acht Jahre zeigt sich, dass Teilnehmer, die weiterhin Alkohol missbrauchen, deutliche Leistungseinbußen bei den Aufmerksamkeitstests entwickeln. Nach acht Jahren zeigt sich zudem, dass diejenigen, die jemals Alkoholentzugszeichen entwickelt hatten, eine schlechtere kognitive Leistungsfähigkeit aufweisen insbesondere bei Tests des räumlichen Vorstellungsvermögens (Tapert et al., 2002).

Verschiedene Trinkmuster erweisen sich als unterschiedlich schädlich: regelmäßig, aber mäßig getrunkenen Alkohol wirkt sich anders aus als Alkohol, der in Form einzelner Trinkexzesse zu sich genommen wird. Das episodische Trinkmuster war mit stärkeren Beeinträchtigungen von Gedächtnisneubildung, motorischen Leistungen, räumlichem Vorstellungs- und Wiedererkennungsvermögen verbunden und muss daher als besonders schädlich angesehen werden.

Alkoholwirkungen auf die Gehirnstruktur bei Jugendlichen

Bei Erwachsenen führt die toxische Wirkung von Alkohol zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Gehirnatrophie, die allerdings bei Abstinenz im Laufe von Monaten bis Jahren rückbildungsfähig ist (Mann et al., 1999). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Alkoholstörungen finden sich Auffälligkeiten im Hippocampus (Hiller-Sturmhövel & Swartzwelder, 2005). Das Volumen beider Hippocampi war dabei umso geringer, je früher im Leben die Alkoholstörung begonnen hatte und je länger sie andauerte (De Bellis et al., 2000): Hier zeigt sich ein anatomisches Korrelat für das verminderte Lernen und Gedächtnis bei jugendlichen Trinkern.

Die hier vorliegenden Befunde könnten auch durch einen gegenteiligen Kausalmechanismus erklärt werden: vorbestehende Gehirnschäden prädisponieren zu erhöhtem Alkoholkonsum. Diese beiden Möglichkeiten schließen sich aber nicht gegenseitig aus. Womöglich verstärken sie sich gegenseitig in dem Sinne, dass vorbestehende Gehirnanomalien zu verstärktem Trinken führen, was umgekehrt weitergehende Gehirnschäden verursacht.

Alkoholeffekte auf physiologische Korrelate der Gehirnaktivität

Mit Hilfe der funktionellen Kernspintomographie untersuchten Tappert et al. (2001, 2004) Jugendliche mit und ohne Alkoholstörung während des Bearbeitens von Aufgaben zum räumlichen Vorstellungsvermögen. Dabei wurde deutlich, dass bei trinkenden Jugendlichen bestimmte wichtige Gehirnregionen während langanhaltender Leistungsanforderungen nicht ausreichend durchblutet werden, während

andere Hirnregionen ihre Leistungsfähigkeit nur dadurch aufrechterhalten können, dass sie kompensatorisch vermehrt mit Blut versorgt werden.

Folgen des jugendlichen Alkoholkonsums / Suizidrisiko

Eine der Auswirkungen des jugendlichen Alkoholkonsums stellt eine deutlich erhöhte Häufung von vollendeten Suiziden dar. Bei den 12-17-Jährigen, die im vergangenen Jahr Alkohol konsumiert haben, kommt dies mehr als doppelt so häufig vor. Auch überlebte Suizidversuche sind wesentlich häufiger. So führen weibliche Jugendliche ca. 3-4 mal häufiger Suizidversuche durch, wenn sie einen hohen Alkoholkonsum aufwiesen (Windle, 2004).

Schlussfolgerungen/Vorschläge für die Praxis

- Genetische und andere Risikofaktoren für Suchtentstehung wirken schon im Kindes- und Jugendalter, indem sie mit Umweltfaktoren interagieren. Dieser Prozess ist präventiven Maßnahmen zugänglich.
- Zur Suchtprävention ist es sinnvoll, bereits vor Aufnahme des Alkoholkonsums gezielt Störungen des Sozialverhaltens zu therapieren, übermäßige Stressbelastung zu mindern und Techniken zu ihrer Bewältigung zu vermitteln.
- Insbesondere kann das mit einer Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung verbundene Risiko späterer Suchterkrankungen durch frühzeitige medikamentöse Behandlung verringert werden.
- Aufgrund der noch im Aufbau befindlichen neuronalen Prozesse ist das Gehirn der Jugendlichen wahrscheinlich besonders empfindlich gegenüber Alkoholeinwirkungen. Dies begründet, warum Jugendliche unter 18 Jahren übermäßigen Alkoholkonsum meiden sollten.
- Exzessiver Alkoholkonsum bei Jugendlichen kann zu messbaren Beeinträchtigungen ihrer Gehirnentwicklung und geistigen Leistungsfähigkeit führen.

Zimmermann U S, Mick I, Mann K F (2008). Neurobiologische Aspekte des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Sucht 54 (6): 335-345.

Untersuchung auf suchtrelevante Inhalte in populärer Musik

Einleitung

Es gibt inzwischen überzeugende Belege dafür, dass bestimmte Medienbotschaften den Substanzgebrauch bei Jugendlichen verstärken. So ist z.B. der Alkohol- und Zigarettengebrauch in Filmen gekoppelt mit tatsächlichem Gebrauch. Wie aus vergangenen Veröffentlichungen hervorgeht, handeln die Texte in der populären Musik häufig von Substanzmissbrauch. So zeigte etwa eine Studie von 2002 zu beliebten Musikvideos, dass bei 20% der Videos Bezug auf illegale Drogen genommen und bei 37% Alkohol gezeigt wurde. Diesen Botschaften setzten sich Jugendliche im Alter von 15-18 Jahren im Durchschnitt etwa 2,4 Stunden am Tag beim Hören von Musik aus.

Die hier vorliegende Studie stellt eine umfassende Inhaltsanalyse von zeitgenössischer populärer Musik vor. Folgende Hypothesen werden dabei untersucht:

- Alkohol und Marihuana werden häufiger genannt als Zigaretten.
- Die Darstellung von Substanzgebrauch unterscheidet sich zwischen den verschiedenen Genres.
- Der Gebrauch steht im Zusammenhang mit Beweggründen, Assoziationen und Konsequenzen, die von Heranwachsenden als positiv betrachtet werden.

Methodik

Um die beliebtesten Musikstücke zu identifizieren, wurde das Billboard Magazine von 2005 herangezogen. Hier werden jährlich Ranglisten der meistgekauften und meistgesendeten Musikstücke veröffentlicht. Insgesamt wurden 279 Musikstücke identifiziert und analysiert. Die Kodierung der Musik-

stücke erfolgte durch zwei unabhängige Rater, die mit Listen von häufig verwendeten Slang-Ausdrücken für Drogen ausgestattet wurden.

Neben deskriptiven Informationen wurden die Bezugnahme auf den Substanzgebrauch sowie die damit verbundenen Beweggründe, Assoziationen und Konsequenzen aufgenommen und kodiert. Die deskriptiven Informationen bestanden dabei aus Titel, Künstler, Album, Länge in Minuten und Sekunden, Geschlecht des Sängers, Zuordnung zum (Haupt-)Genre, unterteilt in Country (n = 61), Pop (n = 35), R&B/Hip-Hop (n = 55), Rap (n = 62) und Rock (n = 66).

Bei der Messung zu den Aussagen zum Substanzgebrauch wurden eindeutige Aussagen zum Substanzgebrauch unterschieden nach Substanzen sowie nach Aussagen, die nicht explizit auf den Gebrauch hinweisen. Die Konsequenzen des Gebrauchs – psychisch, emotional, physisch, sozial, legal, finanziell und sexuell – wurden auf einer fünfstufigen Skala als positiv (+2, +1), neutral (0) bzw. negativ (-1, -2) eingestuft. Als weitere Maßeinheit wurde die Bezugnahme auf Substanzgebrauch pro Zeit mit der Anzahl der Bezugnahmen geteilt durch die Länge des Musikstücks gemessen. Für die Auswertung wurden Chi²-Tests verwendet, um zu prüfen, ob signifikante Unterschiede zwischen den Genres vorliegen bezüglich des Anteils an Musikstücken, die Substanzgebrauch enthalten. Bei einer vorliegenden Signifikanz wurden die Unterschiede zwischen den Genres mit Post-Hoc-Tests geprüft.

Ergebnisse

Insgesamt zeigten sich in 41,6% der Musikstücke Bezüge zu Substanzgebrauch. Ein expliziter Substanzgebrauch wurde in 33,3% der Stücke aufgeführt. Dabei wurde in erster Linie Alkohol genannt, gefolgt von Marihuana und anderen illegalen Drogen. Zigaretten wurden lediglich in 2,9% der Musikstücke genannt. Es fanden sich signifikante Unterschiede in Hinblick auf die Häufigkeit der Bezüge zu Substanzgebrauch je nach Genre.

Bei den Beweggründen fanden sich am häufigsten Gruppendruck sowie sexuelle und finanzielle Gründe. Mit Ausnahme vom Gruppendruck fanden sich auch hier signifikante Unterschiede zwischen den Genres (vgl. Tabelle 1).

Als Assoziationen finden sich am häufigsten Abfeiern, Sex, Gewalt, Dealen und Humor. Auch hier gibt es zumeist signifikante Unterschiede zwischen den Genres (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Beweggründe für und Assoziationen mit eindeutigen Aussagen zum Substanzgebrauch

Beweggrund oder Assoziation	Country (n=22) (%)	Pop (n=3) (%)	R&B/ Hip-Hop (n=11) (%)	Rap (n=48) (%)	Rock (n=9) (%)	P-Wert	Alle Genres (n=93) (%)
Beweggrund für den Substanzgebrauch							
Gruppendruck	9 (41)	1 (33)	6 (55)	28 (58)	1 (11)	.10 n.s.	45 (48)
Sexuelle Gründe	2 (9)	0	6 (55)	20 (42)	0	<.001**	28 (30)
Finanzielle Gründe	0	0	1 (9)	22 (46)	0	<.001**	23 (25)
Stimmungsregulation	6 (27)	1 (33)	0	1 (2)	8 (89)	<.001**	16 (17)
Abhängigkeit/Suchtdruck	0	0	1 (9)	3 (6)	3 (33)	.03*	7 (8)
Assoziationen mit dem Substanzgebrauch							
Abfeiern	10 (45)	1 (33)	8 (73)	31 (65)	0	<.001**	50 (54)
Sex	9 (41)	0	6 (55)	27 (56)	1 (11)	.05*	43 (46)
Gewalt	3 (14)	1 (33)	2 (18)	21 (44)	0	.02*	27 (29)
Dealen	0	0	0	23 (48)	0	<.001**	23 (25)
Humor	14 (64)	1 (33)	2 (18)	5 (10)	0	<.001**	22 (24)
Bezug zu einer spez. Marke	4 (18)	1 (33)	2 (18)	10 (21)	0	.61 n.s.	17 (18)
Fahrzeugnutzung	4 (18)	0	2 (18)	8 (17)	1 (11)	.93 n.s.	15 (16)
Abstinenzbotschaft	0	0	0	0	4 (44)	<.001**	4 (4)
Setzen von Grenzen	1 (5)	0	0	0	0	.52 n.s.	1 (1)
Verweigerung des Gebrauchs	0	0	0	0	0	>.99 n.s.	0

* = signifikant auf dem 5%-Niveau

** = signifikant auf dem 1%-Niveau

n.s. = nicht signifikant

Insgesamt sind die mit dem Konsum einhergehenden Konsequenzen überwiegend (68%) positiv. Nur in 16% der analysierten Musikstücke finden sich negative Konsequenzen. In fast der Hälfte der Musikstücke (48%) sind die sozialen Konsequenzen positiv, in nur 8% negativ. Auch sexuelle, emotionale und finanzielle Konsequenzen sind eher positiv als negativ, lediglich die legalen Konsequenzen sind eher negativ als positiv. Psychische und physische Konsequenzen werden weder eher positiv noch eher negativ dargestellt.

Diskussion

Es zeigt sich, dass in etwa einem Drittel der beliebtesten Musikstücke expliziter Substanzgebrauch vorhanden ist. Dies gilt v.a. im Rap, am wenigsten in der Popmusik. Der Substanzgebrauch ist dabei meistens durch Gruppendruck oder Sex motiviert und wird mit Abfeiern und Sex assoziiert. Insgesamt sind die Konsequenzen eher positiv, außer bei den legalen Konsequenzen. Theoretisch setzt sich somit jeder Heranwachsende zwischen 15 und 18 Jahren bei im Schnitt 2,4 Stunden Musikhören pro Tag 84 Bezügen zu explizitem Substanzgebrauch aus, bei reinem Pop sind es fünf Bezüge pro Tag, bei Rap 251 Bezüge pro Tag.

Als Einschränkung der Studie muss gesagt werden, dass **nicht die Auswirkung der Musik** auf Jugendliche gemessen wurde, **sondern eine Inhaltsanalyse** der Musikstücke durchgeführt wurde. Es werden daher dringend weitere Studien benötigt, die den Effekt dieser Botschaften auf die Jugendlichen untersuchen.

Bedeutung für die Praxis

Nachdem bereits bekannt ist, dass das Rauchen in Filmen einen hohen Risikofaktor für das Beginnen mit dem Rauchen darstellt, kann angenommen werden, dass der Substanzgebrauch in der Musik einen Risikofaktor für den Beginn von Substanzgebrauch darstellt. Daher müssen Wege gefunden werden, Zweifel an den positiven Botschaften des Substanzgebrauchs in Musikstücken zu säen. Dies könnte evtl. über die Förderung der Medienkompetenz an Schulen geschehen.

Die gefundenen Unterschiede bei den Bezügen zu Substanzen in den einzelnen Genres können bei der Erstellung von Präventionsmaterialien verwendet werden. So könnte beispielsweise für jugendliche Rapper eine spezifische Aufklärungskampagne zu Marihuana entwickelt werden, da Rap sich regelmäßig auf den Konsum von Marihuana bezieht.

Primack B A, Dalton M A, Caroll M V, Agarwal A A, Fine M J (2008). Content Analysis of Tobacco, Alcohol, and Other Drugs in Popular Music. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 162 (2): 169-175.

Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel

Einleitung

Pathologisches Glücksspiel tritt häufig in Kombination mit anderen psychischen Störungen auf. Bisherige Studien zur Komorbidität – hauptsächlich aus dem angelsächsischen Raum – zeigen die höchsten Komorbiditätsraten mehrheitlich bei depressiven Störungen (bis zu 70 %), substanzbezogenen Störungen (bis zu 80%) und Persönlichkeitsstörungen (bis zu 93%). Für den deutschsprachigen Raum ist die Befundlage bislang begrenzt. In der hier vorliegenden Studie wird anhand einer Stichprobe von pathologischen Glücksspielern in stationärer Behandlung neben der Erfassung der Lifetime- und Zwölfmonatsprävalenzen komorbider psychischer Störungen sowie strukturierter retrospektiver Erfassung des Spielverhaltens die zeitliche Abfolge des Auftretens der einzelnen Störungen ermittelt. Dies ermöglicht Schlussfolgerungen, welche Störungen potenziell als ursächliche Faktoren in Frage kommen und welche eher als Folge des Glücksspiels anzusehen sind.

Vor dem Hintergrund bisheriger Forschung wurden folgende **vier Hypothesen** untersucht:

1. Depressive Störungen, Angststörungen, substanzbezogene Störungen und Persönlichkeitsstörungen vom Cluster B stellen die häufigsten komorbiden psychischen Störungen dar.

2. Bei pathologischen Glücksspielern liegt eine vergleichbar hohe Prävalenz komorbider Achse-I- und Achse-II-Störungen¹ vor wie bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit.
3. Pathologische Glücksspieler, bei denen zusätzlich eine Substanzabhängigkeit vorliegt, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer komorbiden Störungen und ihrer psychischen Symptombelastetheit von anderen Glücksspielern.
4. Aufgrund ihrer Typologie lassen sich umschriebene Typen pathologischer Glücksspieler abgrenzen.

Methodik

Als **Messinstrumente** wurden das Diagnostische Expertensystem für psychische Störungen (DIA-X), die International Personality Disorder Examination (IPDE) ergänzt durch die SKID II Skala für narzisstische Persönlichkeitsstörungen, das DSM IV Diagnostikum für Pathologisches Glücksspiel (Premper, 2006), die Symptomcheckliste (SCL-90-R), ein Anamnesefragebogen zur Glücksspielsucht (Premper, 2006) und der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) verwendet.

Die **Untersuchungstichprobe** bestand aus 101 stationären Patienten, von denen 68 (67,3%) im Indikationsbereich Psychosomatik und 33 (32,7%) im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen behandelt wurden. Dies entspricht auch in etwa dem Verhältnis, in dem pathologische Spieler in Deutschland generell der einen oder anderen Behandlungsform zugewiesen werden. Insgesamt hatten 87 Untersuchungsteilnehmer (86,1%) Pathologisches Glücksspiel als primäre Zuweisungsdiagnose, die übrigen 14 als Zweitdiagnose. Von diesen hatten 12 die Erstdiagnose Alkoholabhängigkeit und je einer die Diagnose Medikamentenabhängigkeit (F13.2) und Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1).

Zur Einschätzung der relativen Erkrankungswahrscheinlichkeit an einer komorbiden psychischen Störung wurden als Vergleichsmaßstab die Erkrankungshäufigkeit bei Alkoholabhängigkeit als prävalenteste substanzgebundene Abhängigkeit (außer Tabakabhängigkeit) und die Erkrankungshäufigkeit in der Allgemeinbevölkerung herangezogen. Um Subtypen von Glücksspielern herauszufinden, wurde eine Clusteranalyse durchgeführt.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der untersuchten – überwiegend männlichen (84,2%) – Patienten lag bei 40,1 Jahren; weniger als ein Fünftel war verheiratet (15,8%). Einen Realschul- oder höheren Schulabschluss hatten etwa drei Viertel der Untersuchten (72,3%), fast zwei Drittel waren arbeitslos (66,3%).

Bei 84,2% der Patienten lagen in der Zwölfmonatsprävalenz eine oder mehr komorbide Störungen vor, bezogen auf die Lebenszeitprävalenz bei 91,1%. Bei der Überprüfung der Hypothese 1 zeigen sich die höchsten **Komorbiditätsraten** für affektive Störungen vornehmlich depressiver Ausprägung, Angststörungen, substanzbezogene Störungen (ohne Tabak) sowie somatoforme Störungen.

Komorbide Diagnosen	Zwölfmonatsprävalenz	Lebenszeitprävalenz
Affektive Störungen	51,5%	61,4%
Angststörungen	47,5%	57,4%
Substanzbezogene Störungen	25,7%	60,4%
Somatoforme Störungen	26,7%	33,7%

Bei der Untersuchung der **Reihenfolge des Auftretens** der Störungen lagen bei 70,3% der Patienten bereits vor Beginn des Glücksspielens eine oder mehrere psychische Störungen (Achse I) vor. 63,4% der Patienten entwickelten eine oder mehrere psychische Störungen nach Beginn des Glücksspielens. Bei 14,9% traten Glücksspiel und psychische Störungen zeitgleich auf. Bei einer genaueren Betrachtung fällt auf, dass Angststörungen zum überwiegenden Teil (76,9%) dem Auftreten von Glücksspiel voraus gehen, depressive bzw. affektive Störungen treten zum überwiegenden Teil (60,6%) nach Beginn des Glücksspiels auf. Substanzbezogene Störungen und somatoforme Störungen treten etwa zu gleichen Teilen vor und nach Beginn des Glücksspiels auf.

¹ Die Achse I des DSM-IV bezeichnet klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme, z.B. Angststörungen oder Störungen der Impulskontrolle. Auf der Achse II werden Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung eingeordnet.

Neben der Diagnose **Persönlichkeitsstörungen** werden vom IPDE auch wahrscheinliche Persönlichkeitsstörungen erfasst. Insgesamt trifft die Diagnose Persönlichkeitsstörung auf 27,7% der Patienten zu, eine wahrscheinliche Persönlichkeitsstörung weisen 41,6% auf. Insgesamt weisen 50,5% der Patienten eine oder mehrere sichere oder wahrscheinliche Persönlichkeitsstörungen auf. Differenziert nach spezifischen Clustern von Persönlichkeitsstörungen (Hypothese 1) finden sich am häufigsten Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C (ängstlich, furchtsam), gefolgt von Cluster B (emotional, dramatisch). Nur wenige Patienten weisen eine Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster A (seltsam, exzentrisch) auf.

Komorbide Persönlichkeitsstörungen	Sichere Diagnose	Wahrscheinliche Diagnose	Sichere & wahrscheinliche Diagnose
Cluster A	2,0%	9,9%	11,9%
Cluster B	5,0%	19,8%	24,8%
Cluster C	10,9%	24,8%	35,6%
Nicht näher bezeichnete	11,9%	2,0%	13,9%

Bezüglich der **psychischen Belastetheit** wurden die untersuchten Glücksspieler sowohl mit der Eichstichprobe wie auch mit einer Stichprobe alkoholabhängiger Patienten verglichen. Dabei zeigt sich, dass stationär behandelte Glücksspieler auf allen Skalen der SCL-90-R signifikant höhere Werte aufweisen als sowohl die Eichstichprobe wie auch die alkoholabhängigen Patienten (signifikant auf dem 1%-Niveau).

Zur Abschätzung der **relativen Erkrankungswahrscheinlichkeit** wurden die Prävalenzen mit denen von Alkoholabhängigen (Hypothese 2) und mit der Allgemeinbevölkerung verglichen. Bei pathologischen Glücksspielern zeigt sich im Vergleich zu Alkoholabhängigen eine höhere Komorbiditätsrate (43,6% Lebenszeit-, 37,2% Sechsmontsprävalenz bei Alkoholabhängigen, 91,1% Lebenszeit-, 84,2% Zwölfmonatsprävalenz bei Glücksspielern). Auch gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Glücksspielern stark erhöht, insbesondere für affektive Störungen und Angststörungen, nicht jedoch für somatoforme Störungen.

Weiterhin wurde untersucht, ob das Vorliegen einer **substanzbezogenen Störung** zusätzlich zum pathologischen Glücksspiel mit einem häufigeren Auftreten weiterer komorbider Achse-I-Störungen einhergeht (Hypothese 3). Hier zeigte sich lediglich für das Auftreten von Soziophobie eine signifikant höhere Häufigkeit. Die Anzahl der weiteren komorbiden Störungen unterschied sich nicht signifikant.

Um zu klären, ob sich aufgrund der Psychopathologie bestimmte **Subtypen** von pathologischen Spielern unterscheiden lassen (Hypothese 4), wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass – bei Zugrundelegung der Variablen Vorliegen einer depressiven Störung, einer Angststörung oder einer substanzbezogenen Störung, Vorliegen einer wahrscheinlichen oder sicheren Persönlichkeitsstörung sowie Schwere der Glücksspielsucht – eine Lösung mit drei Clustern interpretierbare Zuordnungen der untersuchten Personen ergab:

Cluster 1: „Defensiv-leidende Glücksspieler“. Personen mit einer „defensiven“ Persönlichkeitsstörung², hoher Achse I Komorbidität und mittlerer Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht

Cluster 2: „Reine Glücksspieler“. Personen ohne Persönlichkeitsstörungen mit geringer psychiatrischer Komorbidität und niedriger Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht

Cluster 3: „Expansiv-leidende Glücksspieler“. Personen mit einer „expansiven“ Persönlichkeitsstörung³, mittelgradiger Achse I Komorbidität und hoher Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht

² Unter dem Begriff der „defensiven“ Persönlichkeitsstörung fassen die Autoren die Persönlichkeitsstörungen des Cluster A (sonderbar oder exzentrisch) und des Cluster C (ängstlich oder furchtsam) zusammen. Ein Großteil der betroffenen Personen leidet demnach an einer paranoiden, schizoiden oder schizotypischen Persönlichkeitsstörung oder an einer vermeidend-selbstunsicheren, dependenten oder zwanghaften Persönlichkeitsstörung.

³ Unter dem Begriff der „expansiven“ Persönlichkeitsstörung fassen die Autoren die Persönlichkeitsstörungen des Cluster B (dramatisch, emotional oder launisch) zusammen. Hierunter fallen die antisoziale, Borderline-, histrionische und narzißtische Persönlichkeitsstörung.

Schlussfolgerungen und Bedeutung für die Praxis

Da das Vorliegen komorbider Störungen meist einen komplizierenden Faktor in der Behandlung darstellt, legt die hohe Ausprägung von komorbiden Störungen bei Glücksspielern – insbesondere von Angst- und depressiven Störungen – nahe, dass mit schwierigen Krankheitsverläufen zu rechnen ist. Je nach Art der vorliegenden Komorbidität ist in der Behandlung ein differenzierendes Vorgehen notwendig. Die aus anglo-amerikanischen Studien bekannte hohe Komorbidität mit substanzgebundenen Störungen, insbesondere mit Alkoholmissbrauch, konnte für den deutschsprachigen Raum bei stationär behandelten Glücksspielern bestätigt werden. Das Vorliegen einer zusätzlichen substanzgebundenen Störung geht jedoch nicht mit einer höheren psychischen Komorbidität einher. Insgesamt scheint das Ausmaß der vorbestehenden psychischen Probleme wie auch der später hinzukommenden psychischen Störungen bei pathologischen Glücksspielern deutlich höher zu sein als bei Personen mit reiner Substanzabhängigkeit.

Bezüglich der zeitlichen Reihenfolge des Auftretens der Störungen zeigt sich, dass Angststörungen zeitlich vermehrt vor Beginn des Glücksspielens auftreten, depressive Störungen gehäuft nach Beginn. Dies weist eine hohe Plausibilität auf, da fortgesetztes Glücksspielen zu massiven finanziellen Verlusten und dramatischen sozialen Verlusten sowie zu einer Verschärfung der Selbstwertproblematik und Stagnation in der Persönlichkeitsentwicklung führt. Das Vorliegen einer Angststörung scheint dagegen ein prädisponierender Faktor zu sein. Damit zeigt sich zeitlich das gleiche Komorbiditätsmuster wie bei Alkoholabhängigkeit, was dafür spricht, dass beide Arten der Abhängigkeit eine ähnliche Funktion in Hinblick auf eine bereits bestehende psychische Problematik haben.

Bei den pathologischen Glücksspielern wurden drei Subtypen gefunden, die sich in Art und Ausmaß der Störung unterscheiden. Dies bringt erhebliche Konsequenzen für die therapeutische Arbeit mit sich. Einschränkend ist bei den dargestellten Befunden zu berücksichtigen, dass die Untersuchungsstichprobe zwar als repräsentativ für stationär behandelte Glücksspieler angesehen werden kann, die Ergebnisse jedoch nicht auf pathologische Glücksspieler in Deutschland generell übertragen werden können.

Insgesamt können folgende **Schlussfolgerungen für die Praxis** abgeleitet werden:

1. Art und Ausmaß der Komorbidität sollten bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden.
2. Das Vorliegen einer Angststörung sollte als Risikofaktor für die Entwicklung pathologischen Glücksspielverhaltens berücksichtigt werden.
3. Mit depressiven Krisen infolge des pathologischen Glücksspielverhaltens ist zu rechnen.
4. Eine Verbesserung der Gefühlsregulation, insbesondere der Umgang mit negativ getönten Emotionen, sollte wesentlicher Bestandteil der Behandlung sein.

Quelle: *Premper V, Schulz W (2008). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. Sucht 54 (3): 131-140.*

Kurz gemeldet: Manische Symptome als Risikofaktor für späteren Substanzgebrauch

Das gemeinsame Auftreten von affektiven Störungen und Substanzstörungen wurde bereits in vielen Studien nachgewiesen. Bislang gab es allerdings keine Belege für eine eindeutige Reihenfolge des Auftretens der beiden Störungen, da sich die überwiegende Zahl der Studien auf retrospektiv erhobene Daten stützt. Von 1979 bis 1999 wurde daher in der Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie der Universität Zürich die „Zürich-Studie“ durchgeführt. An dieser Repräsentativbefragung im Kanton Zürich waren *insgesamt 4.547 Personen* beteiligt. Für die Untersuchungen zu affektiven Störungen und Substanzstörungen wurden zum einen die Personen ausgewählt, die in einem Screening mit der Symptom-Checkliste-90-Revised – ein Instrument, das die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person im Zeitraum von sieben Tagen misst – einen Score oberhalb des 85. Perzentils aufwiesen. Der andere Teil (ein Drittel) der Studienteilnehmer bestand aus zufällig ausgewählten Personen aus der ursprünglichen Stichprobe. Insgesamt wurden 591 Personen in die neue Stichprobe eingeschlossen.

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines halbstrukturierten Interviews (Structured Interview for Psychopathology and Somatic Syndromes - SPIKE), in dem relevante Daten zu Kindheit, Vorgeschichte, somatischen und psychiatrischen Symptomen sowie zum Substanzgebrauch erfasst wurden. Zudem wurde eine Klassifikation für Major Depression, Bipolare Störungen und Substanzgebrauch/-missbrauch sowie für subklinische bipolare Störungen und manische Episoden vorgenommen.

In der Auswertung konnten anhand der Längsschnittdaten Ergebnisse aus retrospektiven Studien bestätigt werden. *Der Zusammenhang zwischen bipolaren Störungen und der Entwicklung alkoholbezogener Störungen wurde nachgewiesen. Das Vorhandensein manischer Symptome – auch unterhalb der klinischen Schwelle – stellt einen erheblichen Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer substanzbezogenen Störung unabhängig von der Substanz dar.*

Im Gegensatz zu bisherigen Daten wurde in dieser Studie kein Zusammenhang zwischen Major Depression und Alkoholgebrauch/-missbrauch/-abhängigkeit gefunden. Hier fanden sich lediglich Zusammenhänge mit Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit.

Für die Praxis bedeuten diese Ergebnisse, dass *bipolare Störungen und manische Symptome bei der Prävention von substanzbezogenen Störungen* beachtet werden sollten. Frühintervention im Sinne von Psychoedukation und einem regelmäßigen Screening von Substanzgebrauch könnte besonders bei Personen mit manischen Symptomen wirksam sein.

Merikangas K R, Herrell R, Swendsen J, Rössler W, Ajdacic-Gross V, Angst J (2008). Specificity of Bipolar Spectrum Conditions in the Comorbidity of Mood and Substance Use Disorders. Archives of General Psychiatry 65 (1): 47-52.