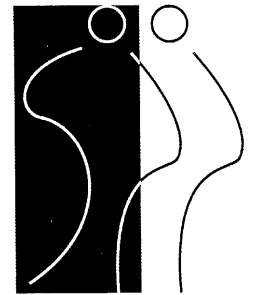


# BAS-SUCHTFORSCHUNGSTELEGRAMM

HEFT 20

31. Oktober 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](mailto:bas@bas-muenchen.de)  
Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)

Liebe Leserinnen und Leser,

mit der letzten Ausgabe in diesem Jahr möchten wir Ihnen wieder einen Überblick über unsere Aktivitäten geben und Ihnen einige ausgesuchte Publikationen in aller Kürze vorstellen.

Derzeit bereiten wir die Vortragsreihe für das kommende Jahr vor, die wir Ihnen in der nächsten Ausgabe ausführlich vorstellen werden.

Wenn Sie einen spannenden Fachartikel entdecken und diesen einem größeren Leserkreis zugänglich machen möchten, können Sie sich gerne damit an uns wenden.

Mit herbstlichen Grüßen

*Dipl.-Psych. Melanie Arnold*

*Dr. med. Beate Erbas*



## Literaturreferate

Vergleich von Methadon und Levo-Alpha-Acetylmethadol (LAAM) zur Behandlung von Opiatabhängigkeit im Rahmen einer randomisierten offenen Studie	6
Pathologischer Computergebrauch – ein Überblick	8
Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit	10

## 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](http://www.bas-muenchen.de) unter der Rubrik „Publikationen/ Newsletter“.

**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

**Ehrevorsitzender:**  
Prof. Dr. med. Jobst Böning

## Verschiedenes

### 1. Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

#### Rückblick

Im Jahresverlauf 2009 konnten verschiedene bestehende Projekte der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern weitergeführt bzw. abgeschlossen werden. Die AG Materialien bspw. erarbeitete die Grundversion des „**Praxishandbuch Glücksspiel**“, das als Nachschlagewerk für alle dienen soll, die beruflich mit pathologischen Spielern zu tun haben. Das Handbuch soll beständig mit aktuellen, praxisrelevanten Themen rund um das Glücksspiel erweitert werden. Es soll Ende des Jahres an Suchtberatungsstellen, Kliniken und assoziierte Berufsgruppen verteilt werden.

Im **Workshop Sozialkonzepte** wurde gemeinsam mit Vertretern anderer Bundesländer damit begonnen, klare Richtlinien und Bewertungskriterien zur Ausgestaltung, praktischen Umsetzung und Erfolgskontrolle von Sozialkonzepten mit dem Ziel bundesweit einheitlicher Mindeststandards zu erarbeiten.

Neben zwei **Wiederholungsveranstaltungen der Basisschulung** zum Pathologischen Glücksspielen wurde bereits die **erste Aufbauschulung** zum Thema Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbidität angeboten. Sie umfasste neben zwei Fachvorträgen auch praktische Fallarbeit in Form von Workshops, in die die Teilnehmer auch eigene Fälle und Fragestellungen einbringen konnten. Weiterhin fanden zwei **Inhouse-Schulungen** zum Thema Glücksspiel statt.

Darüber hinaus konnte inzwischen die erste 4-teilige **Vortragsreihe** mit dem Titel „**Von Börsenhelden, Pokerstars und Lottoträumern – Glücksspiele im gesellschaftlichen Kontext**“ erfolgreich abgeschlossen werden, in der die interessierte Öffentlichkeit kostenfrei informiert wurde.

Zur fortwährenden Unterstützung ihrer fachlichen Arbeit steht den Mitgliedern des Kompetenznetzwerks Glücksspielsucht seit dem 1. April 2009 ein **Supervisionsangebot** zur Verfügung. Nachdem die 12-wöchige Pilotphase mit regem Rücklauf beendet werden konnte, steht das Angebot den Mitarbeitern des Kompetenznetzwerks auch weiterhin offen.

Schon Anfang des Jahres hat die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern zusammen mit Betroffenen den „**Betroffenenbeirat Pathologisches Glücksspielen**“ gegründet. Er soll helfen, die Anliegen Betroffener dem professionellen System näherzubringen und ihr Wissen und ihre Erfahrungen in die Arbeit der Landesstelle zu integrieren. Treffen zum gegenseitigen Austausch finden regelmäßig statt. Interessierte Betroffene können sich unter [Betroffenenbeirat@lsgbayern.de](mailto:Betroffenenbeirat@lsgbayern.de) informieren.

Nicht zuletzt startete im April die **erste deutsche Studie zur Beratung und Behandlung von Klienten, die Probleme mit Glücksspielen haben** und sich deshalb an eine ambulante Einrichtung der Suchthilfe gewandt haben. Sie wird bis Dezember 2010 laufen und soll dazu beitragen, die Angebote für pathologische Spieler zu verbessern. Erste Ergebnisse der Studie konnten bereits auf dem **Symposium** der Landesstelle im Juli mit dem Titel „*Ein Jahr Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern*“ präsentiert werden.

#### Ausblick

Ende des Jahres 2009 wird eine **zweite Aufbauschulung** in München und Nürnberg über das Thema „*Glücksspieler in Beratung und Behandlung – wie zocken Spieler mit ihren Beratern?*“ informieren.

Im Frühjahr 2010 soll der **Fachkongress mit Fachmesse** „*ambulant trifft stationär*“ dazu dienen, Kooperationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Akteuren, die an der Versorgung Glücksspielsüchtiger beteiligt sind, aufzubauen und ihre Zusammenarbeit zu fördern.

Die genauen Termine und Veranstaltungsorte für die einzelnen Angebote können Sie unserer Homepage [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de) entnehmen. Zusätzlich werden wir Sie natürlich per E-Mail darüber informieren. Weitere Informationen zum Thema Glücksspielsucht und den Aufgaben und Aktivitäten der LSG Bayern finden Sie auf der Website [www.lsgbayern.de](http://www.lsgbayern.de). Dort finden Sie auch die Möglichkeit zum Abonnement des Newsletters der Landesstelle.

## 2. STAP (Ständiger Ausschuss Praxis)

Die Broschüre „**Prävention von Drogentodesfällen – Fakten, Zahlen und Beispiele aus der Praxis**“ ist über die Website der BAS abrufbar oder gegen Übersendung eines adressierten und frankierten Umschlags (DIN A5, 1,45 €) in der Geschäftsstelle erhältlich. Außerdem können sie in Kürze über die Website der BAS unter der Rubrik Publikationen ein **Informationsblatt zu GHB bzw. GBL** abrufen.

## 3. 20. Tagung des Netzwerks Sucht in Bayern

Diese Veranstaltung fand am 14. Oktober in Nürnberg statt. Im Mittelpunkt stand das Thema Substitution – von der aktuellen Versorgungssituation in Bayern bis hin zu speziellen Angeboten. Die Dokumentation zu dieser Tagung finden Sie in Kürze auf der Website der BAS unter der Rubrik „Tagungsdokumentationen“.

## 4. Aktueller Stand zur Umsetzung von HaLT in Bayern

### Aktueller Stand zur Umsetzung von HaLT in Bayern

Die bayernweite Implementierung des Alkohol-spezifischen Präventionsprojekts HaLT - Hart am Limit verläuft weiterhin ausgesprochen positiv: Einerseits zeigen die Rückmeldungen sowie die Anzahl der erreichten Jugendlichen in den einzelnen Standorten, dass die Umsetzung des Konzepts vor Ort funktioniert und andererseits ist die Anzahl von mittlerweile 26 Standorten insgesamt beachtlich.

Die BAS e.V. koordiniert das HaLT-Projekt und führt die wissenschaftliche Begleitung durch: Alle durchgeführten Brückengespräche werden durch die bayerischen HaLT-Teams mittels Fragebogen dokumentiert. Derzeit ist die Auswertung des Datenmaterials zum Stichtag 31.07.09 mit allen Projektbeteiligten in Vorbereitung. Seit Projektstart konnten etwa 800 Jugendliche mit einem Brückengespräch durch die HaLT-Teams erreicht werden.

### Projektperspektiven & Finanzierung

Um den vielversprechenden Start von HaLT in Bayern weiterhin zu unterstützen, verlängerte das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit die ursprüngliche Projektlaufzeit vom 31.07.2009 bis zum 31.12.2009 und passte die bisherige finanzielle Förderung entsprechend an. Alle bisherigen 21 Standorte reichten die erforderlichen Aktualisierungen ein.

Die **Aufnahme neuer HaLT-Standorte** ist wieder möglich und wird durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit finanziell gefördert. Insgesamt zählten ca. 20 Städte und Landkreise in Bayern zum Interessentenkreis. Derzeit ist in fünf Landkreisen das Zertifizierungsverfahren abgeschlossen, in weiteren fünf Standorten finden konkrete Planungen statt bzw. sind die Aufnahmeverfahren bereits in Bearbeitung.

Als neue bzw. erweiterte Standorte begrüßen wir den LK Deggendorf, den LK Roth, den LK Kronach, den LK Fürstenfeldbruck und den LK Schweinfurt (Standorterweiterung).

Die Koordination der Neuaufnahmen wird durch die BAS e.V. durchgeführt. Interessierte Landkreise und Städte erhalten hier auch detaillierte Informationen zu den Aufnahmebedingungen und Förderrichtlinien.

Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit stellt für 2010 eine **Verlängerung des Förderzeitraums** um 12 Monate bis zum 31.12.2010, vorbehaltlich der gegebenen Notwendigkeit und der Verfügbarkeit von Haushaltsmitteln, in Aussicht.

### Teilabrechnungen im reaktiven Teil mit den kooperierenden Krankenkassen möglich

Trotz einjährigem gemeinsamem Bemühen ließ sich eine umfassende landesweite Lösung zur Vereinheitlichung der Abrechnungsmodalitäten im reaktiven Bereich, inklusive der Möglichkeit zur Teilabrechnung, nicht erzielen.

Deshalb haben sich die bisher kooperierenden Krankenkassen und Landesverbände, im Einzelnen

- die **AOK Bayern**,
- der **BKK Landesverband Bayern**,
- der **Funktionelle Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern** und
- die **Knappschaft, Regionaldirektion München**,

für eine pragmatische Lösung entschieden und die bisherigen Abrechnungsmodalitäten verändert.

Für die zertifizierten HaLT-Standorte besteht jetzt die Möglichkeit zur Teilabrechnung mit den kooperierenden Krankenkassen nach Modul 1&2 (Brückengespräch & Elterngespräch) sowie nach den Modul 3 & 4 (Risikocheck & Abschlussgespräch).

### **Neue HaLT-Website**

Seit 01.10.2009 haben die bayerischen HaLT-Standorte die Möglichkeit, sich und ihre zahlreichen Aktivitäten im Internet unter [www.halt-in-bayern.de](http://www.halt-in-bayern.de) öffentlichkeitswirksam zu präsentieren.

Der neue Web-Auftritt wird entwickelt und betreut durch die BAS mit dem Ziel, die Vernetzung der Standorte untereinander zu fördern und den Bekanntheitsgrad der Angebote im Rahmen des HaLT-Projekts zu erhöhen.

## Veranstaltungen

**04.11.2009**      Symposium Computerspiele- und Onlinesucht der BAS e.V. in Kooperation mit der KBS, der LAGFW, der LZG und der LSG

13:00 Uhr      **„Zu Hause und doch verloren – wenn Computerspiele und Internet zu Parallelwelten werden“**

Veranstaltungsort: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81667 München

Weitere Informationen zu unseren Veranstaltungen erhalten Sie in der BAS-Geschäftsstelle (089-530 730-0) oder unter „BAS-Veranstaltungen“ unter [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de).

## Vergleich von Methadon und Levo-Alpha-Acetylmethadol (LAAM) zur Behandlung von Opiatabhängigkeit im Rahmen einer randomisierten offenen Studie

### Hintergrund

Levo-Alpha-Acetylmethadol (LAAM) ist ein synthetisch hergestelltes, lang wirksames Opioid, das in der EU aufgrund von kardialen Nebenwirkungen, die allerdings auch unter Methadon auftreten, vom Markt genommen wurde. Es hat den Vorteil, dass es – im Gegensatz zur täglichen Verabreichung von Methadon – nur dreimal wöchentlich eingenommen werden muss. Die bislang existierenden Vergleichsstudien stammen größtenteils aus den USA.

Die hier vorgestellte Untersuchung vergleicht zum ersten Mal in Europa in Form einer multizentrischen, offenen, randomisierten Äquivalenzstudie Methadon und LAAM miteinander.

### Methodik

Die ausgewählten Patienten durchliefen drei Phasen. In der einwöchigen Screening-Phase wurde sichergestellt, dass die volljährigen Patienten seit mindestens einem Monat relativ stabil mit Methadon substituiert waren, keine körperlichen und psychischen Erkrankungen aufwiesen sowie nicht schwanger waren. Außerdem durfte keine Abhängigkeit von anderen Substanzen vorliegen. Daran schloss sich eine vierwöchige Eingangs-Phase an, in der alle Patienten eine stabile Methadondosis erhielten. Hier wurden die Patienten nach dem Zufallsprinzip auf die beiden Studienarme verteilt, wobei die Patienten der Gruppe 1 ihre Methadondosis ab Beginn der randomisierten Behandlungs-Phase für weitere 24 Wochen verabreicht bekamen. Hier waren im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften auch Take-home-Verordnungen möglich. Die Gruppe 2 wurde zu diesem Zeitpunkt abrupt auf LAAM umgestellt und erhielt ihr Substitut an drei Tagen der Woche.

Die Patienten wurden mindestens einmal wöchentlich von einem Untersucher gesehen, mussten zweimal pro Woche Urinproben abgeben und an Atemalkoholkontrollen teilnehmen. Ferner wurden neben dem Addiction Severity Index (ASI) Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung der Entzugssymptomatik und der allgemeinen Lebensqualität, sowie Skalen zur ärztlichen Einschätzung des Krankheitsbilds, sowie regelmäßige Labor- und EKG-Kontrollen durchgeführt.

Das Primärkriterium bestand darin, die Wirksamkeit von LAAM gegenüber Methadon nachzuweisen, indem die Rate an opiatfreien Urinproben dividiert durch die Anzahl der Wochen der Studienteilnahme („free rate“) bestimmt wurde. Eine höhere „free rate“ bedeutet demnach ein besseres Ergebnis. Als weitere Zielkriterien wurden u.a. die Rückfallrate, die Zeitdauer bis zum Rückfall, die Haltequote oder auch der Beigebrauch festgelegt.

Statistisch wurde die Hypothese geprüft, dass die „free rate“ für die LAAM-Gruppe weniger als 10% geringer ist als für die Patienten der Methadon-Gruppe.

### Ergebnisse

106 Patienten wurden gescreent, von denen 93 an der Eingangsphase teilnahmen. 84 Langzeit-Opiatabhängige (53 Männer, 31 Frauen) konnten schließlich auf die beiden Behandlungsgruppen randomisiert werden.

- „Free Rate“: Diese betrug  $75 \pm 28\%$  für die Patienten der Methadongruppe und  $84 \pm 25\%$  für die mit LAAM Substituierten. Diese Differenz war nicht signifikant ( $p=0,118$ ), unterstreicht aber die Äquivalenz von LAAM verglichen mit Methadon.
- *Haltequote*: Während der Behandlungsphase betrug diese in der Methadongruppe 68%, in der LAAM-Gruppe 79%. Als häufigster Grund für einen Behandlungsabbruch wurde von den Methadonpatienten die unzureichende Wirksamkeit ( $n=5$ ), bei den mit LAAM Substituierten die Rücknahme der Einwilligungserklärung oder andere Gründe wie Inhaftierung oder positiver Schwangerschaftstest (jeweils  $n=3$ ) genannt.
- *Mittlere Behandlungsdauer*: Hier gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Behandlungsgruppen (135 Tage bei Methadon, 150 Tage bei LAAM).
- *Dosisanpassungen* wurden bei 63% der Methadon- und der 70% der LAAM-Patienten vorgenommen (mit einem Median von jeweils einer Anpassung).
- Der *Beigebrauch* von Nicht-Opiaten war in beiden Gruppen vergleichbar.

- *Fragebögen und Beurteilungsskalen:* Im ASI fanden sich – bis auf eine tendenzielle Verbesserung des „körperlichen Befindens“ in der LAAM-Gruppe – keine Unterschiede. Hinsichtlich der Entzugssymptomatik und des Heroineinbruchs waren die beiden Gruppen miteinander vergleichbar. Signifikante Unterschiede fanden sich beim SCL-90-R in der Subskala Aggressivität/Feindseligkeit, wobei die durchschnittlichen Scorewerte in der Methadongruppe zunahmen und unter LAAM-Behandlung rückläufig waren ( $p=0,025$ ). Ebenso konnte ein günstiger Einfluss von LAAM (rückläufige Scorewerte) verglichen mit Methadon (ansteigende Scorewerte) im Positive Symptom Distress Index nachgewiesen werden ( $p=0,047$ ).

Generell lässt sich sagen, dass die Sekundärkriterien zum Nachweis der Wirksamkeit von LAAM tendenziell stärker betont waren in der Untergruppe der Frauen und bei den Patienten, die in der Eingangs-Phase rückfallfrei bezüglich illegaler Opiate waren.

- *Unerwünschte Wirkungen:* Insgesamt ließen sich etwas mehr Nebenwirkungen bei LAAM beobachten. Am häufigsten wurde in der Eingangsphase substanzunabhängig über gesteigertes Schwitzen (24,4%) sowie über Schlafstörungen (20%) geklagt. In der Behandlungsphase wurden von 47 Patienten unerwünschte Wirkungen berichtet, die im Zusammenhang mit dem Substitut standen. Am häufigsten wurden in dieser Phase Entzugssymptome (Methadon:8; LAAM:13), die bereits oben aufgeführten Störungen sowie Schwindel erfasst. Die meisten Nebenwirkungen ereigneten sich innerhalb der ersten sechs Wochen nach Therapieumstellung. Im EKG zeigte sich ein leichter, aber signifikanter Anstieg der QT-Zeit nach wochenlanger LAAM-Behandlung verglichen mit den Ausgangswerten unter Methadonsubstitution. In keiner Gruppe kam es zu kardialen Komplikationen.

### **Diskussion**

Aus einem Cochrane-Review (2000) ging hervor, dass LAAM eine höhere Effektivität im Bezug auf die Reduktion des Heroingebrauchs aufwies als Methadon. Eine neuere Studie (2007) zeigte zudem, dass sowohl die Haltequote als auch die erzielte Reduktion bzw. Abstinenz von Opiaten bei LAAM verglichen mit Methadon höher ausfiel. Aufgrund lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen in Zusammenhang mit der beobachteten QT-Zeit-Verlängerung wurde LAAM in der EU vom Markt genommen und gilt auch in den USA nur mehr als Methode 2. Wahl. Dabei können auch Methadon, verschiedene Antidepressiva oder Neuroleptika das QT-Intervall verlängern und kann zu kardialen Störungen führen.

Mit der vorliegenden Studie konnte die Effektivität und Verträglichkeit von LAAM nachgewiesen werden. Bekannte Risikofaktoren wie z.B. kardiavaskuläre Vorschädigungen, extrem hohe LAAM-Dosen oder Wechselwirkungen mit Medikamenten, die das Cytochrom P450-System beeinflussen, müssen ausreichend berücksichtigt werden.

### **Bedeutung für die Praxis**

Mit engmaschigen EKG-Kontrollen und unter therapeutischem Monitoring wäre es für Opiatabhängige von Vorteil, wenn LAAM im Rahmen der Substitutionserhaltungstherapie eingesetzt werden könnte.

*Wolstein J, Gastpar M, Finkbeiner T, Heinrich C, Heitkamp R, Poehlke T, Scherbaum N (2009): A Randomized, Open-label Trial Comparing Methadone and Levo-Alpha-Acetylmethadol (LAAM) in Maintenance Treatment of Opioid Addiction. Pharmacopsychiatry 42: 1-8*

## Pathologischer Computergebrauch – ein Überblick

### Einleitung

Die ersten Berichte über exzessiven oder unangemessenen Computergebrauch gab es bereits in den 1970er Jahren. Doch erst seit den 1990er Jahren wird das Thema in der medizinischen und psychologischen Literatur aufgegriffen. Obwohl die Internetabhängigkeit immer mehr in den Fokus der Öffentlichkeit rückt, gibt es bis heute keine allgemein gültige Definition des Phänomens. Es besteht allerdings Einigkeit darüber, dass das Phänomen problematischen Computergebrauch beinhaltet, die Betroffenen darunter leiden und in wichtigen Lebensbereichen eingeschränkt sind.

### Definition und Klassifikation

Einige Forscher ordnen pathologischen Computergebrauch analog den stoffgebundenen Abhängigkeiten ein, andere unter die Zwangserkrankungen und wieder andere unter die Impulskontrollstörungen. Diese verschiedenen Ansätze spiegeln sich auch in den unterschiedlichen Namen wider: zwanghafter Computergebrauch, pathologischer Internetgebrauch, problematischer Internetgebrauch, Internetsucht oder Internetabhängigkeit. Es besteht auch keine Einigkeit darüber, ob der Fokus der Störung auf dem Computer- oder dem Internetgebrauch liegt.

Es gibt inzwischen mehrere Definitionen für pathologischen Computergebrauch. Young (1998) schlägt die diagnostischen Kriterien in Anlehnung an die Kriterien für pathologisches Glücksspiel vor. Dabei wird nur der nicht-essentielle Computer- bzw. Internetgebrauch, d.h. nicht im Rahmen von Ausbildung oder Beruf stattfindender Computer- bzw. Internetgebrauch, berücksichtigt. Der pathologische Computergebrauch umfasst dabei folgende fünf Subtypen:

1. Cybersexabhängigkeit (Cybersexual addiction): Bei Personen, die Online-Pornographie anschauen, herunterladen und handeln oder in Chat-Räumen für Rollenspiele für Erwachsene eingebunden sind.
2. Cyberbeziehungsabhängigkeit (Cyber-relational addiction): Die virtuellen Beziehungen werden wichtiger als die realen Beziehungen.
3. Internetzwang (Net compulsion) mit einer Vielzahl von möglichen Verhaltensweisen inklusive Online-Glücksspiel, Einkaufen oder Aktienhandel
4. Informationsüberflutung (Information overload): Es wird übermäßig viel Zeit dafür aufgewendet, Informationen zu sortieren, zu sammeln und zu organisieren.
5. Computerabhängigkeit (Computer addiction): Abhängigkeit von Computerspielen

Bei der Einordnung von pathologischem Computergebrauch in die Impulskontrollstörungen zeigen sich eine Reihe von Ähnlichkeiten mit anderen Impulskontrollstörungen, wie dem pathologischen Glücksspielen. Bis zu einer genauen Klärung der Einordnung kann der pathologische Computergebrauch in die nicht näher bezeichnete Störung der Impulskontrolle eingeordnet werden.

Einige Autoren, wie z.B. Griffiths (2000) und Huisman et al. (2001), stellen das Vorhandensein der Diagnose „Pathologischer Computergebrauch“ in Frage und kritisieren die bisherigen Versuche, diese aufgrund der momentanen methodisch schwachen Untersuchungen als Störung einzuordnen.

### Diagnostik

Für ein grobes Screening haben sich bislang folgende Fragen als hilfreich erwiesen:

- Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich übermäßig mit dem Computer oder dem Internet befassen?
- Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Computer- oder Internetnutzung exzessiv, unangemessen oder wenig kontrolliert ist?
- War der Drang, den Computer oder das Internet zu nutzen oder die Nutzung an sich, jemals so zeitungsfassend, dass Sie sich deshalb traurig oder schuldig fühlten oder es zu ernsthaften Problemen in Ihrem Leben geführt hat?

Es gibt u.a. folgende Beurteilungsinstrumente für pathologischen Computergebrauch:

- Internet Addictive Behavior Inventory (IRABI) von Brenner (1997): 32 Items mit guter interner Konsistenz
- Internet Addiction Test (IAT) von Young (1998): 20 Items, reliabler und valider Test
- Internet Behavior and Attitudes Scale von Morahan-Martin & Schumacher (2000): 25 Items

Bislang hat sich allerdings noch kein Test als „Gold Standard“ durchgesetzt.

### **Epidemiologie**

Es gibt bereits eine Reihe von Studien, in denen die Prävalenzraten von pathologischem Computergebrauch geschätzt werden. Allerdings konzentrieren sich die meisten Studien auf die jüngere Bevölkerung. Die dabei ermittelten Prävalenzraten bewegen sich zwischen 0,9% (Studenten) und 38% (Altersgruppe der 16-24jährigen). In den USA gibt es eine Telefonbefragung der Allgemeinbevölkerung (Altersgruppe über 18 Jahre), in der Prävalenzraten von 0,3% bis 0,7% ermittelt wurden.

Insgesamt sind es unter den Betroffenen mehr Männer als Frauen zu finden; der Beginn der Erkrankung scheint in den späten 20ern oder den frühen 30ern zu liegen. Zwischen dem Beginn der Computernutzung und dem Beginn des problematischen Gebrauchs liegen etwa elf Jahre.

### **Komorbidität psychischer Störungen**

Es gibt bislang zwei klinische Studien, in denen die Komorbidität bei pathologischem Computergebrauch untersucht wurde. Dabei wurden hauptsächlich affektive Störungen, Angststörungen und Impulskontrollstörungen gefunden.

In Korea fanden Yoo et al. (2004) bei Schulkindern einen Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des IAT und den Ergebnissen eines Tests zum Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom. Sie gehen von einer Beziehung zwischen diesen beiden Erkrankungen aus.

### **Ätiologie**

Bislang sind die Ursachen für Internetabhängigkeit unbekannt. Es gibt allerdings verschiedene Theorien über die Entstehung der Erkrankung.

- **Kognitiv-behaviorale Theorie**

Davis (2001) schlägt ein kognitiv-behaviorales Modell zur Erklärung der Internetabhängigkeit vor. Dabei sind fehlangepasste Kognitionen, wie Selbstzweifel, selbstbezogenes Gedankenkreisen, niedrige Selbstwirksamkeit und negative Selbstzuschreibungen, entscheidend für die Entwicklung der Internetabhängigkeit. Aus dem übermäßigen Internetgebrauch ergeben sich negative Konsequenzen, bspw. in der Schule/Arbeit oder im sozialen Umfeld, die wiederum zu einer Verringerung des Selbstwerts und einem zunehmenden sozialen Rückzug und dadurch zu einem vermehrten Internetgebrauch führen.

- **Defizite bei den Sozialkompetenzen**

Caplan (1998) geht in seiner Theorie davon aus, dass Defizite bei den Sozialkompetenzen bestehen. Seine erste Annahme ist, dass einsame und depressive Menschen ein negatives Bild von ihren Sozialkompetenzen haben. Seine zweite Annahme ist, dass es bestimmte Aspekte computermediierter Kommunikation gibt, die für diese Personen besonders anziehend sind, bspw. eine größere Flexibilität in der Selbstpräsentation oder die Möglichkeit, bestimmte Informationen auszulassen bzw. zu bearbeiten. Damit bietet das Internet die Möglichkeit, Einfluss auf den Eindruck, den man bei anderen hinterlässt, zu nehmen. Eine Präferenz der computermedierten Kommunikation kann seine Ursache in der Annahme haben, dass diese Form der Kommunikation leichter, weniger risikoreich und spannender ist.

### **Behandlung**

Derzeit gibt es noch keine empirischen Daten zur Behandlung von Internetabhängigkeit, sondern lediglich erste klinische Erfahrungen.

Bislang wurde häufig die kognitiv-behaviorale Therapie angewandt. Young (2007) hat kürzlich ein Handbuch herausgegeben, in dem als Ursachen für eine übermäßige Nutzung (binge behavior) emotionale Zustände, fehlangepasste Kognitionen und kritische Lebensereignisse genannt werden. Zur Förderung der Abstinenz schlägt sie u.a. folgende Methoden vor: die Nutzung eines externen Stoppsignals, z.B. Wecker, die Festlegung der zu erledigenden Aufgaben im Vorfeld sowie den Aufbau alternativer Freizeitaktivitäten.

### **Schlussfolgerungen**

Obwohl das Verständnis für die Erkrankung zunimmt, gibt es bislang noch keine Einigung auf eine Definition. Dies erschwert Studien zur Prävalenz. Auch bezüglich der Screening-Instrumente bestehen noch Unklarheiten, da die Reliabilität und Validität der Instrumente bislang nicht zufriedenstellend überprüft wurde. Es gibt zudem noch keine Behandlungsstudien und es ist bislang unklar, welchen Patienten mit einer kognitiv-behavioralen Therapie geholfen werden kann oder ob bzw. wann eine Pharmakotherapie notwendig ist.

*Quelle: Shaw M, Black D W (2008). Internet Addiction. Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management. CHS Drugs 22 (5): 353-365.*



## Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit

### Einleitung

Nachfolgend wird ein Überblick über den Stand der Forschung der letzten zehn Jahre zum Thema Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit gegeben. Nach Dawson et al. (2005) versteht man darunter:

1. Die Person hat im Laufe ihres Lebens die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllt.
2. In den letzten 12 Monaten lag keine Alkoholabhängigkeit mehr vor.
3. Im Lebensverlauf wurden keine suchtspezifischen Hilfen in Anspruch genommen.

Dabei nutzen nicht alle Studien dieselben Definitionskriterien, insbesondere ältere Arbeiten legen alkoholbezogene Probleme oder bestimmte Trinkmengen zu Grunde. Auch die Definition für suchtspezifische Hilfen ist uneinheitlich. In der strengen Definition werden darunter therapeutische Maßnahmen, Beratung oder Teilnahme an Selbsthilfegruppen (mindestens dreimalig) gefasst, wobei diese Grenze nicht empirisch abgesichert ist.

### Methode

Über eine Recherche in Pubmed sowie mit Hilfe von zwei Übersichtsarbeiten und zwei Buchpublikationen wurden primär veröffentlichte Publikationen zur Remission ohne formelle Hilfe recherchiert. Einbezogen wurden dabei sowohl qualitative wie auch quantitative Arbeiten ebenso wie Daten aus Studien mit medienrekrutierten Teilnehmern wie auch aus repräsentativen Bevölkerungsstudien. Gegebenenfalls wurde die Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Befunde berücksichtigt.

### Häufigkeit der Remission ohne formelle Hilfe

Es gibt einige epidemiologische Studien, die Hinweise auf einen hohen Anteil an unbehandelten Remissionen an allen Remissionen aufzeigen (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Anteil Unbehandelter von remittierten Alkoholabhängigen**

Land	Stichprobe	Kriterium	Anteil unbehandelter Remissionen an allen Remissionen (%)	Quelle
Kanada	2 Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung (n=11.634/1.034)	Anzahl alkoholbezogener Probleme	77,5/77,7	Sobell et al., 1996
USA	Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (n=43.039)	DSM-IV	72,4	Dawson, personal communication
Deutschland	Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (n=4.075)	DSM-IV	66,3	Rumpf et al., 2000

In der Allgemeinbevölkerung werden die Chancen für eine Remission ohne formelle Hilfe als gering angesehen. Nach einer Schweizer Bevölkerungsstudie wird diese Wahrscheinlichkeit mit 24,5 auf einer Skala von 1 bis 100 angesehen. Aufgrund der Datenlage lässt sich aber sagen, dass etwa zwei Drittel bis drei Viertel der Alkoholabhängigen ohne formelle Hilfe remittieren.

### Stabilität der unbehandelten Remission

Hierzu liegen widersprüchliche Daten vor. In den USA wurden in einer prospektiven Studie Daten gefunden, die eher auf eine geringe Stabilität hinzuweisen scheinen. Dabei wurden allerdings nur Personen berücksichtigt, die von sich aus Kontakt zu einer Suchthilfeeinrichtung aufgenommen hatten.

Daten aus der TACOS-Studie kommen dagegen zu deutlich höheren Raten stabiler Remission. Von der Gesamtstichprobe waren hier nach zwei Jahren 92,3% weiterhin stabil remittiert, jeweils 1,5% erfüllten die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erneut oder wurden aufgrund der Angaben von Angehörigen als wahrscheinlich abhängig eingestuft. Weitere 4,6% hatten im Katamnesezeitraum formelle Hilfe in Anspruch genommen. Allerdings waren die Studienteilnehmer im Schnitt zum Befragungszeitpunkt bereits seit 6,9 Jahren remittiert. Dies kann zur Stabilität der Raten beigetragen haben.

Aus der Datenlage kann der Schluss gezogen werden, dass es sich bei einer unbehandelten Remission nicht um ein vorübergehendes Phänomen handelt.

### **Prädiktive Faktoren für Remissionen ohne formelle Hilfe**

- *Schwere der Alkoholabhängigkeit:* Geringere Probleme sind eher günstig für die Remission ohne formelle Hilfe. In repräsentativen Stichproben berichten dagegen ohne Hilfe Remittierte im Vergleich mit noch Abhängigen von stärker ausgeprägter Schwere der Symptome, wobei hier möglicherweise Erinnerungs- oder Attributionsfehler eine Rolle spielen können. Selbst bei den am schwersten Betroffenen liegt die Rate der unbehandelten Remission über 50%.
- *Soziale Ressourcen:* Bezüglich günstiger Voraussetzungen hinsichtlich sozialer Ressourcen (z.B. Berufstätigkeit, Bildung) liegen z.T. widersprüchliche Ergebnisse vor. Aus einer repräsentativen Bevölkerungsstudie geht hervor, dass die unbehandelt Remittierten häufiger in stabilen Partnerschaften leben und eine höhere Zufriedenheit aus dem Lebensbereich Arbeit angaben als weiterhin Abhängige. Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen den sozialen Ressourcen und Remission ohne formelle Hilfe jedoch weniger klar im Vergleich zu mit formeller Hilfe Remittierten.
- *Verhaltensökonomische Analysen:* Zusammenfassend lässt sich sagen, dass je mehr zuvor für Alkohol ausgegebenes Geld gespart wurde, umso wahrscheinlicher eine stabile Remission war.
- *Komorbidität:* Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung hat keine negativen Auswirkungen auf die Remission ohne formelle Hilfe. Offen bleibt, ob dies auch für die Schwere der Erkrankung oder spezifische Störungen gilt.

### **Auslöser der Remission**

- *Gründe für die Remission:* Als häufigste Gründe für eine unbehandelte Remission werden Gesundheitsprobleme, finanzielle Gründe, veränderte Sicht auf den Substanzkonsum, wichtige Bezugspersonen, familiäre, arbeitsbezogene, religiöse oder rechtliche Gründe, Veränderungen in Lebensweise oder Lebensbedingungen, Angst vor Konsequenzen sowie die Wahrnehmung negativer Effekte auf andere genannt.
- *Kognitiver Bewertungsprozess:* Andere Befragte berichten von einem kognitiven Bewertungsprozess, der der unbehandelten Remission voraus ging. Dabei gewinnen die negativen Konsequenzen an Bedeutung und werden den angenehmen Seiten des Konsums gegenüber gestellt.

### **Aufrechterhaltende Bedingungen**

In qualitativen Studien wurden als aufrechterhaltende Bedingungen positive Veränderungen in den Lebensbedingungen bzw. positive Lebensereignisse als Folge des aufgegebenen oder reduzierten Alkoholkonsums genannt. In den methodischen Übersichtsarbeiten wurden am häufigsten folgende Faktoren genannt: soziale Unterstützung/Änderung in der sozialen Bezugsgruppe, wichtige Bezugspersonen/Familie, Entwicklung von nicht-substanzbezogenen Interessen, Vermeidung von Situationen, die mit dem Substanzkonsum im Zusammenhang stehen, auf die Arbeit bezogene Aspekte, Änderungen des Lebensstils, Religion, Selbstkontrolle/Willensstärke, Änderungen in den Lebensbedingungen, positive persönliche Attribute, Gesundheit sowie finanzielle Aspekte.

### **Fazit und Ausblick**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Remission ohne formelle Hilfe die häufigste Form der Bewältigung einer Alkoholabhängigkeit darstellt und zu einer stabilen Remission führt. Allerdings erhöht die Inanspruchnahme formeller Hilfen die Wahrscheinlichkeit für eine Remission, insbesondere für abstinente Remission. Die bisherigen Befunde sprechen für eine Reihe von Ähnlichkeiten zwischen Remission mit und ohne formelle Hilfen, die künftig noch näher analysiert werden müssen. Die auslösenden und erhaltenden Faktoren sind bislang noch nicht ausreichend erforscht. Kurzinterventionen scheinen insbesondere bei Personen mit gesundheitsschädlichem Konsum hilfreich zu sein.

### **Bedeutung für die Praxis**

- Remissionsprozesse sollten durch weit verbreiteten Einsatz von Kurzinterventionen in Gang gebracht werden.
- Kognitive Bewertungsprozesse können genutzt und sollten angeregt werden, um Remissionsprozesse zu fördern.
- Die Einstellungen und das Wissen zu unbehandelter Remission bei Alkoholabhängigkeit sollte in der Bevölkerung verbessert werden, um dadurch günstigere Voraussetzungen für Remissionsprozesse zu schaffen.

*Rumpf H-J, Bischof G, Hapke U, Meyer C & John U (2009). Remission ohne formelle Hilfe bei Alkoholabhängigkeit: Der Stand der Forschung. Sucht 55 (2): 75-85.*