



Lausanne, 17. Januar 2022

Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiele, Sexualverhalten, Kaufverhalten, soziale Medien und Internet: Suchtverhalten ohne Substanz?

Auslegeordnung zu
wissenschaftlichen Evidenzen,
Terminologie, Messskalen und
Prävalenzen

Luca Notari, Christophe Al Kurdi, Marina Delgrande Jordan, Nivitha Sivanesan

Dieses Forschungsprojekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert (Vertrag Nr. 142003936 / 321-445/3).

Übersetzung der Originalversion in französischer Sprache.

Danksagung

Wir möchten dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) dafür danken, dass es uns dieses Mandat anvertraut hat. Insbesondere danken wir Wally Achtermann, Angelina Vangopoulou und Sebastian Mader für die kritischen und konstruktiven Kommentare bei der Erstellung dieses Forschungsberichts. Ebenfalls möchten wir Eva Schneider von Sucht Schweiz für ihre Mitwirkung bei der Literaturrecherche zum Thema Sexualverhalten danken.

Unser Dank gilt auch allen Expertinnen und Experten, die wir für die Studie herangezogen haben: Sophia Achab; Joël Billieux; Oliver Bilke-Hentsch; Marcello Cartolano; Natacha Cattin; Franz Eidenbenz; Annette Fahr; Severin Haug; Yasser Khazaal; Shane W. Kraus; Suzanne Lischer; Renanto Poespodihardjo; Jean-Félix Savary; Michael Schaub; Olivier Simon; Cédric Stortz; Joël Tremblay; Niels Weber.

Impressum

Weitere Informationen:	Luca Notari, Tel. ++41 (0)21 321 29 55 lnotari@addictionsuisse.ch
Realisation:	Luca Notari, Christophe Al Kurdi, Marina Delgrande Jordan, Nivitha Sivanesan
Vertrieb:	Sucht Schweiz, 1003 Lausanne
Bestellnummer:	Forschungsbericht Nr. 136b
Grafik/Layout:	Sucht Schweiz
Copyright:	Sucht Schweiz & GREA, Lausanne 2022
ISBN:	978-2-88183-280-2
Empfohlene Zitierung:	Notari L., Al Kurdi, C., Delgrande Jordan, M., Sivanesan, N. (2022). Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiele, Sexualverhalten, Kaufverhalten, soziale Medien und Internet: Suchtverhalten ohne Substanz? Auslegeordnung zu wissenschaftlichen Evidenzen, Terminologie, Messskalen und Prävalenzen. Forschungsbericht. Lausanne: Sucht Schweiz & GREA.

Inhaltsverzeichnis

Ausführliche Zusammenfassung	6
1 Einleitung	9
1.1 Verankerung und Ziele des Projekts	9
1.2 Aufbau des Berichts	9
2 Einleitende Überlegungen und Methode	11
2.1 Einleitende Überlegungen	11
2.1.1 <i>Geschichtlicher Rückblick</i>	11
2.1.2 <i>Status in den offiziellen Klassifikationen der Krankheiten</i>	11
2.1.3 <i>Bedeutung der offiziellen Klassifikationen der Krankheiten für die vorliegende Studie und Auswirkungen auf die Auswahl der Messinstrumente</i>	14
2.1.4 <i>Risiken der Bezeichnung von Süchten nach Ähnlichkeit (nicht aufgrund eines internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Konsenses)</i>	15
2.2 Methode	17
2.2.1 <i>Erster Schritt: Suche nach Instrumenten im Hinblick auf die Arbeit mit den Expert/innen</i>	17
2.2.2 <i>Zweiter Schritt: Konsultation der Expert/innen und abschliessender Workshop</i>	18
3 Die sechs Verhaltensbereiche: Beschreibung, Terminologie und Messinstrumente	19
3.1 Glücks- und Geldspielnutzung	19
3.1.1 <i>Einleitung</i>	19
3.1.2 <i>Klassifikation</i>	19
3.1.3 <i>Definition und Terminologie</i>	20
3.1.4 <i>Instrumente</i>	21
3.2 Videospiele	25
3.2.1 <i>Einleitung</i>	25
3.2.2 <i>Klassifikation</i>	25
3.2.3 <i>Definition und Terminologie</i>	26
3.2.4 <i>Instrumente</i>	27
3.3 Sexualverhalten	31
3.3.1 <i>Einleitung</i>	31
3.3.2 <i>Klassifikation</i>	31
3.3.3 <i>Im abschliessenden Workshop beschlossene Neuorientierung – problematische Pornografienutzung</i>	32

3.4	Kaufverhalten.....	34
3.4.1	<i>Einleitung</i>	34
3.4.2	<i>Merkmale dieses Verhaltens</i>	34
3.4.3	<i>Klassifikation: Störung, Symptom oder einfach Exzess?</i>	34
3.4.4	<i>Definition und Terminologie</i>	35
3.4.5	<i>Instrumente</i>	36
3.5	Soziale Netzwerke (Unterkategorie der sozialen Medien).....	39
3.5.1	<i>Einleitung</i>	39
3.5.2	<i>Klassifikation</i>	39
3.5.3	<i>Definition und Terminologie</i>	40
3.5.4	<i>Instrumente</i>	41
3.6	Internet	45
3.6.1	<i>Einleitung</i>	45
3.6.2	<i>Klassifikation</i>	45
3.6.3	<i>Definition und Terminologie</i>	45
3.6.4	<i>Instrument</i>	46
4	Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Ausblick.....	48
4.1	Schlussfolgerungen	48
4.1.1	<i>Heutiger Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den sechs im vorliegenden Bericht behandelten Verhaltensweisen</i>	48
4.1.2	<i>Unterschiedliche Bedürfnisse vereinbaren</i>	48
4.1.3	<i>Unmissverständliche Terminologie.....</i>	50
4.2	Empfehlungen: Prioritäten gemäss epidemiologischer Forschung und einzusetzendes Instrument.....	54
4.3	Perspektiven – die digitale Welt als Herausforderung für die öffentliche Gesundheit: eine neue Forschungsperspektive	55
5	Referenzen	57
5.1	Kapitel 1–2	57
5.2	Glücks- und Geldspielnutzung	58
5.3	Videospiel	59
5.4	Sexualverhalten	61
5.5	Kaufverhalten.....	63
5.6	Soziale Medien.....	66
5.7	Internet.....	67

6	ANHÄNGE	69
6.1	Annexe 1 : résultat du travail du Groupe de travail ‘terminologie’ (GTT)	69
6.1.1	<i>Principes établis par le « Groupe de Travail Terminologie » (GTT) pour l’élaboration de la terminologie</i>	<i>69</i>
	<i>Exemples de terminologie en application des principes 1-4</i>	<i>69</i>
6.1.2	<i>Principes établis par le GTT pour l’élaboration des définitions.....</i>	<i>70</i>
6.1.3	<i>Proposition (provisoire) de définition d’une addiction reconnue par la CIM et/ou le DSM :.....</i>	<i>71</i>
6.1.4	<i>Remarques du groupe de travail</i>	<i>71</i>
6.2	Annexe 2 : résultats de la consultation du groupe d’experts instruments.....	72
6.2.1	<i>Instruments proposés et questions.....</i>	<i>72</i>
6.2.2	<i>Retour des experts</i>	<i>73</i>
6.3	Annexe 3 : les instruments de mesure retenus	78
6.3.1	<i>Jeux de hasard et d’argent</i>	<i>78</i>
6.3.2	<i>Jeux vidéo.....</i>	<i>79</i>
6.3.3	<i>Pornographie</i>	<i>80</i>
6.3.4	<i>Achats</i>	<i>81</i>
6.3.5	<i>Réseaux sociaux.....</i>	<i>82</i>
6.3.6	<i>Internet.....</i>	<i>83</i>
6.4	Annexe 4 : les autres instruments de mesure présentés	84
6.4.1	<i>Jeux de hasard et d’argent</i>	<i>84</i>
6.4.2	<i>Jeux vidéo.....</i>	<i>86</i>
6.4.3	<i>Pornographie</i>	<i>87</i>
6.4.4	<i>Achats</i>	<i>88</i>
6.4.5	<i>Réseaux sociaux.....</i>	<i>90</i>
6.5	Annexe 5 : Résultats sur la recherche d’instruments pour mesurer le trouble du comportement sexuel compulsif	91
6.5.1	<i>Terminologie</i>	<i>91</i>
6.5.2	<i>Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique).....</i>	<i>92</i>
6.5.3	<i>Instruments de mesure existants.....</i>	<i>92</i>
6.5.4	<i>Prévalences dans le monde et en Suisse.....</i>	<i>93</i>
6.5.5	<i>Sélection d’instruments de mesure pour les consultations d’expert·e·s et le workshop final.....</i>	<i>93</i>
6.5.6	<i>Les autres instruments présentés.....</i>	<i>96</i>
6.6	Annexe 6 : experts ayant participé au projet.....	98
6.6.1	<i>Experts scientifiques.....</i>	<i>98</i>
6.6.2	<i>Composition du groupe de travail terminologie (GTT).....</i>	<i>98</i>
6.6.3	<i>Participants au workshop du 25 juin.....</i>	<i>99</i>

Ausführliche Zusammenfassung

Ziele

Substanzungebundene suchtartige Verhaltensweisen haben in letzter Zeit im Bereich der öffentlichen Gesundheit deutlich an Bedeutung gewonnen. Aus diesem Grund benötigt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen möglichst klaren Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Kenntnisse zu diesem Thema und die epidemiologischen Entwicklungen in der Schweiz. Ziel ist, eine konsolidierte Terminologie zu entwickeln und geeignete Messinstrumente zu identifizieren. Die vorliegende Studie behandelt dabei die folgenden sechs Verhaltensbereiche: Glücks- und Geldspiel, Videospiele, Sexualverhalten, Kaufverhalten, soziale Medien und Internet.

Einführung

Bisher ist in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11) eine suchtartige Störung lediglich im Zusammenhang mit zwei Verhaltensweisen anerkannt. Dabei handelt es sich um das Glücks- und Geldspiel und um Videospiele (Gambling und Gaming). Darüber hinaus erkennt die internationale Wissenschaftsgemeinschaft aktuell zwei weitere Verhaltensweisen (Sexualverhalten und Kaufverhalten) als Störung der Impulskontrolle an. Diese kommt der suchtartigen Störung nahe, muss jedoch davon unterschieden werden. Was die anderen Verhaltensbereiche (soziale Medien / Internet) betrifft, so wird ihre Klassifikation als suchtartige Störung zwar untersucht, jedoch ist ihre Anerkennung aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Evidenz sehr unsicher.

Methode

In der ersten Projektphase wurde für jeden der sechs Verhaltensbereiche eine wissenschaftliche Literaturrecherche durchgeführt, um die verfügbaren Messinstrumente zu identifizieren. Danach wurde für jeden der Verhaltensbereiche eine Vorauswahl der besten Instrumente vorgeschlagen. Im Austausch mit Expertinnen und Experten wurden die relevantesten Messinstrumente ausgewählt. In der nächsten Phase hat eine Arbeitsgruppe, bestehend aus den wichtigsten Fachorganisationen des Bereichs (SSAM, FVS, GREA und Ticino Addiction) sowie einer Organisation von Userinnen und Usern (Gaming Federation), eine zu verwendende Definition und Terminologie für jeden Verhaltensbereich entwickelt. Im Rahmen eines abschliessenden Workshops wurden die Resultate dieser beiden Phasen validiert.

Elemente, die im Rahmen des abschliessenden Workshops durch die Expertinnen und Experten validiert wurden

1) Glücks- und Geldspiel

Terminologie: (suchtartige) Glücks- und Geldspielnutzungsstörung

Definition: Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Glücks- und Geldspielen, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.

Ausgewähltes Instrument: PGSI (Problem Gambling Severity Index) (Ferris & Wynne, 2001)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können¹: suchtartige Verhaltensweise ohne Substanzkonsum, Verhaltenssucht, Sucht

2) Videospiele

Terminologie: (suchtartige) Videospieldnutzungsstörung

Definition: Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Videospiele, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.

¹Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts dar.

Ausgewähltes Instrument: IGDT-10 (Internet Gaming Disorder Test-10 items) (Király et al., 2017)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können²: suchtartige Verhaltensweise ohne Substanzkonsum, Verhaltenssucht, Sucht

Der Meinung der Autorinnen und Autoren dieses Berichts nach ist der Einsatz der Begriffe «substanzungebundene suchtartige Verhaltensweise», «Verhaltenssucht» oder einfach «Sucht» nur dann akzeptabel, wenn es sich um Glücks- und Geldspiele oder Videospiele (und nur um diese beiden) handelt. Für die anderen vier Verhaltensweisen müssen andere Begriffe verwendet werden.

3) Sexualverhalten

Während des abschliessenden Workshops wurde entschieden, den Fokus auf die **problematische Pornografienutzung** anstatt die *compulsive sexual behaviour disorder* (CIM-11) zu legen.

Terminologie: Problematische Pornografienutzung

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die – für bestimmte Personen – durch die Nutzung von Pornografie entstehen

Ausgewähltes Instrument³: -

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können⁴: Problematisches Verhalten

4) Kaufverhalten

Terminologie: Zwanghafte Kauf-/Shoppingstörung

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die – für bestimmte Personen – durch ihr Kaufverhalten verursacht werden.

Ausgewähltes Instrument: PBS (Pathological Buying Screener) (Müller et al., 2015; Müller, Trotzke, Laskowski, et al., 2020)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können⁵: zwanghaftes Verhalten

5) Soziale Medien

Terminologie: Problematische Nutzung sozialer Medien

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die – für bestimmte Personen – durch die Nutzung sozialer Medien bzw. sozialer Netzwerke entstehen.

Ausgewähltes Instrument: SMDS (Social Media Disorder Scale) (van den Eijnden et al. 2016)

Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können⁶: problematisches Verhalten

² Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts dar.

³ Infolge der Hinweise der Expertinnen und Experten, die am abschliessenden Workshop teilgenommen haben, schlugen die Autorinnen und Autoren dieses Berichts vor, das folgende Messinstrument auszuwählen: PPUS (Problematic Pornography Use Scale) (Kor et al., 2014)

⁴ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts dar.

⁵ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts dar.

⁶ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts dar.

6) Internet

Der Meinung der Expertinnen und Experten nach stellt das Internet ein «Medium» dar, das Verhaltensweisen, die dafür anfällig sind, problematisch zu werden, erleichtern kann. Trotzdem kann es interessant sein, weiterhin die problematische Internetnutzung im Rahmen von epidemiologischen Studien zu untersuchen.

Terminologie: Problematische Internetnutzung

Definition: Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, denen gemeinsam ist, dass sie im Internet oder über eine verbindende App stattfinden.

Ausgewähltes Instrument: CIUS-14 oder CIUS-8 (Compulsive Internet Use Scale) (Meerkerk et al., 2009; Gmel et al., 2019)

*Begriffe, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung verwendet werden können*⁷: problematisches Verhalten

Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Perspektiven für die Zukunft

Die Identifizierung der Verhaltensweisen, die als substanzungebundene suchartige Verhaltensweisen betrachtet werden können, ist zentral, wenn man in der Lage sein möchte, adäquat und effizient auf die Bedürfnisse der in diesem Fachbereich arbeitenden Menschen und der öffentlichen Gesundheit einzugehen. Dazu muss eine gewisse Anzahl an Bedingungen erfüllt sein: a) der Wissenschaft muss Zeit gelassen werden, die notwendigen Beweise zu erbringen, um auf die neuen Fragen, die ihr gestellt werden, antworten zu können; b) die Wissenschaft muss sich selbst Zeit geben und sich von der Bestätigungslogik lösen, der sie in den letzten Jahren überwiegend gefolgt ist; c) es ist notwendig, zwischen Umgangssprache und Fachsprache zu unterscheiden und somit zwischen problematischem Verhalten und suchartigen Verhaltensweisen unterscheiden zu können; d) die öffentliche Gesundheit braucht Zugang zu Studien und vertrauenswürdigen Daten zu suchartigen Verhaltensweisen und problematischem Verhalten, um Bedürfnisse erkennen und Handlungen priorisieren zu können.

Die grosse Verwirrung, die aktuell mit dem Begriff «Verhaltenssucht» einhergeht, zeigt die Notwendigkeit, eine andere Terminologie für Verhaltensweisen anzunehmen, die durch die internationale medizinische Wissenschaftsgemeinschaft als «substanzungebundene suchartige Verhaltensweisen» anerkannt wird. Folglich können nur Glücks- und Geldspiel und Videospiele als solche bezeichnet werden.

Obwohl eine Sucht nach digitalen Medien in der Wissenschaft nicht anerkannt ist, stellt sie heute eine grosse Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dar. Eine suchartige Störung im Zusammenhang mit Glücks- und Geldspielen beziehungsweise im Zusammenhang mit Videospiele entwickelt sich einfacher im Internet. Das Internet kann ebenfalls stark zum zwanghaften Sexualverhalten oder zum zwanghaften Kaufverhalten beitragen. Deshalb ist es nötig, neue Forschungsperspektiven einzunehmen, um adäquat auf die beobachteten Probleme im Zusammenhang mit den digitalen Medien reagieren zu können.

⁷ Diese Begriffe wurden nicht durch die konsultierten Expertinnen und Experten definiert, sondern stellen einen Vorschlag der Autorinnen und Autoren des vorliegenden Berichts dar.

1 Einleitung

1.1 Verankerung und Ziele des Projekts

Substanzungebundene suchtartige Verhaltensweisen haben in letzter Zeit in der öffentlichen Gesundheit zunehmend an Bedeutung gewonnen. Vor diesem Hintergrund benötigt das BAG einen möglichst klaren Überblick über den aktuellen Wissensstand zu diesem Thema und die langfristigen epidemiologischen Entwicklungen in der Schweiz. Das BAG muss deshalb über Messinstrumente und eine Terminologie verfügen, deren Auswahl beziehungsweise Erarbeitung von Expertinnen und Experten validiert wurde. Die Ergebnisse dieser Arbeiten sollen im Rahmen wiederholter Bevölkerungsstudien verwendet werden und schliesslich in das Monitoringsystem Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM) einfließen (Bundesamt für Gesundheit (BAG), 2021).

Das Mandat befasst sich mit folgenden **sechs Verhaltensbereichen**: Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiele, Sexualverhalten, Kaufverhalten, soziale Medien und Internet. Genauer geht es bei jedem der genannten Bereiche darum, a) seinen Status in den offiziellen Klassifikationen der Krankheiten aufzuzeigen, b) die geeigneten Messinstrumente zur Einschätzung der damit verbundenen Probleme zu identifizieren (*Items*, Antwortkategorien und Analyseschwellenwerte), c) eine vereinheitlichte viersprachige Terminologie (DE, FR, IT, EN) zu erarbeiten, d) die Prävalenzen (wenn möglich für die Schweiz und soweit publiziert) zu erfassen, e) jegliche Lücke in den entsprechenden wissenschaftlichen Forschungsarbeiten zu ermitteln und f) das Ganze einer Validierung durch Expertinnen und Experten zu unterziehen. Eine Empfehlung zu den Messinstrumenten (eines pro Bereich) und zur künftig zu verwendenden Terminologie ist als Endergebnis dieses Prozesses abzugeben.

1.2 Aufbau des Berichts

Kapitel 2 bietet einen geschichtlichen Rückblick auf die älteren und neueren Entwicklungen im Bereich der Verhaltenssuchte und führt die Grundlagen ein, die für das Verständnis des folgenden Kapitels notwendig sind. Die zur Erreichung der Mandatsziele angewandte Methodik wird in diesem Kapitel erläutert.

In Kapitel 3 wird auf die Ergebnisse des Prozesses zur Identifizierung und Auswahl der Messinstrumente, die terminologische Arbeit und die Validierung durch die Expertengruppe eingegangen. In diesem Kapitel wird das Ergebnis der beiden Hauptetappen des Projekts dargestellt: a) gezielte Recherche in der wissenschaftlichen Literatur zur Identifizierung und Erfassung der bestehenden Messinstrumente (*Screeningtools*), der vorliegenden Prävalenzen und der verwendeten Terminologie und b) Konsultationen mit Expertinnen und Experten sowie abschliessender Workshop mit dem Ziel, einen Konsens über die Wahl einer Messskala für jeden der sechs **Verhaltensbereiche** sowie die zu verwendende viersprachige Terminologie zu finden.

Im letzten Kapitel werden Empfehlungen zu künftigen Forschungsarbeiten, zu den Messinstrumenten, die bei wiederholten Bevölkerungsumfragen bevorzugt werden sollten, und zur Verwendung der Terminologie an das BAG abgegeben.

Kasten 1 - In diesem Bericht verwendete Terminologie

In der gängigen Umgangssprache werden die Begriffe «Sucht» und «Verhaltenssucht» sehr weit gefasst verwendet, das heisst, sie bezeichnen sowohl eine anerkannte suchtartige Störung als auch ein Verhalten, das einer suchtartigen Störung ähnlich, aber nicht als solche anerkannt ist, oder auch bestimmte Störungen, die in eine andere diagnostische Kategorie fallen (z. B. zwanghafte Störungen).

In der gängigen Fachsprache werden die Begriffe «Sucht», «Verhaltenssucht» oder «substanzungebundenes Suchtverhalten» häufig verwendet, um eine suchtartige Störung zu bezeichnen, die von der internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Gemeinschaft anerkannt und daher in die ICD-11 und das DSM-5 aufgenommen wurde. Diese Begriffe werden hingegen nicht verwendet, um andere Störungen oder Verhaltensweisen zu bezeichnen.

Die Verfasserinnen und Verfasser dieses Berichts haben sich dafür entschieden, den Begriff «substanzungebundenes suchtartiges Verhalten» zu verwenden, um die kleine Gruppe von (substanzungebundenen) suchtartigen Störungen zu bezeichnen, die von der internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Gemeinschaft durch ihre Aufnahme in die ICD-11 und das DSM-5 anerkannt wurden. Für Verhaltensweisen, die nicht als (substanzungebundene) suchtartige Störungen anerkannt sind, wurde hingegen eine andere Terminologie verwendet.

2 Einleitende Überlegungen und Methode

2.1 Einleitende Überlegungen

2.1.1 Geschichtlicher Rückblick

Ursprünglich umschrieb der aus dem 17. Jahrhundert stammende französische Begriff «addiction» die Ergebenheit oder Hingabe einer Person gegenüber einem Herrn. Im 18. Jahrhundert begann der Begriff «addiction», sich auf die Abhängigkeit einer Person von einer Substanz und das Bedürfnis oder den Zwang, immer weiter davon zu konsumieren, zu beziehen (Shaffer und Shaffer, 2016). Der deutsche Begriff «Sucht» leitet sich vom alt- und mittelhochdeutschen «Suht» und vom Verb «siechen» (krank sein) ab. Früher wurden alle Krankheiten sowie negativ bewertete Verhaltensweisen als Sucht bezeichnet (heute noch gebräuchlich: Gelbsucht, Streitsucht, Rachsucht usw.). Eine erste Definition des Begriffs Sucht² im Sinne von «Sucht nach psychoaktiven Substanzen» wurde jedoch erst 1990 von Aviel Goodman formuliert.

Im Jahr 2001 beschrieb Holden aufgrund der ersten Ergebnisse von Studien, die sich auf bildgebende Verfahren im Gehirn stützten, den Wandel, der sich damals in der wissenschaftlichen Welt vollzog: von einer Störung, bei der eine psychoaktive Substanz gebraucht wird, zu einer Störung, bei der eine psychoaktive Erfahrung gebraucht wird (Holden, 2001).

Als 2013 das DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, 2013) erschien, wurde die «Geldspielstörung» (*gambling disorder*) als erstes Verhalten ebenso wie die substanzgebundenen suchartigen Störungen von der wissenschaftlichen Gemeinschaft als suchartige Störung akzeptiert.

Diese Aufnahme, zuerst in das DSM-5, dann in die ICD-11 (Internationale Klassifikation der Krankheiten; WHO, 2019), stellte eine Anerkennung des suchartigen Charakters bestimmter Verhaltensweisen dar, was jedoch nicht bedeutet, dass jedes Verhalten oder jede Schwierigkeit, ein Verhalten zu kontrollieren, automatisch als *suchartiges Verhalten (substanzgebunden oder nicht)* definiert werden kann.

2.1.2 Status in den offiziellen Klassifikationen der Krankheiten

Bisher anerkennen das DSM-5 und die ICD-11 zwei **suchartige Verhaltensweisen** beziehungsweise Verhaltensweisen, die sich zu einer **suchartigen Störung** entwickeln können: **Glücks- und Geldspielnutzung** sowie **Videospiel** (siehe Tabelle 1 und Grafik 1). In den beiden offiziellen Klassifikationen hat der Begriff «Störung» den Ausdruck «Sucht» ersetzt, der als zu mehrdeutig und negativ konnotiert erachtet wird³.

² “A process whereby a behavior, that can function both to produce pleasure and to provide escape from internal discomfort, is employed in a pattern characterized by (1) recurrent failure to control the behavior (powerlessness) and (2) continuation of the behavior despite significant negative consequences (unmanageability)” (Goodman, 1990).

³ Note that the word addiction is not applied as a diagnostic term in this classification, although it is in common usage in many countries to describe severe problems related to compulsive and habitual use of substances. The more neutral term substance use disorder is used to describe the wide range of the disorder, from a mild form to a severe state of chronically relapsing, compulsive drug taking. Some clinicians will choose to use the word addiction to describe more extreme presentations, but the word is omitted from the official DSM-5 substance use disorder diagnostic terminology because of its uncertain definition and its potentially negative connotation (APA, 2013, S. 485).

Tabelle 1 - Definitionen und Kriterien für Störungen nach DSM-5 und ICD-11

Verhalten	DSM-5	ICD-11
<p>Glücks- und Geldspielnutzung</p>	<p>Gambling Disorder Diagnostic Criteria 312.31 (F63.0)</p> <p>Persistent and recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant impairment or distress, as indicated by the individual exhibiting four (or more) of the following in a 12-month period:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Needs to gamble with increasing amounts of money in order to achieve the desired excitement. 2. Is restless or irritable when attempting to cut down or stop gambling. 3. Has made repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop gambling. 4. Is often preoccupied with gambling (e.g., having persistent thoughts of reliving past gambling experiences, handicapping or planning the next venture, thinking of ways to get money with which to gamble). 5. Often gambles when feeling distressed (e.g., helpless, guilty, anxious, depressed). 6. After losing money gambling, often returns another day to get even ("chasing" one's losses). 7. Lies to conceal the extent of involvement with gambling. 8. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of gambling. 9. Relies on others to provide money to relieve desperate financial situations caused by gambling. 	<p>Gambling disorder is characterised by a pattern of persistent or recurrent gambling behaviour, which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by: 1. impaired control over gambling (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2. increasing priority given to gambling to the extent that gambling takes precedence over other life interests and daily activities; and 3. continuation or escalation of gambling despite the occurrence of negative consequences. The pattern of gambling behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The pattern of gambling behaviour results in significant distress or in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. The gambling behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.</p>
<p>Videospiel</p>	<p>Keine anerkannte Diagnostik, aber in Sektion III aufgenommen – neu auftretende Störungen, die weitere Forschungsarbeit erfordern, bevor sie offiziell anerkannt werden können.</p> <p>Internet Gaming Disorder Proposed Criteria Persistent and recurrent use of the Internet to engage in games, often with other players, leading to clinically significant impairment or distress as indicated by five (or more) of the following in a 12-month period:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preoccupation with Internet games. (The individual thinks about previous gaming activity or anticipates playing the next game; Internet gaming becomes the dominant activity in daily life). <p>Note: This disorder is distinct from Internet gambling, which is included under gambling disorder.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Withdrawal symptoms when Internet gaming is taken away. (These symptoms are typically described as irritability, anxiety, or sadness, but there are no physical signs of pharmacological withdrawal.) 3. Tolerance—the need to spend increasing amounts of time engaged in Internet games. 4. Unsuccessful attempts to control the participation in Internet games. 5. Loss of interests in previous hobbies and entertainment as a result of, and with the exception of, Internet games. 6. Continued excessive use of Internet games despite knowledge of psychosocial problems. 7. Has deceived family members, therapists, or others regarding the amount of Internet gaming. 8. Use of Internet games to escape or relieve a negative mood (e.g., feelings of helplessness, guilt, anxiety). 9. Has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of participation in Internet games. <p>Note: Only nongambling Internet games are included in this disorder. Use of the Internet for required activities in a business or profession is not included; nor is the disorder intended to include other recreational or social Internet use. Similarly, sexual Internet sites are excluded.</p>	<p>Gaming disorder is characterised by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming'), which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by: 1. impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2. increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and 3. continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences. The pattern of gaming behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The pattern of gaming behaviour results in marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. The gaming behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.</p>

Sexualverhalten	Nicht anerkannt	Compulsive sexual behaviour disorder is characterised by a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges resulting in repetitive sexual behaviour. Symptoms may include repetitive sexual activities becoming a central focus of the person's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities and responsibilities; numerous unsuccessful efforts to significantly reduce repetitive sexual behaviour; and continued repetitive sexual behaviour despite adverse consequences or deriving little or no satisfaction from it. The pattern of failure to control intense, sexual impulses or urges and resulting repetitive sexual behaviour is manifested over an extended period of time (e.g., 6 months or more), and causes marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. Distress that is entirely related to moral judgments and disapproval about sexual impulses, urges, or behaviours is not sufficient to meet this requirement.
Kaufverhalten	Nicht anerkannt	Keine Definition (Other specified impulse control disorders)
Internet	Nicht anerkannt	Nicht anerkannt
Soziale Medien	Nicht anerkannt	Nicht anerkannt

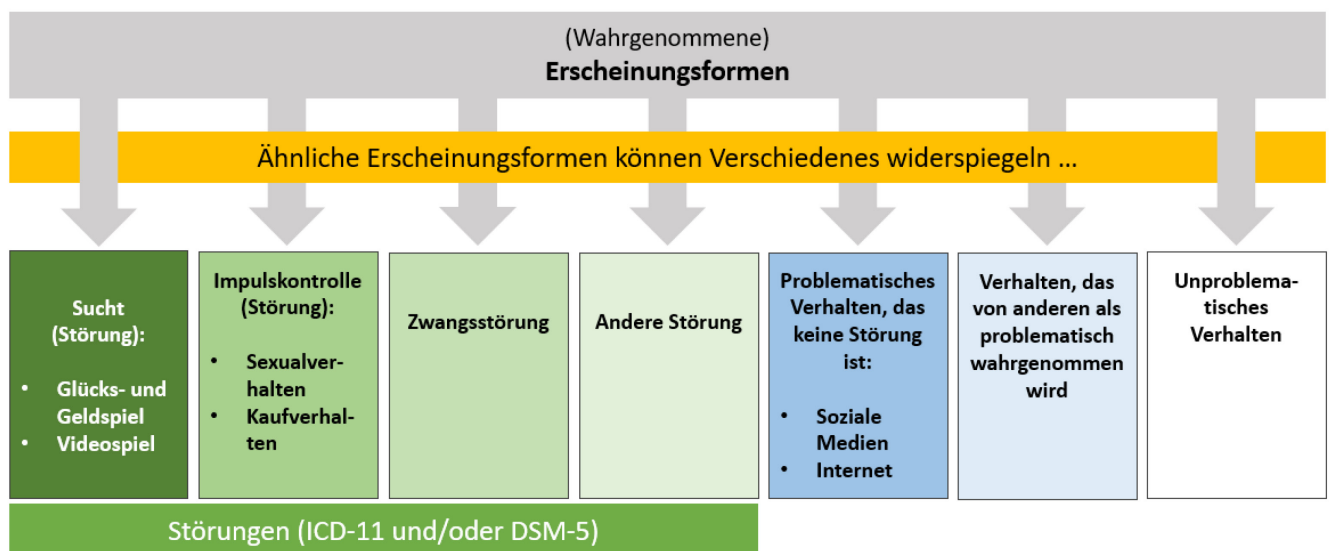
Diese Anerkennung hatte einerseits den positiven Effekt, dass die «Verhaltenssüchte» und die mögliche Existenz anderer suchtartiger Verhaltensweisen mehr Aufmerksamkeit erhielten. Andererseits führte sie zu grosser terminologischer Verwirrung, da der Begriff «Sucht» von der breiten Öffentlichkeit und den Medien immer häufiger verwendet wurde, um **Verhaltensweisen zu bezeichnen, die zwar Ähnlichkeiten mit einer «Sucht» (substanzgebunden oder nicht) aufweisen**, aber von der internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Gemeinschaft nicht als suchtartige Störungen anerkannt werden.

Zu den anderen in diesem Bericht behandelten Verhaltensweisen (Sexualverhalten / Kaufverhalten / soziale Medien / Internet) ist anzumerken, dass ihre Klassifizierung als suchtartige Störungen zwar geprüft wird, ihre Anerkennung jedoch aufgrund unzureichender wissenschaftlicher Belege noch sehr ungewiss ist.

Zwei der sechs Verhaltensweisen (**Sexual- und Kaufverhalten**) werden derzeit von der internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Gemeinschaft als Verhaltensweisen anerkannt, die Ausdruck einer **Impulskontrollstörung** sein können, deren Erscheinungsformen denjenigen einer suchtartigen Störung ähneln, aber von der Kategorie der substanzungebundenen suchtartigen Verhaltensweisen zu unterscheiden sind (siehe Tabelle 1 und Grafik 1).

Auf jeden Fall ist allen sechs in diesem Bericht behandelten Verhaltensweisen gemeinsam, dass sie für die direkt betroffenen Personen und auch ihre Angehörigen erhebliche Probleme (gesundheitlicher oder anderer Art) verursachen können. Deshalb verdienen diese Verhaltensweisen die volle Aufmerksamkeit der Akteure in der öffentlichen Gesundheit.

Grafik 1: Von DSM-5 und/oder ICD-11 anerkannte Störung vs. problematisches Verhalten – aktueller Status der sechs Verhaltensbereiche (Stand: 2021)



2.1.3 Bedeutung der offiziellen Klassifikationen der Krankheiten für die vorliegende Studie und Auswirkungen auf die Auswahl der Messinstrumente

Das DSM-5 und die ICD-11 werden regelmässig überarbeitet, um den neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen Rechnung zu tragen. Diese offiziellen Klassifikationen der Krankheiten sind das Ergebnis einer umfassenden Facharbeit, anhand derer konsensuelle Kriterien für die Diagnostik der verschiedenen Krankheiten angegeben werden können. Dieser spezifische Beitrag stellt die Grundlage für die vorliegende Studie dar, da man damit über validierte Diagnostik verfügt und die Risiken vermeiden kann, die mit einer Bezeichnung der Süchte nach Ähnlichkeit verbunden sind (siehe Abschnitt 2.1.4).

In Anbetracht der Ausführungen in den vorhergehenden Kapiteln stellen die ICD-11 und das DSM-5 die Referenz für die Auswahl der Messinstrumente dar. Die beiden offiziellen Klassifikationen bilden somit die Grundlage für den vorliegenden Bericht, und die Argumentation für die Wahl der Messinstrumente und Terminologien stützt sich unter anderem darauf.

Mit anderen Worten: Es werden die Messinstrumente bevorzugt, welche die in diesen beiden offiziellen Klassifikationen enthaltenen Kriterien (Symptome) am besten abdecken. Diese Wahl ist dadurch gerechtfertigt, dass allein aus der Beobachtung von **Erscheinungsformen und Problemen**, die an eine substanzungebundene suchtarartige Störung **erinnern**, nicht geschlossen werden kann, dass es sich um die (offiziell anerkannten) **Symptome** einer solchen Störung handelt. Denn als ähnlich wahrgenommene Erscheinungsformen können in Wirklichkeit unterschiedliche Störungen widerspiegeln (siehe Grafik 1). Dies gilt für suchtarartige Störungen, andere verhaltensbezogene Störungen (z. B. Impulskontrollstörung) und für Krankheiten im Allgemeinen (z. B. muss ein Husten nicht zwingend mit einer COVID-19-Infektion zusammenhängen).

Für die vier Verhaltensbereiche, die in der **ICD-11** (zumindest teilweise) als Störung aufgeführt sind (**Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiele, Sexualverhalten und Kaufverhalten**), ist diese offizielle Klassifikation die wichtigste Referenz für die im Rahmen dieses Berichts getroffene Auswahl. Die kürzlich verabschiedete Klassifikation bildet den Bezugsrahmen für das Schweizer Gesundheitssystem und bietet einen bedarfsgerechten Ansatz für die öffentliche Gesundheit. Dennoch stellt das **DSM-5** eine relevante Alternative für die Auswahl der Messinstrumente dar, wenn ICD-11-konforme Instrumente noch nicht publiziert und/oder validiert worden sind.

Für die beiden anderen Verhaltensbereiche (**Internet** und **soziale Medien**) werden die Messinstrumente standardmässig nach opportunistischen Kriterien ausgewählt, auf die in den entsprechenden Abschnitten eingegangen wird.

2.1.4 Risiken der Bezeichnung von Süchten nach Ähnlichkeit (nicht aufgrund eines internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Konsenses)

Wie West und Brown (2013) betonen, gibt es bei bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen einen klaren Konsens über ihre Bezeichnung als suchtarartige Störungen, bei anderen hingegen nicht. Darüber hinaus besteht in einigen Fällen berechnigte Uneinigkeit darüber, ob es sich um eine suchtarartige Störung oder um ein anderes Phänomen mit ähnlichen Merkmalen handelt. Diese Uneinigkeit hat sich in den letzten zehn Jahren im Zuge der Überarbeitung des DSM und der ICD verschärft.

Generell werden in der wissenschaftlichen Literatur zwei Ansätze unterschieden. Zum einen gibt es Autorinnen und Autoren, die nur Verhaltensweisen als substanzungebundenes suchtarartiges Verhalten bezeichnen, die klinisch als Krankheiten mit spezifischem Verlauf und Symptombild anerkannt sind. In diesem Fall wird die Bezeichnung eines Verhaltens als substanzungebundenes suchtarartiges Verhalten **von wissenschaftlichen Evidenzen abhängig gemacht**, die als ausreichend erachtet werden und den für andere wissenschaftlich und klinisch anerkannte Störungen geltenden Qualitätsstandards entsprechen (wie das im DSM-5 und in der ICD-11 der Fall ist). Zum anderen gibt es Autorinnen und Autoren, bei denen die Bezeichnung als substanzungebundenes suchtarartiges Verhalten auf der Wahrnehmung von Erscheinungsformen beruht, die «klassischerweise» bei substanzgebundenem suchtarartigem Verhalten zu beobachten sind, wie Verlust der Kontrolle über das Verhalten, Drang, Toleranz und negative Konsequenzen des Verhaltens im Alltag. Bei diesem Ansatz zur **Bezeichnung nach Ähnlichkeit** werden also Verhaltensweisen, deren Erscheinungsformen und wahrgenommene Folgeprobleme an die wissenschaftlich und klinisch anerkannten suchtarartigen Verhaltensweisen erinnern, als substanzungebundene suchtarartige Verhaltensweisen bezeichnet.

Die Gefahr bei der Bezeichnung nach Ähnlichkeit besteht darin, dass die Zahl der Substanzen und

Verhaltensweisen, die als suchartiges Verhalten definiert werden können, unkontrolliert wächst. In den letzten Jahren hat diese Art der Bezeichnung dazu geführt, dass eine steigende Zahl möglicher substanzungebundener suchartiger Verhaltensweisen dokumentiert wurde, die nicht von der WHO und der American Psychiatric Association (APA) anerkannt sind. Während es aus rein wissenschaftlicher Sicht ein konstruktiver Prozess ist, Fragen zu stellen und die mögliche Existenz anderer substanzungebundener suchartiger Verhaltensweisen zu untersuchen, kann die Pathologisierung jedes Verhaltens negative Auswirkungen haben, das aufgrund der blossen Ähnlichkeit mit einem anerkannten substanzungebundenen suchartigen Verhalten als problematisch eingestuft wird. Dieser Ansatz stösst an klare Grenzen, wenn es darum geht – im Rahmen einer Bevölkerungsstudie und ohne klinische Anhaltspunkte – den Schweregrad der erfassten Probleme und den entsprechenden (präventiven oder therapeutischen) Handlungsbedarf abzuschätzen.

Generell besteht bei Verhaltensweisen immer die Gefahr, dass Personen fälschlicherweise pathologisiert werden, aber bei einem Ansatz, bei dem ein Verhalten nur aufgrund seiner Erscheinungsformen und wahrgenommenen Folgeprobleme als substanzungebundenen suchartiges Verhalten bezeichnet wird, ist diese Gefahr noch weitaus grösser. Einige Grenzen dieses Ansatzes werden im Folgenden kurz erläutert.

2.1.4.1 Substanzungebundenen suchartiges Verhalten oder anderes Problem?

Wie Kardefelt-Winther et al. (2017) betonen, ist die Gefahr der Pathologisierung von «normalen» Verhaltensweisen hoch, so dass Ausschlusskriterien erforderlich sind. Ein Verhalten, das a) durch eine Grundstörung erklärt werden kann, b) durch eine rationale risikoorientierte Entscheidung bestimmt wird, c) keine funktionelle Störung oder Notlage für die betroffene Person verursacht, selbst wenn es lange und intensiv gezeigt wird und damit anderen Lebensaspekten Aufmerksamkeit und Zeit entzieht, und d) das Ergebnis einer Bewältigungsstrategie (Coping) ist, darf nicht als substanzungebundenen suchartiges Verhalten betrachtet werden.

2.1.4.2 Substanzungebundenen suchartiges Verhalten oder Leidenschaft?

Manche Autorinnen und Autoren haben die Gefahr der Pathologisierung von leidenschaftlich betriebenen Tätigkeiten hervorgehoben und konkrete Beispiele dafür angeführt (Billieux et al., 2015; Billieux et al., 2019). Diese Autorinnen und Autoren machen darauf aufmerksam, dass gewisse Symptome (z. B. Toleranz, vertiefte Beschäftigung) bei den meisten Aktivitäten auftreten können, die Menschen interessant oder spannend finden, ohne dass dadurch ein klinisch signifikantes Problem, eine Notlage für die betroffene Person oder eine Belastung für die öffentliche Gesundheit entsteht (Kardefelt-Winther et al., 2017).

Dieser Aspekt hat wenig Bedeutung, wenn es um die Feststellung eines Problems in einem klinischen Rahmen geht, ist aber ein wichtiger Punkt, wenn es um die Identifizierung im Rahmen von Bevölkerungsumfragen geht, deren Fragebögen die Unterscheidung zwischen pathologischen und nicht pathologischen Fällen ermöglichen müssen.

2.1.4.3 Substanzungebundenen suchartiges Verhalten oder neue Norm?

In den letzten 100 Jahren wurden mehrere Verhaltensweisen mit substanzungebundenem suchartigen Verhalten gleichgesetzt, haben sich aber letztlich als «normale» Verhaltensweisen erwiesen – das heisst als Verhaltensweisen, die in einem bestimmten Zeitraum möglicherweise problematisch, aber nicht pathologisch waren. Die besten Beispiele dafür finden sich bei den neuen Technologien und ihrer Nutzung.

In den 1940-er Jahren war das Radio wegen seines Suchtpotenzials in Frage gestellt worden (Rowland, 1944). In den 1970-er Jahren war es das Fernsehen, bei dem man feststellte, dass es sich zu einer «Verhaltenssucht» entwickeln kann (Winn, 1977). Ein noch grösseres Augenmerk richtete sich auf die Technologie-«Sucht», als man beobachtete, dass Jugendliche «gewohnheitsmässige Medienkonsumpraktiken entwickelten, die damals

als Abhängigkeit von Radioprogrammen und Filmen interpretiert wurden» (Tokunaga, 2015, S. 133). Dann ging es weiter mit SMS, Mobiltelefonen, Computern, Internet, Videospiele, sozialen Medien und Smartphones. Wie bereits erwähnt, wurde auf dieser Liste nur die Videospieldstörung als substanzungebundenes suchtartiges Verhalten anerkannt.

2.2 Methode

2.2.1 Erster Schritt: Suche nach Instrumenten im Hinblick auf die Arbeit mit den Expert/innen

Für jeden der sechs untersuchten Verhaltensbereiche (Internetnutzung im Allgemeinen, soziale Medien, Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiele, Kaufverhalten und Sexualverhalten) wurde zunächst eine **gezielte Recherche in der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur** durchgeführt, um die verfügbaren Messinstrumente ausfindig zu machen. Aufgrund der bedeutenden Entwicklungen, die in den letzten zehn Jahren im Bereich des substanzungebundenes suchtartigen Verhaltens verzeichnet wurden, und der Vielzahl von Studien, die in diesem Zeitraum im Hinblick auf die Ausarbeitung des DSM-5 und der ICD-11 durchgeführt wurden, beschränkten wir uns auf systematische Reviews und Metaanalysen ab 2010 sowie auf Studien zur Validierung neuer Instrumente ab 2013 (Publikationsjahr des DSM-5). Für jede Verhaltensweise wurden zusätzliche Literaturrecherchen durchgeführt, um die Messinstrumente zu ermitteln, die seit der Veröffentlichung des letzten systematischen Reviews zur Messung der Störung/des Problems validiert wurden⁴.

Die im Rahmen der Literaturrecherche ermittelten Messinstrumente wurden anhand von Kriterien dokumentiert, mit denen die relevantesten und am besten geeigneten Instrumente identifiziert werden konnten. Auf der Grundlage dieser Kriterien wurde eine erste Auswahl getroffen, um die Anzahl der Instrumente für den zweiten Schritt zu reduzieren.

Zusätzlich wurde eine **Recherche in der nationalen grauen Literatur** (insbesondere Forschungsberichte) durchgeführt, um zu überprüfen, ob es auf nationaler Ebene Instrumente gibt, die bei der Recherche in der englischsprachigen wissenschaftlichen Literatur nicht gefunden wurden. Mit dieser zweiten Recherche liessen sich die Messinstrumente ermitteln, die auf nationaler Ebene in den wichtigsten repräsentativen Bevölkerungsumfragen verwendet wurden⁵.

2.2.1.1 Herausforderungen im Zusammenhang mit den Messinstrumenten für Bevölkerungsumfragen

Bei der Berücksichtigung von Verhaltenssuchten in Bevölkerungsumfragen besteht die Hauptherausforderung darin, dass man dabei Messinstrumente verwenden können muss, die den Gesundheitsbehörden fundierte Schätzungen zur Prävalenz des Problems in der Bevölkerung liefern und die Verfolgung der Entwicklung im Laufe der Zeit ermöglichen (Monitoring).

Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen Verhaltensweisen mit anerkannter Störung (im Rahmen der vorliegenden Studie: Glücks- und Geldspielnutzung und Videospiele) und Verhaltensweisen ohne anerkannte Störung. Die **Prävalenz** – das heisst der Anteil der Betroffenen in einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt – von Verhaltensweisen ohne anerkannte Störung kann nicht mittels validierter Fragebögen (Screenings) abgeschätzt werden, da es keine anerkannten Kriterien gibt, um Personen mit signifikanten Problemen im Zusammenhang mit diesen Verhaltensweisen zu identifizieren.

⁴ Die dokumentarischen Recherchen erfolgten über die Suchmaschinen «Google Scholar» und «Pubmed». In der Regel wurden neben den Begriffen für die Verhaltensweisen (gambling; gaming; sexuality/pornography; shopping/buying; social media/social networking; Internet) auch die Begriffe addiction, disorder, screening, questionnaire, measure und test eingegeben.

⁵ Beispiele dafür sind das von Haug und Meyer für die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) entwickelte Screening für Glücks- und Geldspiele (2015) oder die ebenfalls für die SGB entwickelte Kurzform des Compulsive Internet Use Scale (CIUS, Gmel et al., 2019).

Aufgrund des Unterschieds zwischen **suchtartiger Störung** und **Impulskontrollstörung** sind ausserdem separate Messskalen, welche die spezifischen Kriterien der beiden Störungskategorien aufgreifen, für jede dieser beiden Kategorien erforderlich.

Ausserdem ist es entscheidend, ein Messinstrument auswählen zu können, das eine möglichst gute Unterscheidung zwischen einem sehr intensiven Gebrauch (*high involvement*) und einem pathologischen Gebrauch (*pathological involvement*) ermöglicht (Billieux et al., 2019). Mit anderen Worten: Es geht darum, die «falsch-positiven» Fälle so weit wie möglich zu reduzieren (Vermeidung einer falschen Pathologisierung) und damit eine Überschätzung des untersuchten Problems in der Bevölkerung zu vermeiden.

2.2.2 *Zweiter Schritt: Konsultation der Expert/innen und abschliessender Workshop*

2.2.2.1 **Arbeitsgruppe «Terminologie» (AGT): Erarbeitung einer konsolidierten viersprachigen Terminologie**

Eine Arbeitsgruppe (siehe Anhang 6), in der die wichtigsten Fachverbände des Bereichs (SSAM, FVS, GREA und Ticino Addiction) sowie eine Organisation von Userinnen und Usern (Gaming Federation) vertreten sind, wurde mit dem Ziel gebildet, ein zusammenfassendes terminologisches Dokument zu verfassen, das im Rahmen eines späteren Workshops diskutiert werden kann. Das Ergebnis dieser Arbeit (Prinzipien und Grunddefinition) ist in Anhang 1 zu finden.

2.2.2.2 **Konsultation zu den Messinstrumenten (Expertengruppe «Instrumente»): Wahl eines Messinstruments pro Verhaltensweise**

Nach einem ersten Zwischenbericht wurden rund zwanzig Expertinnen und Experten gebeten, für jeden der sechs vom BAG definierten Verhaltensbereiche die Messskala zu nennen, die ihnen für die Umsetzung eines epidemiologischen Monitorings am geeignetsten erschien (für Einzelheiten siehe Anhang 2; für die Expertenliste siehe Anhang 6).

Diese Konsultation ermöglichte es, die Relevanz der aufgrund der Literaturrecherche getroffenen Auswahl zu validieren und, wo möglich, das relevanteste Messinstrument für jeden der sechs Verhaltensbereiche auszuwählen. Die Ergebnisse dieser Konsultation flossen in die für den abschliessenden Workshop verwendeten Unterlagen ein.

2.2.2.3 **Abschliessender Workshop: Terminologie, Definitionen und Grenzen der Messinstrumente**

Aufgrund der Arbeiten der Arbeitsgruppe «Terminologie» (ATG) und der Entscheidungen der Expertengruppe «Instrumente» wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eines dreistündigen Workshops (siehe Anhang 6) ein Arbeitsdokument abgegeben (bei den Autorinnen und Autoren des Berichts erhältlich). Es enthielt für jeden der sechs vom BAG definierten Bereiche:

1. (Viersprachige) Terminologie
2. (Viersprachige) Definition
3. Erklärung für die terminologische Wahl
4. Darlegung der Grenzen der vorgewählten Messinstrumente

Das Ziel des Workshops bestand darin, für jeden der genannten Punkte einen Konsens zu erzielen. Die Ergebnisse des Workshops sind in die Kapitel über die sechs ausgewählten Verhaltensbereiche eingeflossen.

3 Die sechs Verhaltensbereiche: Beschreibung, Terminologie und Messinstrumente

In diesem Kapitel wird das Schlussergebnis der beiden Hauptetappen des Projekts (Literaturrecherche, Definitionsarbeit mit Expertinnen und Experten und abschliessender Workshop) dargestellt.

- Bei den Messinstrumenten werden in diesem Kapitel nur diejenigen ausführlich beschrieben, die am Ende des Prozesses ausgewählt wurden. Die übrigen Tools, die nach einer ersten Auswahl in den Zwischenschritten des Projekts vorgestellt wurden, sind im Anhang dieses Berichts aufgeführt (siehe Anhang 4).
- Für die Terminologie und die Definitionen wurden die Empfehlungen und Grundsätze angewendet, die von der Arbeitsgruppe «Terminologie» festgelegt worden waren. Die Ergebnisse dieses Prozesses werden im Anhang detailliert erläutert (siehe Anhang 1). Eine Übersicht über die validierte viersprachige Terminologie findet sich in den Tabellen im Schlusskapitel.

Die sechs Verhaltensbereiche werden in der Reihenfolge ihrer Aufnahme bzw. Nichtaufnahme in die ICD-11 und das DSM-5 präsentiert.

3.1 Glücks- und Geldspielnutzung

3.1.1 Einleitung

Bei Glücks- und Geldspielen werden Geld oder Wertgegenstände auf ein Ereignis gesetzt, dessen Ausgang teilweise oder gänzlich vom Zufall abhängt, und Geld- oder Sachgewinne in Aussicht gestellt.

Glücks- und Geldspiele haben die verschiedenen Kulturen während unserer gesamten Geschichte in irgendeiner Form geprägt (Bernstein und Bernstein, 1996). Heute sind Spiele in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Sie finden informell (beispielsweise Sportwetten im Freundeskreis) oder im organisierten Rahmen statt, etwa in Casinos oder auf Online-Wettplattformen.

Die mit der Glücks- und Geldspielnutzung verbundenen Probleme sind seit Jahrzehnten bekannt und Gegenstand von Studien. Auf der Basis umfassender wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde die *gambling disorder* (Geldspielstörung) als erstes substanzungebundenes suchartiges Verhalten in einer offiziellen Klassifikation der Krankheiten anerkannt (APA, 2013).

3.1.2 Klassifikation

Die Glücks- und Geldspielstörung wird im DSM-5 und in der ICD-11 anerkannt, wobei sich die Wissenschaft lange nicht einig konnte, ob sie als Zwangsspektrumsstörung oder als suchartige Störung einzuordnen ist. 1980 wurde die Glücks- und Geldspielstörung in das DSM-III aufgenommen. Sie wurde dort unter «Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert» gelistet, aber bereits anhand sehr ähnlicher Kriterien wie die substanzgebundenen suchartigen Störungen diagnostiziert. In der wissenschaftlichen Literatur zu dieser Frage wurden in der Folge die Elemente bestätigt, die sie mit den substanzgebundenen suchartigen Störungen gemeinsam hat (Reilly und Smith, 2013). 2013 wurde die Glücks- und Geldspielstörung dann im DSM-5⁶ als suchartige Störung eingestuft (APA, 2013).

2019 anerkannte auch die ICD-11 die *gambling disorder* (Diagnose 6C50⁷) als Störung der Kategorie *disorders due to substance use or addictive behaviours > disorders due to addictive behaviours* (WHO, 2019).⁸

Zu beachten ist, dass die Arbeitsgruppe der ICD-11 im Gegensatz zum Ansatz des DSM-5 vorschlug, die Verhaltensweisen (z. B. Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiele) nicht in die Kategorie der substanzgebundenen suchartigen Störungen aufzunehmen, sondern die Kategorie der Impulskontrollstörungen um die «Glücks- und Geldspielnutzungsstörung» zu erweitern und neu zu definieren (Grant und Chamberlain, 2016). Dies zeigt, dass die Einordnung der Verhaltensweisen als substanzungebundene suchartige Verhalten nach wie vor umstritten und die Validierung selbst im Falle einer so umfassend untersuchten Verhaltensweise wie der Glücks- und Geldspielnutzung nicht einhellig ist.

3.1.3 Definition und Terminologie

Im englischsprachigen Umfeld galt der Begriff «pathologisch» als überholt und abwertend, weshalb für das DSM-5 der Begriff «Störung» verwendet wurde. Bei den Arbeiten für das DSM-5 waren noch weitere Möglichkeiten vorgeschlagen worden. Nicht berücksichtigt wurden der Begriff «problematisches Glücks- und Geldspielverhalten», der häufig für die Definition weniger schwerer Probleme verwendet wird, sowie der Begriff «zwanghaftes Glücks- und Geldspielverhalten», der eine Zwangsstörung bezeichnet (Petry et al., 2014). In der ICD-11 wurde danach ebenfalls der Begriff «Störung» eingeführt.

6 Gambling disorder involves repeated problematic gambling behavior that causes significant problems or distress. It is also called gambling addiction or compulsive gambling. For some people gambling becomes an addiction – the effects they get from gambling are similar to effects someone with alcoholism gets from alcohol. They can crave gambling the way someone craves alcohol or other substances. Compulsive gambling can lead to problems with finances, relationships and work, not to mention potential legal issues. People with gambling disorder often hide their behavior. They may lie to family members and others to cover up their behavior and may turn to others for help with financial problems. Some gamblers are seeking excitement or action in gambling, others are looking more for escape or numbing.

7 Gambling disorder is characterised by a pattern of persistent or recurrent gambling behaviour, which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by: 1. impaired control over gambling (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2. increasing priority given to gambling to the extent that gambling takes precedence over other life interests and daily activities; and 3. continuation or escalation of gambling despite the occurrence of negative consequences. The pattern of gambling behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The pattern of gambling behaviour results in significant distress or in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. The gambling behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

8 In der ICD-11 ist zudem das *hazardous gambling or betting* (Diagnose QE21) aufgeführt.

3.1.3.1 Im abschliessenden Workshop validierte Terminologie

	fr	de	it	en
(Risikoarmes) Verhalten	Usage des jeux de hasard et d'argent	Glücks- und Geldspielnutzung	Uso di giochi di denaro e d'azzardo	Use of gambling
Risikoverhalten	Usage à risque des jeux de hasard et d'argent	Risikoreiche Glücks- und Geldspielnutzung	Uso a rischio di giochi di denaro e d'azzardo	At-risk use of gambling
«Sucht»	Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent	(suchtartige) Glücks- und Geldspielnutzungsstörung	Disturbo legato all'uso (<i>addictive</i>) di giochi di denaro e d'azzardo	Gambling (<i>addictive</i>) disorder

3.1.3.2 Definition der im abschliessenden Workshop validierten «Glücks- und Geldspielnutzungsstörung»

fr	Perte de maîtrise prolongée/durable de l'usage des jeux de hasard et d'argent ne permettant plus à la personne d'être fonctionnelle face à son projet de vie et à ses relations sociales et s'accompagnant de la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde
de	Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Glücks- und Geldspielen, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.
it	Perdita a lungo termine di controllo sull'uso del gioco d'azzardo che non consente più alla persona di essere funzionale in relazione al suo progetto di vita e alle sue relazioni sociali e accompagnata da la sofferenza della persona e cambiamenti nel suo rapporto con il mondo
en	Long-term loss of control over the use of gambling, not allowing the person to be functional in their life project and social relationships, which is accompanied by the suffering of the person and changes in their relationship to the world

Bemerkungen und zusätzliche Erläuterungen: Die «Glücks- und Geldspielnutzungsstörung» bezeichnet eine medizinische Diagnose und ist nicht mit dem Glücks- und Geldspiel zu verwechseln, sogar wenn dieses intensiv ist.

3.1.4 Instrumente

3.1.4.1 Methodische Herausforderungen im Zusammenhang mit den Messinstrumenten (und mögliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit)

Mit der Einordnung der Glücks- und Geldspielnutzungsstörung unter den suchtartigen Störungen haben sich die Betrachtungsweise dieser Störung und die verfügbaren Messinstrumente nicht wesentlich geändert. Die Störung wurde seit mehreren Jahren klinisch behandelt, und für die Diagnose nach DSM galten bereits ähnliche Kriterien wie für die substanzgebundenen suchtartigen Störungen. Die Messinstrumente behalten deshalb ihre klinische Validität, obwohl sich die Einstufung dieser Störung geändert hat.

Die Herausforderung bestand eher darin, einen Konsens über ein valides Messinstrument zu finden, das in den wiederholten epidemiologischen Studien (Monitoring) ausreichend lange genutzt werden kann, um eine echte zeitliche und einheitliche Vergleichbarkeit (und damit Verfolgung) der einzelnen Studien sicherzustellen.

3.1.4.2 Bestehende Messinstrumente

Es sind zahlreiche Messinstrumente entwickelt und validiert worden. Drei systematische Reviews aus den letzten Jahren befassten sich mit der Genauigkeit der Instrumente bei der Identifizierung der Spielenden mit einer Glücks- und Geldspielnutzungsstörung innerhalb einer Population (Williams und Volberg, 2014), mit der Genauigkeit der Kurzformen der Instrumente (Dowling et al., 2019) sowie mit der Validität der Instrumente für eine breit angelegte Identifizierung der Spielenden mit einer Glücks- und Geldspielnutzungsstörung innerhalb einer Bevölkerung (Otto et al., 2020).

Williams und Volberg (2014) analysierten in ihrer Studie die Eignung der vier Messinstrumente PGSI (Problem Gambling Severity Index), SOGS (South Oaks Gambling Screen), NODS (National Opinion Research Center DSM Screen for Gambling Problems) und PPGM (Problem and Pathological Gambling Measure). Das PPGM erzielte hinsichtlich der Sensitivität, Spezifität und korrekt geschätzten Prävalenz das beste Ergebnis, gefolgt vom PGSI (Cut-off-Wert 5+) und vom SOGS (Cut-off-Wert 4+). Der NODS schneidet bei allen Kriterien durchschnittlich ab.

Im Review von Dowling et al. (2019) wurden 20 Kurzformen von Messinstrumenten identifiziert und die folgenden fünf als zufriedenstellend beurteilt: BPGS (2-Items), NODS-CLiP, PGSI-Short Form, NODS-PERC und NODS-CLiP2.

Die Studie von Otto et al. (2020) erfasste 31 verschiedene Messinstrumente, von denen nur drei durch ein semistrukturiertes Interview validiert worden waren (SOGS, PGSI, MAGS-DSM-IV). Die Autorinnen und Autoren zeigen sich aufgrund der hohen Zahl an falsch-positiven oder falsch-negativen Ergebnissen äusserst kritisch gegenüber der Möglichkeit, diese Instrumente für eine breite Identifizierung der Spielenden mit einer Glücks- und Geldspielnutzungsstörung zu verwenden.

3.1.4.3 Prävalenzen weltweit und in der Schweiz

In ihrem systematischen Review über Studien, die zwischen 2000 und 2015 auf internationaler Ebene durchgeführt worden waren, stellten Calado und Griffiths (2016) Raten an «problematischem Spielverhalten»* in einer Bandbreite von 0,12 bis 5,8 Prozent weltweit und 0,12 bis 3,4 Prozent in Europa fest. Innerhalb Europas wurden in der Schweiz die beiden extremsten Prävalenzwerte beobachtet (niedrigste Prävalenz: 0,12 % NODS – Brodbeck et al., 2009; höchste Prävalenz: 3,4 % SOGS – Zangerl et al., 2007).

Neuere in der Schweiz durchgeführte Studien zeigten eine Prävalenz des «problematischen Spielverhaltens»* von 3,0 Prozent (genauer: 2,8 % «risikoreiches» und 0,2 % «pathologisches» Spielverhalten, Lie/Bet und NODS-CLiP kombiniert) (Dey und Haug, 2019). Die Cohort Study on Substances Use Risk Factors – C-Surf, die mit jungen Stellungspflichtigen (junge Männer Schweizer Nationalität) durchgeführt wurde, beobachtete eine Prävalenz des «pathologischen Gebrauchs»* von 1,0 Prozent (gemäss den Kriterien des DSM-5) (Studer et al., 2016). In einer Studie zu Online-Glücksspielen schliesslich wurde eine Prävalenz des «problematischen Spielverhaltens»* von 2,3 Prozent geschätzt (PGSI 8+; Al Kurdi et al., 2020).

*von den Autorinnen und Autoren dieser verschiedenen Studien verwendete Begriffe

3.1.4.4 Auswahl von Messinstrumenten für die Konsultationen mit Expertinnen und Experten sowie den abschliessenden Workshop

Von den verschiedenen in Frage kommenden Messinstrumenten schienen zwei für den Schweizer Kontext besonders geeignet zu sein: der NODS (Gerstein et al., 1999; einschliesslich NODS-CLiP) und der PGSI (Ferris & Wynne, 2001; einschliesslich Kurzform des PGSI). Die Entscheidung für diese beiden Instrumente basierte auf der Gewichtung mehrerer psychometrischer und praktischer Faktoren.

3.1.4.5 Im abschliessenden Workshop validiertes Instrument: PGSI

Alle konsultierten Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, den PGSI als Forschungsinstrument zu verwenden (siehe Anhang 2).

Der PGSI wurde als Alternative zu den DSM-basierten Instrumenten konstruiert und umfasst neun Fragen über das Verhalten in den letzten zwölf Monaten. Er ist das am zweithäufigsten – oft als Referenz in Validierungsstudien – eingesetzte Instrument. Die Kurzform des PGSI besteht aus drei Fragen. Die Langform ist in der Studie eGames Suisse (Al Kurdi et al., 2020) genutzt worden.

Die Cut-off-Werte fallen je nach Verwendung dieses Instruments unterschiedlich aus.

Auswahlkriterien – PGSI

Berücksichtigt die Klassifikation des Verhaltens in der ICD-11 und/oder dem DSM-5	Nein, als Alternative zum DSM-IV konstruiert
Falls ja: Diagnosekriterien der ICD-11 und/oder des DSM-5 abgedeckt	Nur drei Kriterien des DSM-5, keine Kriterien, die der ICD-11 genau entsprechen
Kann in eine Bevölkerungsumfrage aufgenommen werden [falls ja: Zahl der Items: < 5 = ja, 6–10 = eventuell, > 10 = nein]	Eventuell (9)
(Validierte) Kurzform verfügbar	Ja (3 Fragen)
Cut-off-Werte vorgeschlagen [falls ja, Anzahl Kategorien]	Ja, drei Risikokategorien für die Langform und zwei für die Kurzform
Cut-off-Werte klinisch validiert (Goldstandard)	Ja
Verwendung im klinischen Rahmen möglich	Ja
Bevölkerungsgruppe [Jugendliche, Erwachsene, beide]	Erwachsene
Online und/oder offline	Beide
Verfügbarkeit in den Landessprachen (validiert oder nicht)	Deutsch, Französisch und Italienisch
In der Schweiz bereits verwendet (Prävalenzen)	Online-Spielende (Studie eGames): «problematisches Spielverhalten» 2,3 %
Verwendung in den Nachbarländern (Prävalenzen verfügbar)	Deutschland, Frankreich und Italien (Studie eGames)
Falls nein: in anderen Ländern? [falls ja: welche?]	
Items betreffend die negativen Auswirkungen in verschiedenen Alltagsbereichen (falls ja, wie viele)	Zwei Fragen zu den Auswirkungen (finanzielle, gesundheitliche Probleme). In einer Frage geht es um Kritik am Verhalten (auch in der Kurzform). Eine Frage betrifft das Gefühl, ein Problem zu haben.
Bemerkungen	Auf internationaler Ebene sehr breit verwendet. Instrument, dem gemäss Expertinnen und Experten des Berichts «Monitoring» (Notari et al., 2019) der Vorzug gegeben werden soll. Verhältnis zwischen falsch-positiven/falsch-negativen Ergebnissen sehr gut mit Cut-off-Wert von 5+.

Die **Grenzen** dieses Messinstruments wurden aber im abschliessenden Workshop diskutiert und müssen berücksichtigt werden. Die grösste Einschränkung des PGSI besteht darin, dass er die in der ICD-11 definierten Kriterien nur teilweise abdeckt. Da er aber breit verwendet wird und vielfach validiert worden ist, dürfte er seinen Platz in den kommenden Jahren behalten.

Ergänzende Bemerkungen, die sich aus dem abschliessenden Workshop ergeben haben

- Den Expertinnen und Experten zufolge plant die WHO, ab 2022 ein auf der ICD-11 basierendes Screeninginstrument anzubieten. Mittelfristig könnte es sich deshalb als nötig erweisen, die Messinstrumente für diese Störung neu zu beurteilen.

- Mehrere problematische Verhaltensweisen können sich überschneiden (z. B. Glücks- und Geldspielnutzung und Videospiele). Künftig wird es also wichtig sein, Verhalten, die gleichzeitig mehreren problematischen Verhaltensweisen zugeordnet werden können, eine besondere Beachtung zu schenken. Es gilt zu vermeiden, sie doppelt zu erfassen oder den Schweregrad des Problems nicht korrekt einzuschätzen.

- Die Expertengruppe betonte, dass man sich nicht auf die im Gesetz definierten Glücks- und Geldspiele beschränken sollte. Stattdessen sollten alle Spiele berücksichtigt werden, bei denen es sich faktisch um Glücks- und Geldspiele handelt (z. B. Wetten an den Finanzmärkten).

- Die Expertinnen und Experten wiesen zudem darauf hin, dass in der Schweiz im psychiatrischen Rahmen wenige standardisierte Instrumente verwendet werden. Die Instrumente werden im klinischen Rahmen und in der Forschung unterschiedlich genutzt. Man muss sich bewusst sein, dass die Wahl eines Instruments für die Forschung wahrscheinlich keinen Einfluss auf die Verwendung der Instrumente in der klinischen Praxis haben wird.

3.2 Videospiel

3.2.1 Einleitung

Videospiele sind zu einer sehr beliebten Freizeitbeschäftigung geworden. Aufgrund der in den letzten 30 Jahren gesammelten wissenschaftlichen und klinischen Evidenz wurde allerdings die Existenz einer Videospielnutzungsstörung anerkannt.

3.2.2 Klassifikation

2013 fand eine Videospielstörung erstmals Eingang in eine offizielle Klassifikation der Krankheiten. Mit der Bezeichnung *internet gaming disorder* (IGD⁹) wurde sie in der fünften Ausgabe des DSM (DSM-5) unter Sektion III der neuen Störungsbilder eingeordnet, die vor einer offiziellen Anerkennung weiterer Forschung bedürfen (APA, 2013). Seitdem haben sich zahlreiche Forschungsarbeiten mit der (klinischen und diagnostischen) Validierung ihrer neun Kriterien befasst.

Im Mai 2019 wurde die *gaming disorder* (offline oder online) (GD; Diagnose 6C51¹⁰) in der ICD-11 der WHO unter den *disorders due to substance use or addictive behaviours > disorders due to addictive behaviours* (WHO, 2019)¹¹ klassifiziert.

Die Aufnahme der GD war in der 2017 publizierte Beta-Draft-Version der ICD-11 vorgeschlagen worden und wurde von verschiedenen Expertinnen und Experten begrüsst (z. B. Billieux et al., 2017; Király & Demetrovics, 2017; Van den Brink, 2017; Rumpf et al., 2018). Andere (z. B. Aarseth et al., 2017; van Rooij et al., 2018) hingegen kritisierten, die wissenschaftliche Evidenz für die Aufnahme sei noch nicht ausreichend, die meisten Studien hätten einen konfirmatorischen und nicht einen exploratorischen Ansatz gewählt,¹² es könne sich um eine sekundäre und nicht um eine primäre Störung handeln oder es bestünde die Gefahr, «normale» Spielende zu stigmatisieren.

9 Gaming must cause "significant impairment or distress" in several aspects of a person's life. The proposed symptoms of IGD include: Preoccupation with gaming, Withdrawal symptoms when gaming is taken away or not possible (sadness, anxiety, irritability), Tolerance, the need to spend more time gaming to satisfy the urge, Inability to reduce playing, unsuccessful attempts to quit gaming, Giving up other activities, loss of interest in previously enjoyed activities due to gaming, Continuing to game despite problems, Deceiving family members or others about the amount of time spent on gaming, The use of gaming to relieve negative moods, such as guilt or hopelessness Risk, having jeopardized or lost a job or relationship due to gaming. Under the proposed criteria, a diagnosis of IGD would require experiencing five or more of these symptoms within a year. The condition can include gaming on the internet, or on any electronic device, although most people who develop clinically significant gaming problems play primarily on the internet.

10 GD, predominantly online, is characterised by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming') that is primarily conducted over the internet and is manifested by: impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences. The behaviour pattern is of sufficient severity to result in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. The pattern of gaming behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The gaming behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

11 In der ICD-11 ist auch das *hazardous gaming* (Diagnose QE22) enthalten.

12 Certains comportements excessifs seraient a priori considérés comme des addictions comportementales en recourant aux critères de l'addiction aux substances (approche confirmatoire) au lieu de développer une toute nouvelle conceptualisation ou des conceptualisations empruntant d'autres pistes (trouble obsessionnel compulsif, trouble du contrôle de l'impulsion, coping inadapté) (approche exploratoire).

Die Diskussion unter den Expertinnen und Experten über die diagnostischen Kriterien, die von den beiden offiziellen Klassifikationen verwendet wurden, setzte sich auch nach Mai 2019 fort. Eine aktuelle Experteneinschätzung ist zum Schluss gekommen, dass eine GD anhand der Kriterien der ICD-11 wahrscheinlich angemessen diagnostiziert und eine Überpathologisierung vermieden werden kann. Einige Kriterien des DSM-5 hingegen seien für die klinische Praxis ungeeignet und würden die Gefahr einer Überpathologisierung erhöhen (Castro-Calvo et al., 2021).

3.2.3 Definition und Terminologie

Bevor die Videospieldnutzungsstörung in die beiden offiziellen Klassifikationen Eingang fand, verwendeten die Forschenden auf internationaler Ebene eine sehr vielfältige Terminologie. Im Englischen fand man beispielsweise die Begriffe *problematic (online) gaming*, *video game addiction*, *video game dependency* oder *(online) gaming addiction*. Auf Deutsch wurde insbesondere von «Videospielsucht», «Videospielabhängigkeit», «Computerspielsucht» und «exzessiver Nutzung von Videospiele» gesprochen.

Seit 2013 bzw. 2015 werden nun vorzugsweise und künftig wahrscheinlich immer häufiger die Begriffe *internet gaming disorder* (Online-Videospieldnutzungsstörung; APA 2013) bzw. *gaming disorder* (Videospieldnutzungsstörung; WHO, 2019) verwendet.

3.2.3.1 Im abschliessenden Workshop validierte Terminologie

	fr	de	it	en
(Risikoarmes) Verhalten	Usage des jeux vidéo	Videospieldnutzung	Uso di videogiochi	Use of gaming
Risikoverhalten	Usage à risque des jeux vidéo	Risikoreiche Videospieldnutzung	Uso a rischio di videogiochi	At-risk use of gaming
«Sucht»	Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux vidéo	(suchtartige) Videospieldnutzungsstörung	Disturbo (<i>addictive</i>) legato all'uso di videogiochi	Gaming (<i>addictive</i>) disorder

3.2.3.2 Definition der im abschliessenden Workshop validierten «Videospielnutzungsstörung»

fr	Perte de maîtrise prolongée/durable de l'usage des jeux vidéo ne permettant plus à la personne d'être fonctionnelle face à son projet de vie et à ses relations sociales et s'accompagnant de la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde.
de	Langfristiger Kontrollverlust über die Nutzung von Videospiele, der es der Person nicht mehr erlaubt, funktional in Bezug auf ihren Lebensentwurf und ihre sozialen Beziehungen zu sein, und der von Leiden und Veränderungen in der Beziehung der Person zur Welt begleitet wird.
it	Perdita a lungo termine di controllo sull'uso dei videogiochi non permettendo più alla persona di essere funzionale in relazione al suo progetto di vita e alle sue relazioni sociali che si accompagna alla sofferenza della persona e cambiamenti nella sua rapporto con il mondo
en	Long-term loss of control over the use of video games, not allowing the person to be functional in their life project and social relationships, which is accompanied by the suffering of the person and changes in their relationship to the world

Bemerkungen und zusätzliche Erläuterungen: Die «Videospielnutzungsstörung» bezeichnet eine medizinische Diagnose und ist nicht mit dem Videospiele zu verwechseln, sogar wenn dieses intensiv ist.

3.2.4 Instrumente

3.2.4.1 Methodische Herausforderungen der Messinstrumente (und mögliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit)

Auch heute noch ist unsicher und umstritten, wie die Videospielnutzungsstörung (IGD/GD) optimal gemessen und validiert werden kann. Verkompliziert wird dies dadurch, dass sich Nutzung und Terminologie der Online-Aktivitäten, insbesondere der Videospiele, mit der raschen technologischen Entwicklung laufend verändern. Die konkrete Formulierung der Messinstrumente kann sich deshalb bereits wenige Jahre nach ihrer Einführung als überholt erweisen.

3.2.4.2 Bestehende Messinstrumente

Seit der Publikation des DSM-5 sind zahlreiche Instrumente entwickelt worden, um die IGD gemäss den neun Kriterien des Klassifikationssystems zu messen. Ebenso werden seit der Aufnahme der GD in die ICD-11 neue Instrumente erarbeitet, um die Validität ihrer vier Kriterien zu überprüfen.

In ihrem jüngsten systematischen Literaturreview zu den bestehenden Messinstrumenten untersuchten King et al. (2020) 25 Tools, die spezifisch auf die problematische Videospielnutzung oder die Videospielnutzungsstörung ausgerichtet (Literatur berücksichtigt bis 4. April 2019) und vor der Aufnahme der GD in die ICD-11 entwickelt worden waren. Laut den Autorinnen und Autoren erwies sich in ihrer Evaluation keines der Instrumente weder hinsichtlich psychometrischer noch praktischer Vorteile als klar optimale Wahl. Die folgenden sieben dieser Messinstrumente umfassen aber die neun Kriterien des DSM-5 und die vier der ICD-11 (keines der sieben Instrumente deckt ausschliesslich die Kriterien eines der beiden Klassifikationssysteme ab): Petry IGD, IGDS9-SF, PIE-9, IGDT-10, SCI-IGD, CVAT2.0, IGUISS. Von diesen sieben Instrumenten schnitten die IGDS9-SF (Internet Gaming Disorder Scale-9 Short Form; Pontes & Griffiths, 2015) und der IGDT-10 (Internet Gaming Disorder Test – 10 Items; Király et al., 2017) am besten ab (hinsichtlich verfügbarer wissenschaftlicher Evidenz und Verwendung im Rahmen von Untersuchungen), die übrigen fünf Instrumente liegen im Vergleich zurück.

Seit diesem systematischen Review und der Aufnahme der GD in die ICD-11 sind neue Instrumente entstanden, unter anderem der GDT (Gaming Disorder Test; Pontes et al., 2019), der die vier Kriterien der ICD-11 unverändert und ohne spezielle Anpassung des vierten Kriteriums der Beeinträchtigung (*impairment*) übernommen hat. Zudem werden in den nächsten Monaten und Jahren weitere auf der ICD-11 basierende Messinstrumente entwickelt, wie dies nach der Aufnahme der IGD in das DSM-5 der Fall war.

3.2.4.3 Prävalenzen weltweit und in der Schweiz

In der internationalen wissenschaftlichen Literatur unterscheidet sich die Prävalenz der Videospielnutzungsstörung stark, was unter anderem auf die verwendeten Definitionen, Messinstrumente, Cut-off-Werte, Stichproben und Studienpopulationen zurückzuführen ist. Dies zeigt, wie schwierig es ist, dieses Phänomen in geeigneter Weise zu messen und dessen Verbreitung innerhalb einer bestimmten Bevölkerung zu schätzen. Die Prävalenz schwankt somit im Allgemeinen zwischen etwa 0,5 und 5 Prozent (für Beispiele siehe King et al., 2020). Diese Werte sind mit jenen der *gambling disorder* (siehe Kapitel Glücks- und Geldspielnutzung) vergleichbar. In einigen Studien wurden aber Prävalenzen von über 15 Prozent festgestellt (für Beispiele siehe King et al., 2020). Werte in dieser Höhe wecken unweigerlich Zweifel an der verwendeten Methodik und widerspiegeln sehr wahrscheinlich einen hohen Anteil an falsch-positiven Ergebnissen.

Die in der Schweiz bei jungen Stellungspflichtigen (junge Männer Schweizer Nationalität) durchgeführte Längsschnittstudie C-Surf nahm die sieben Items umfassende Game Addiction Scale in ihren Fragebogen auf (GAS7; Lemmens et al., 2009). Dieses Messinstrument deckt aber nicht alle Kriterien des DSM-5 oder der ICD-11 ab. Für den Zeitraum 2010–2011 stellt die C-Surf-Studie sowohl in der Deutschschweiz als auch in der Romandie eine Prävalenz von pathologisch Spielenden* (*monothetic users**) in Höhe von 2,3 Prozent fest (Khazaal et al., 2016). Die Prävalenzwerte für exzessiv Spielende* (*polythetic users**; nicht pathologisch) lagen bei 8,1 bzw. 10,6 Prozent. In die Fragebögen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), die beide auf nationaler Ebene repräsentativ sind, wurde hingegen keine Messskala für die Videospielproblematik aufgenommen.

*Von den Autorinnen und Autoren dieser Studie verwendete Begriffe

3.2.4.4 Auswahl von Messinstrumenten für die Konsultationen mit Expertinnen und Experten sowie den abschliessenden Workshop

In Anbetracht der oben genannten Elemente wurde es als sinnvoll erachtet, auf alle auf der ICD-11 basierenden neuen Messinstrumente zu verzichten, da die entsprechenden wissenschaftlichen Erkenntnisse nach wie vor begrenzt sind. Stattdessen wurden die beiden Instrumente IGDT-10 und IGDS9-SF ausgewählt.

Zu beachten ist, dass die Wahl der beiden Instrumente im Ausschlussverfahren erfolgte und nicht, weil sie zur Messung der IGD/GD eindeutig optimal geeignet erscheinen. In den kommenden Monaten oder Jahren werden wahrscheinlich weitere validierte Instrumente bereitgestellt, die eine umfassendere Messung der Kriterien der ICD-11 erlauben (d. h. unter Einbezug der finanziellen Probleme).

3.2.4.5 Im abschliessenden Workshop validiertes Instrument

Die Mehrheit der konsultierten Expertinnen und Experten sprach sich dafür aus, den IGDT-10 als Forschungsinstrument zu verwenden (siehe Anhang 2).

IGDT-10

Der IGDT-10 stützt sich hauptsächlich auf das DSM-5 und wurde in mehreren Ländern und Sprachen validiert (psychometrische Eigenschaften). In der Erststudie, die in Ungarn mit einer willkürlichen Stichprobe von auf Facebook rekrutierten Spielenden im Alter von mindestens 14 Jahren durchgeführt wurde, lag die Prävalenz der IGD zwischen 2,6 und 2,9 Prozent unter Berücksichtigung des Cut-off-Werts von 5 von 9 Punkten (25/45 Punkte), den das DSM-5 vorschlägt (Király et al., 2017).

Auswahlkriterien – IGDT-10

Berücksichtigt die Klassifikation des Verhaltens in der ICD-11 und/oder dem DSM-5	DSM-5 und ICD-11
Falls ja: Diagnosekriterien der ICD-11 und/oder des DSM-5 abgedeckt	Die 9 Kriterien des DSM-5 und die 4 der ICD-11 (davon 4 von 5 <i>impairments</i>)
Kann in eine Bevölkerungsumfrage aufgenommen werden [falls ja: Zahl der Items: < 5 = ja, 6–10 = eventuell, > 10 = nein]	Eventuell (10)
(Validierte) Kurzform verfügbar	Nein
Cut-off-Werte vorgeschlagen [falls ja, Anzahl Kategorien]	Ja, dichotom
Cut-off-Werte klinisch validiert (Goldstandard)	Nein
Verwendung im klinischen Rahmen möglich	Derzeit nicht klinisch validiert
Bevölkerungsgruppe [Jugendliche, Erwachsene, beide]	Beide
Online und/oder offline	Online
Verfügbarkeit in den Landessprachen (validiert oder nicht)	Französisch
In der Schweiz bereits verwendet (Prävalenzen)	Nein
Verwendung in den Nachbarländern (Prävalenzen verfügbar)	Ja, Frankreich (aber keine Bevölkerungsumfrage)
Falls nein: in anderen Ländern? [falls ja: welche?]	
Items betreffend die negativen Auswirkungen in verschiedenen Alltagsbereichen (falls ja, wie viele)	Vier Fragen (Schule/Arbeit, Beziehungen, Allgemeines, Freundschaften + Hobbys)
Bemerkungen	-

Die **Grenzen** dieses Messinstruments und der damit gemessenen Störung wurden aber im abschliessenden Workshop diskutiert und müssen berücksichtigt werden. Da das Instrument und die damit gemessene Störung erst seit sehr kurzer Zeit existieren, sind verschiedene Einschränkungen zu beachten.

Die grösste Einschränkung besteht darin, dass die «Videospieldnutzungsstörung» und folglich auch die Kategorie «risikoreiche Nutzung» derzeit nicht korrekt gemessen werden können. Die von den Autorinnen und Autoren des IGDT-10 vorgeschlagenen Cut-off-Werte sind nicht mit klinischen, sondern lediglich mit willkürlichen Stichproben (*convenience samples*) validiert worden. Da in der ICD-11 derzeit Kriterien und Schwellenwerte für die Definition der «Störung» fehlen, lässt sich nicht feststellen, welche Personen ein unproblematisches Verhalten bzw. ein Risikoverhalten oder eine Störung aufweisen. Diese Einschränkung dürfte in den nächsten Monaten mit einer klaren Definition der Kriterien und Schwellenwerte beseitigt werden. Für den Moment bedeutet dies leider, dass das Instrument nur die Intensität der Symptome und Probleme messen kann.

Weitere Einschränkungen eher technischer Art bestehen darin, dass noch keine Validierung auf Deutsch und Italienisch vorliegt. Zudem fehlt im Instrument eine Frage zu den «finanziellen Problemen» (King et al., 2020), obwohl immer mehr Videospiele Formen der Monetarisierung aufweisen, die für die Spielenden zu finanziellen Problemen führen können. Überdies wäre der Einsatz des Instruments in Bevölkerungsbefragungen wie der SGB beschränkt, da keine Kurzform angeboten wird.

Ergänzende Bemerkungen, die sich aus dem abschliessenden Workshop ergeben haben

- Den Expertinnen und Experten zufolge sieht die WHO vor, ab 2022 ein auf der ICD-11 basierendes Screeninginstrument anzubieten. Mittelfristig könnte es sich deshalb als nötig erweisen, die Messinstrumente für diese Störung neu zu evaluieren.
- Wichtig ist auch die Frage der Stigmatisierung¹³ der Spielenden. Es ist darauf zu achten, dass sie nicht pathologisiert werden.

¹³ Siehe beispielsweise Artikel von Galanis et al. (2020).

3.3 Sexualverhalten

3.3.1 Einleitung

Das (als solches gewertete) «exzessive» Sexualverhalten unterlag je nach Ort und Zeit lange der gesellschaftlichen Zensur und wurde häufig mit einer psychiatrischen Dysfunktion in Verbindung gebracht (Wakefield, 2012). Die Geschichte seiner Klassifikation als Störung ist deshalb sehr komplex. Heute werden zwar Anstrengungen unternommen, um die gesellschaftliche Verurteilung und Moralisierung von sexuellem Verhalten zu vermeiden. In der Auseinandersetzung mit dieser Problematik besteht jedoch immer die Gefahr, dass Fehler der Vergangenheit wiederholt werden.

3.3.2 Klassifikation

1978 hatte Orford zugunsten einer Theorie der *hypersexual dependence* argumentiert, gleichzeitig aber auf drei grosse Probleme hingewiesen, die auch von Carnes (1994) festgestellt wurden und noch heute Gültigkeit haben (Rosenberg et al., 2014). Aus Sicht dieser Autorinnen und Autoren ist es schwierig, ein «normales» von einem «anormalen» Sexualverhalten zu unterscheiden und zu erkennen, wann der Kontrollverlust stattfindet, sowie zu beurteilen, welche Rolle der kulturelle Hintergrund spielt.

2013 wurde die Aufnahme der *hypersexual disorder* (HD) als neue spezifische Diagnose in das DSM-5 abgelehnt. Wie Reid und Kafka erklären (Reid & Kafka, 2014; Kafka, 2014), wurde im Rahmen der Arbeiten für das DSM-5 heftige Kritik laut, es drohe die Aufnahme einer Diagnose, die «normales» Sexualverhalten zu Unrecht pathologisieren könnte (Frances, 2010; Wakefield, 2012; Winters, 2010), was eine medizinisch begründete Rechtfertigung für als unmoralisch beurteilte Verhaltensweisen bieten könnte (Halpern, 2011). Kritisiert wurde zudem, die Diagnose sei wissenschaftlich nicht ausreichend fundiert (Wakefield, 2012) und werde bereits durch andere Störungen erklärt (Halpern, 2011).

Sechs Jahre später fand die *compulsive sexual behaviour disorder* (Diagnose 6C72¹⁴) als neue Diagnose in der Kategorie *impulse control disorders* Eingang in die ICD-11 (WHO, 2019). Wie bereits bei der Überarbeitung des DSM-5 entstand auch bei der Entwicklung der ICD-11 eine heftige Kontroverse (Fuss et al., 2019) zwischen Expertinnen und Experten, die eine Aufnahme der Diagnose in die ICD-11 forderten, und solchen, die diese Haltung kritisierten. Die Diagnose der *compulsive sexual behaviour disorder* stützt sich auf verschiedene Kriterien, die auch für die vom DSM-5 vorgeschlagene Diagnose der *hypersexual disorder* verwendet wurden, unterscheidet sich aber in wesentlichen Punkten davon. Unter anderem umfasst sie Kriterien betreffend eine verminderte Befriedigung bzw. Gewissenskonflikte. Auf die Kritik der Überpathologisierung entgegen Kraus et al. (2018), bei Personen, die keine veränderte Kontrolle ihres Sexualverhaltens und keinen Leidensdruck oder signifikante Funktionsbeeinträchtigung im Alltag aufwiesen, würde gemäss den Kriterien der ICD-11 keine zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung diagnostiziert. Dies gilt auch für Personen mit einer psychischen Belastung, die ausschliesslich durch moralische Wertungen oder die Missbilligung sexueller Verhaltensweisen entsteht.

¹⁴ Compulsive sexual behaviour disorder is characterised by a persistent pattern of failure to control intense, repetitive sexual impulses or urges resulting in repetitive sexual behaviour. Symptoms may include repetitive sexual activities becoming a central focus of the person's life to the point of neglecting health and personal care or other interests, activities and responsibilities; numerous unsuccessful efforts to significantly reduce repetitive sexual behaviour; and continued repetitive sexual behaviour despite adverse consequences or deriving little or no satisfaction from it. The pattern of failure to control intense, sexual impulses or urges and resulting repetitive sexual behaviour is manifested over an extended period of time (e.g., 6 months or more), and causes marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. Distress that is entirely related to moral judgments and disapproval about sexual impulses, urges, or behaviours is not sufficient to meet this requirement.

3.3.3 Im abschliessenden Workshop beschlossene Neuorientierung – problematische Pornografienutzung

Im abschliessenden Workshop wurde entschieden, den Fokus auf die **problematische Pornografienutzung** anstelle der *compulsive sexual behaviour disorder* zu legen. Mit Blick auf ihre berufliche Praxis (z. B. Zahl der Betroffenen, Art der Behandlung, Entwicklung der Störung usw.) anerkennen die Mitglieder der Arbeitsgruppe die *compulsive sexual behaviour disorder* nicht als Verhalten, das mit einem substanzungebundenen suchtarigen Verhalten gleichzusetzen ist. Sie räumen aber ein, dass bei bestimmten Praktiken wie der **Internetpornografie** Suchtaspekte eine Rolle spielen könnten, auch wenn sie der Meinung sind, dass es für eine allfällige Zuordnung zu den substanzungebundenen suchtarigen Verhaltensweisen weiterer Studien bedarf. Die Forschungsergebnisse zu den Instrumenten betreffend die zwanghaften Sexualverhaltensweisen sind in Anhang 5 dargestellt.

3.3.3.1 Im abschliessenden Workshop validierte Terminologie

	fr	de	it	en
Verhalten	Usage de la pornographie	Pornografienutzung	Uso di pornografia	Use of pornography
Problematisches Verhalten	Usage problématique de la pornographie	Problematische Pornografienutzung	Uso problematico di pornografia	Problematic use of pornography

3.3.3.2 Definition der im abschliessenden Workshop validierten «problematischen Pornografienutzung»

Definition

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par l’usage de pornographie
de	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch die Nutzung von Pornografie entstehen
it	Un concetto che si riferisce a un insieme di difficoltà create - per certi individui - dall'uso della pornografia
en	Notion that refers to a set of difficulties generated - for some individuals - by the use of online pornography

3.3.3.3 Messinstrumente für die «problematische Pornografienutzung»

Für die Auswahl des Instruments, das für die Messung der problematischen Pornografienutzung vorgeschlagen werden soll, wurden zwei wissenschaftliche Arbeiten jüngerer Datums herangezogen. Bei der ersten handelt es sich um einen systematischen Review (Fernandez und Griffiths, 2021), in dem 22 Messinstrumente untersucht wurden. Zwei dieser Instrumente, die Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS; Böthe et al., 2018) und die Problematic Pornography Use Scale (PPUS; Kor et al., 2014) wurden als besonders interessant und umfassend bezeichnet. Die zweite Studie untersuchte drei Skalen – darunter die PPUS und die PPCS – mittels quantitativer und qualitativer Kriterien (Chen und Jiang, 2020).

Die PPCS ist eine Skala mit 18 Items, die auf dem Suchtmodell von Griffiths beruht und die problematische Nutzung von Internetpornografie misst. Bei der PPUS handelt es sich um eine 12-Item-Skala, die auf Basis der *hypersexual disorder* gemäss DSM-5 entwickelt wurde.

Da bisher nicht definiert wurde, welcher diagnostischen Kategorie die problematische Pornografienutzung zugeordnet werden kann, und ein Messinstrument eher darauf abzielen sollte, die negativen Auswirkungen eines Verhaltens zu analysieren, fiel der Entscheidung zugunsten der PPUS aus.

Im Vergleich zur PPCS deckt die PPUS die negativen Auswirkungen des Verhaltens auf die sozialen Beziehungen oder die Arbeit umfassender ab und beinhaltet eine Frage zur Fortsetzung des Verhaltens trotz einer Gefährdung der Gesundheit. Diese Kriterien entsprechen eher denjenigen, die in der ICD-11 für die *compulsive sexual behaviour disorder* festgelegt wurden.

Auswahlkriterien – PPUS

Berücksichtigt die Klassifikation des Verhaltens in der ICD-11 und/oder dem DSM-5	Basierend auf dem Vorschlag für die <i>hypersexual disorder</i> für das DSM-5 konstruiert
Falls ja: Diagnosekriterien der ICD-11 und/oder des DSM-5 abgedeckt	7 von 9 Kriterien der ICD-11 und 8 von 10 des Vorschlags für das DSM-5 sind abgedeckt
Kann in eine Bevölkerungsumfrage aufgenommen werden [falls ja: Zahl der Items: < 5 = ja, 6–10 = eventuell, > 10 = nein]	Nein (12)
(Validierte) Kurzform verfügbar	Nein
Cut-off-Werte vorgeschlagen [falls ja, Anzahl Kategorien]	Nein
Cut-off-Werte klinisch validiert (Goldstandard)	Nein
Verwendung im klinischen Rahmen möglich	Nicht vor klinischer Validierung
Bevölkerungsgruppe [Jugendliche, Erwachsene, beide]	Erwachsene
Online und/oder offline	Beide
Verfügbarkeit in den Landessprachen (validiert oder nicht)	Nein
In der Schweiz bereits verwendet (Prävalenzen)	Nein
Verwendung in den Nachbarländern (Prävalenzen verfügbar)	Nein
Falls nein: in anderen Ländern? [falls ja: welche?]	
Items betreffend die negativen Auswirkungen in verschiedenen Alltagsbereichen (falls ja, wie viele)	Eine Frage zu den Auswirkungen (Ausbildung/Arbeit/Beziehungen) und eine zur Gefährdung (Ausbildung/Arbeit/Beziehungen)
Bemerkungen	Das Instrument misst eine Verhaltensweise, die vom Verhalten abweicht, das in der ICD-11 berücksichtigt und bei der Definition des DSM-5 analysiert wurde. In naher Zukunft sind keine Weiterentwicklungen in der Nutzung dieses Instruments zu erwarten.

3.4 Kaufverhalten

3.4.1 Einleitung

Einkaufen und Shopping sind in einer Marktwirtschaft ein völlig normales und natürliches Verhalten. Bereits 1915 wurde aber in der Literatur ein Problem im Zusammenhang mit dem Kaufverhalten beschrieben. Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin sprach damals als erster von einer krankhaften Kauflust, die er als «Oniomanie» (vom griechischen «onios» = käuflich) bezeichnete. Mehr als hundert Jahre später hat sich die Wissenschaft noch nicht auf eine klassifikatorische Einordnung dieses problematischen Verhaltens geeinigt. Weiterhin ungeklärt bleibt, ob es als Impulskontrollproblem, Zwangsstörung oder substanzungebundenes suchartiges Verhalten einzustufen ist (Aboujaoude, 2014; Andreassen, 2014).

3.4.2 Merkmale dieses Verhaltens

Dieses Verhalten ist gekennzeichnet durch eine übermässige Beschäftigung mit Kaufen, schlecht kontrollierte und als unwiderstehlich wahrgenommene Kaufimpulse sowie wiederkehrende, fehlangepasste Exzesse, die zu ausgeprägtem Leidensdruck und starker Scham führen (McElroy et al., 1994; Lejoyeux et al., 1996). **Für zwanghafte Käuferinnen und Käufer steht der Kaufprozess selbst im Vordergrund**, sie sind also mehr am Erwerb als am Besitz oder am Gebrauch des gekauften Artikels interessiert (Lejoyeux et al., 1996). Betroffene kaufen Konsumgüter, die sie nicht benötigen oder sich nicht leisten können, oder erwerben solche Güter in unnötigen Mengen und verbringen regelmässig mehr Zeit als geplant mit Kaufen und Shopping. **Die meisten der gekauften Waren werden nie oder selten verwendet**, sondern stattdessen versteckt, gehortet, verschenkt, vergessen oder weggeworfen (Weinstein et al., 2016). Bei zwanghaften Käuferinnen und Käufern sind Versuche, dieses Verhalten zu beenden, erfolglos. Schuldgefühle und Reue nach dem Kauf und langfristige negative Auswirkungen werden beobachtet. Dazu gehören die Zunahme oder Entwicklung von psychiatrischen Komorbiditäten, familiäre Probleme, berufliche Schwierigkeiten, finanzielle Probleme, Strafverfolgung und eine Minderung der Lebensqualität (Christenson et al., 1994; Zhang et al., 2017).

3.4.3 Klassifikation: Störung, Symptom oder einfach Exzess?

Hinsichtlich der Nosographie ist festzustellen, dass das DSM-5 keine Diagnose im Bereich des Kaufverhaltens enthält. In der ICD-11 hingegen wird die «Störung des Kaufverhaltens» (*buying-shopping disorder*) als Beispiel für die Residualkategorie «andere spezifische Impulskontrollstörungen» (Diagnose 6C7Y) aufgeführt.

In der wissenschaftlichen Literatur sind zur Nosologie dieses Verhaltens zwei Positionen auszumachen. Für die eine Seite ist das Verhalten pathologisch und wird als Störung eingestuft. Die andere Seite weist darauf hin, dass es sich einfach um ein dysfunktionales Verhalten handeln könnte (Billieux et al., 2015).

... eine Störung

Es sind verschiedene nosologische Einordnungen vorgeschlagen worden, darunter als Unterart der Zwangsstörungen, als Impulskontrollstörung oder als substanzungebundenes suchartiges Verhalten (Hollander & Allen, 2006).

Zwischen der Störung des Kaufverhaltens und den Zwangsstörungen gibt es Gemeinsamkeiten, wobei jüngere Studien mehr Übereinstimmungen zwischen der Störung des Kaufverhaltens und der Glücks- und Geldspielnutzungsstörung als zwischen der Störung des Kaufverhaltens und den Zwangsstörungen aufgezeigt haben (Müller et al., 2019).

Impulskontrollstörungen sind in der ICD-11 gekennzeichnet durch wiederholtes Scheitern darin, einem Impuls, Antrieb oder Drang zur Ausführung einer Handlung zu widerstehen, die zwar belohnend ist – zumindest kurzfristig –, längerfristig jedoch mit Folgen wie Beeinträchtigungen für die Person selbst oder andere, starkem Leidensdruck aufgrund des Verhaltensmusters oder erheblicher Zerrüttung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden ist. Das bei Personen mit einer Störung des Kaufverhaltens beobachtete Krankheitsbild entspricht diesen Kriterien (Müller et al., 2019).

Neueren Betrachtungen zufolge wäre es angemessener, diese Störung als substanzungebundenes suchartiges Verhalten einzustufen (Mestre-Bach et al., 2017). Zu den Faktoren, die der Störung des Kaufverhaltens und den substanzgebundenen Störungen oder der Glücks- und Geldspielnutzungsstörung gemein zu sein scheinen, zählen ungünstige Entscheidungsprozesse, eine grössere Bedeutung der störungsspezifischen Stimuli und das Streben nach Belohnung (Derbyshire et al., 2014; Trotzke et al., 2017; Starcke et al., 2018).

... ein Symptom

Das Problem im Zusammenhang mit dem Kaufverhalten kann durch andere Störungen ausgelöst werden. Bei der Parkinson-Krankheit besteht eine der Behandlungskomplikationen darin, dass impulsiv-zwanghafte Verhalten auftreten, die zu verschiedenen kognitiven Defiziten und Verhaltensstörungen führen können, namentlich im Bereich Kaufen und Shopping (Bhattacharjee, 2018; Callesen et al., 2014). Bei bipolaren Störungen können Betroffene in der manischen Phase impulsive Verhaltensweisen wie ein ungezügelter Kaufverhaltensweisen aufweisen (Filomensky et al., 2012; Lejoyeux & Weinstein, 2010). Im Falle des Hortens (*hoarding*) haben viele Betroffene ein zwanghaftes Kaufverhalten. Es handelt sich aber nicht um eine Sucht, sondern vielmehr um den Prozess, der verwendet wird, um das Bedürfnis nach Besitz zu stillen (Claes et al., 2016; Möllenkamp et al., 2015).

... ein Exzess

Impulskäufe gehören zum Leben der Konsumentinnen und Konsumenten und sind eines der Hauptziele von Marketing. Marketingmethoden wie die Einführung von Kreditkarten, Geldautomaten, Sofortkrediten, Teleshopping und Telemarketing verleiten die Konsumentinnen und Konsumenten dazu, vermehrt impulsiv Dinge zu kaufen (Lejoyeux & Weinstein, 2013). Verschiedene Autorinnen und Autoren haben beispielsweise gezeigt, dass impulsive Käufe mit einer materialistischen Werteüberzeugung (Dittmar, 2005), Glaubenssystemen und Selbstregulierungsprozessen (Sohn & Choi, 2012) oder der Emotionskontrolle (Fenton-O'Creevy, 2018) zusammenhängen.

3.4.4 Definition und Terminologie

Die sehr vielfältige Terminologie in der Literatur verdeutlicht, wie schwierig die Einordnung dieser Problematik ist. Zu den verwendeten Begriffen gehören beispielsweise Oniomanie, Kaufsucht, zwanghaftes Kaufen, impulsives Kaufen, Shoppingsucht, pathologisches Kaufen und problematisches Kaufen.

3.4.4.1 Im abschliessenden Workshop validierte Terminologie

	fr	de	it	en
Verhalten	Comportement d'achat	Kaufverhalten	Comportamento di acquisto/shopping	Buying behavior
Störung	Trouble de l'achat/shopping compulsif	Zwanghafte Kauf-/ Shoppingstörung	Disturbo da acquisto/shopping compulsivo	Compulsive buying-shopping disorder

3.4.4.2 Definition der im abschliessenden Workshop validierten «zwanghaften Kauf-/ Shoppingstörung»

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par leur comportement d'achat.
all	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch ihr Kaufverhalten verursacht werden.
it	Concetto che si riferisce ad un insieme di difficoltà causate - per alcuni individui - dal loro comportamento di acquisto.
an	Notion that refers to a set of difficulties generated - for certain individuals - by their purchasing behavior.

3.4.5 Instrumente

3.4.5.1 Methodische Herausforderungen (und mögliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit)

In einer Marktgesellschaft ist jede einzelne Person jederzeit Ziel von Marketing, bei dem es in erster Linie darum geht, Kaufimpulse auszulösen. Ein impulsives Kaufverhalten stellt deshalb den Archetyp des idealen Konsumverhaltens dar. Unsere Gesellschaft fördert eine materialistische Einstellung, indem sie verfälschte Wahrnehmungen der Realität erzeugt (O'Guinn und Faber, 1989), die durchschnittlichen Konsumentinnen und Konsumenten über Werbung abwertet und Produkte anbietet, die ihren Besitzerinnen und Besitzern einen bestimmten Status verleihen (Benson, 2000). Impulsives und zügelloses Kaufverhalten, Reue, wirtschaftliche Schwierigkeiten und weitere kaufverhaltensbezogene Probleme bedeuten deshalb nicht zwingend, dass eine Pathologie im Zusammenhang mit dem Kaufverhalten vorliegt.

Klinische Fälle von Käuferinnen und Käufern, die echte Probleme mit ihrem Kaufverhalten haben, werden seit 1915 beobachtet, dokumentiert und behandelt. Da eine klare Diagnose fehlt, ist es aber sehr schwierig bzw. unmöglich, ein valides Instrument für die Messung eines Problems zu finden, dessen Kriterien sich teilweise mit dem Konsumismus vermischen.

Wie die Expertengruppe für die ICD-11 betont hat, gibt es folglich bisher keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz, um das problematische Kaufverhalten als substanzungebundenes suchtartiges Verhalten einzustufen. Es sollte eher aus der Perspektive der Impulskontrollstörung betrachtet werden. Dennoch müssen die hohe Rate an psychiatrischen Komorbiditäten und das (nicht pathologische) exzessive Kaufen berücksichtigt werden, das zwar problematisch sein kann, aber Folge eines im wirtschaftsliberalen Kontext der westlichen Gesellschaften normalen Kontrollverlusts ist.

3.4.5.2 Bestehende Messinstrumente

In der wissenschaftlichen Literatur werden zahlreiche Messinstrumente beschrieben. Zwölf davon wurden im Rahmen der Literaturrecherche untersucht. Viele dieser Instrumente sind aus dem Blickwinkel einer Impulskontrollstörung konstruiert, während in den neueren Fragebögen die Perspektive des substanzungebundenen suchartigen Verhaltens integriert wurde. Generell sind wenige Instrumente geeignet, sowohl das *Offline*- als auch das *Online*-Kaufen zu messen. Während die ältesten Instrumente einige Fragen beinhalteten, die ausschliesslich das «physische» Kaufen betrafen, beziehen sich die Fragen in den neueren Tools auf beide Kaufmöglichkeiten. Die weiter unten genauer beschriebenen drei Instrumente wurden als die besten der zwölf untersuchten eingestuft.

3.4.5.3 Prävalenzen weltweit und in der Schweiz

In einer Metaanalyse von Studien, die repräsentative Erwachsenenstichproben und verschiedene Messinstrumente verwendet hatten, wurde eine gepoolte Prävalenzrate von 4,9 Prozent ermittelt (Maraz et al., 2016). Eine vergleichbare Rate von 4,8 Prozent zeigte eine repräsentative Befragung, die 2003 in der Schweiz durchgeführt wurde (Deutscher Kaufsuchtindikator; Maag, 2010). Eine neuere Studie (Wenger und Schaub, 2020) stellte ebenfalls einen sehr ähnlichen Wert fest (4,2 Prozent, wobei das weiter unten in diesem Kapitel beschriebene Messinstrument BSAS verwendet wurde).

3.4.5.4 Auswahl von Messinstrumenten für die Konsultationen mit Expertinnen und Experten sowie den abschliessenden Workshop

Die folgenden drei Instrumente wurden als von besonderem Interesse identifiziert: Bergen Shopping Addiction Scale (BSAS) (Andreassen et al., 2015), Pathological Buying Screener (PBS) (Müller et al., 2015; Müller, Trotzke, Laskowski et al., 2020) sowie Richmond Compulsive Shopping Scale (RCSS) (Ridgway et al., 2008).

3.4.5.5 Im abschliessenden Workshop validiertes Instrument

Mehrere Expertinnen und Experten betonten, wie wichtig Messinstrumente seien, mit denen Kaufverhalten über einen längeren Zeitraum gemessen werden können. Im Rahmen der Konsultation der Expertinnen und Experten und des abschliessenden Workshops **gelang es aber nicht, eines der Instrumente zu validieren**. Die beiden Instrumente, die als am besten geeignet bezeichnet worden waren (BSAS und PBS), sind mit erheblichen Einschränkungen behaftet.

Die *compulsive buying-shopping disorder* ist in der ICD-11 in der Kategorie *other specified impulse control disorders* anerkannt. Da aber eindeutige diagnostische Kriterien fehlen, ist es mit einem Messinstrument nicht möglich, klare und validierte Risiko-/Problemkategorien zu definieren.

Aus Mangel an Alternativen schlagen die Verfasserinnen und Verfasser dieses Berichts vor, den PBS zu verwenden. Dieses Instrument wurde aus dem Blickwinkel einer Impulskontrollstörung (derzeit durch die ICD-11 anerkannte diagnostische Kategorie) und eines substanzungebundenen suchartigen Verhaltens entwickelt. Zudem wurde eine erste klinische Validierung des PBS durchgeführt. Die BSAS hingegen verwendet ausschliesslich das Suchtkomponentenmodell von Griffiths (2005), obwohl eine suchartige Kaufverhaltensstörung formell nicht anerkannt und das Instrument nicht klinisch validiert worden ist.

PBS – The Pathological Buying Screener

Bei der Entwicklung dieses Instruments wurde sowohl die Perspektive der Impulskontrollstörung als auch des substanzungebundenen suchartigen Verhaltens berücksichtigt. Als Grundlage wurde der Fragebogen Compulsive Buying Scale (der eine Zeit lang als Referenz diente, heute aber überholt ist) mit Anpassungen an den heutigen Kontext verwendet. Der Fragebogen besteht aus 13 Items.

Die Validierung des PBS erfolgte anhand von drei Studien, von denen eine mit einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten arbeitete, die wegen eines Problems im Zusammenhang mit dem Kaufverhalten in Behandlung waren (Müller et al., 2015; Müller, Trotzke, Laskowski et al., 2020). Das Instrument weist eine Sensitivität von 98,0 Prozent und eine Spezifität von 94,7 Prozent auf (Cut-off-Wert ≥ 29).

Auswahlkriterien – PBS

Berücksichtigt die Klassifikation des Verhaltens in der ICD-11 und/oder dem DSM-5	Nur teilweise (Verhaltenssucht und Impulskontrollstörungen)
Falls ja: Diagnosekriterien der ICD-11 und/oder des DSM-5 abgedeckt	Die Kriterien der ICD-11 für diese Störung sind noch nicht definiert worden [Residualkategorie]. Auf alle Fälle wird es sich dabei nicht um die Kriterien für eine Sucht handeln.
Kann in eine Bevölkerungsumfrage aufgenommen werden [falls ja: Zahl der Items: < 5 = ja, 6–10 = eventuell, > 10 = nein]	Nein (13)
(Validierte) Kurzform verfügbar	Nein
Cut-off-Werte vorgeschlagen [falls ja, Anzahl Kategorien]	Ja, dichotom
Cut-off-Werte klinisch validiert (Goldstandard)	Ja
Verwendung im klinischen Rahmen möglich	Unklar
Bevölkerungsgruppe [Jugendliche, Erwachsene, beide]	Erwachsene
Online und/oder offline	Beide
Verfügbarkeit in den Landessprachen (validiert oder nicht)	Deutsch
In der Schweiz bereits verwendet (Prävalenzen)	Nein
Verwendung in den Nachbarländern (Prävalenzen verfügbar)	Deutschland (4,8 %)
Falls nein: in anderen Ländern? [falls ja: welche?]	
Items betreffend die negativen Auswirkungen in verschiedenen Alltagsbereichen (falls ja, wie viele)	Vier Fragen (finanzielle Probleme, Leidensdruck, Probleme Arbeit/Ausbildung, Probleme mit anderen Menschen)
Bemerkungen	

3.5 Soziale Netzwerke (Unterkategorie der sozialen Medien)

Soziale Medien sind Internetanwendungen, die es ihren Nutzerinnen und Nutzern ermöglichen, unter einem eigenen Profil Inhalte zu veröffentlichen und die Beiträge anderer Nutzerinnen und Nutzer zu kommentieren oder hervorzuheben. Im Zentrum der sozialen Medien stehen die Interaktion der Nutzerinnen und Nutzer rund um gemeinsame Interessen und die Bildung breiter sozialer Netzwerke (Community).

Mit der Bezeichnung soziale Medien sind vor allem die sozialen Websites und Anwendungen gemeint (z. B. virtuelle Spiele, Blogs, Online-Zusammenarbeit), zu denen auch die sozialen Netzwerke (als Unterkategorie) gehören (Kuss und Griffiths, 2017). Die sozialen Netzwerke, die sich durch ihre Fähigkeit zur Bildung virtueller Gemeinschaften und ihr Angebot an Aktivitäten abgrenzen, wurden von allen Kategorien sozialer Medien am häufigsten untersucht.

3.5.1 Einleitung

In den letzten Jahren hat sich die Zahl der verschiedenen Websites und Anwendungen im Bereich der sozialen Medien vervielfacht. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene kommunizieren und interagieren heute hauptsächlich über soziale Medien miteinander. Es gibt allerdings Personen, für welche die Nutzung sozialer Medien zu einem Problem wird. Sie verbringen übermässig (bzw. als übermässig gewertet) viel Zeit damit oder berichten sogar von einem Kontrollverlust. Als besonders problematisch anerkannt sind die Möglichkeiten zur sozialen Vernetzung (*social networking*). Aus diesem Grund hat sich die wissenschaftliche Forschung vor allem auf die Unterkategorie der sozialen Netzwerke konzentriert.

3.5.2 Klassifikation

Soziale Netzwerke können definiert werden als digitale Plattformen, auf denen die Nutzerinnen und Nutzer persönliche Profile mit Privatsphäre-Einstellungen (*privacy*) anlegen und mit anderen Nutzerinnen und Nutzern interagieren, d. h. Inhalte teilen und kommentieren oder private Nachrichten austauschen (Boyd und Ellison, 2007). Diese Nutzungspraktiken können nicht nur die Beziehung zwischen Personen, die sich bereits kennen, intensivieren, sondern auch neue Verbindungen beruflicher oder privater Art ermöglichen. Während viele die sozialen Netzwerke funktional verwenden, scheint deren Nutzung für andere problematisch zu sein (Boer et al., 2020; Zhang und Rau, 2021).

Zahlreiche Studien zum Nutzungsverhalten in den sozialen Netzwerken befassen sich mit den Auswirkungen dessen, was als problematische Nutzung sozialer Netzwerke bezeichnet werden könnte, auf das Leben der betroffenen Personen. Die breitgefächerte Terminologie, die für dieses Verhalten verwendet wird, verdeutlicht den bisher fehlenden Konsens über die theoretischen und ätiologischen Grundlagen (Abendroth et al., 2020; Zendle und Bowden-Jones, 2019).

In der wissenschaftlichen Literatur ist das Thema im Übrigen äusserst kontrovers. Wie bei den anderen Verhaltensweisen, die nicht in das DSM-5 und die ICD-11 aufgenommen worden sind, bewegt sich die wissenschaftliche Debatte zwischen zwei Positionen: Die eine Seite vertritt den Standpunkt, beim Problem im Zusammenhang mit der Nutzung sozialer Netzwerke handle es sich um eine Pathologie (z. B. ein suchtartiges Verhalten im Zusammenhang mit den sozialen Netzwerken). Die andere hingegen ist der Ansicht, es sei lediglich eine Folge einer exzessiven Nutzung in Verbindung mit zugrundeliegenden (primären) Problemen. Für einige der Verfechterinnen und Verfechter der Einordnung als Pathologie weist die problematische Nutzung sozialer Netzwerke Ähnlichkeiten mit der Videospieldnutzungsstörung (IGD/GD) auf. Sie schlagen deshalb vor, sie als substanzungebundenes suchtartiges Verhalten zu definieren und zu untersuchen (z. B. Griffiths et al., 2014; Andreassen, 2015). Für andere liegt eine Impulskontroll- oder eine Zwangsstörung vor. Andere Autorinnen und Autoren vertreten die These, dass eine (als solche gewertete) exzessive Nutzung nicht zwingend pathologisch, sondern vielmehr Ausdruck eines anderen, zugrundeliegenden (primären) Problems sei. In diesem Fall würden die sozialen Netzwerke

als Mittel zur Flucht vor Alltagsproblemen verwendet und das Wohlbefinden steigern. Kardefelth-Winther (2014) stellt deshalb die Hypothese einer kompensatorischen Nutzung auf.

Es gibt heute also konkurrierende theoretische Rahmungen für dasselbe beobachtete Verhalten, aber nicht genügend wissenschaftliche Beweise, um die problematische Nutzung sozialer Netzwerke qualifizieren und einordnen zu können. Das wirft verschiedene Fragen im Zusammenhang mit der Methodik und der öffentlichen Gesundheit auf.

3.5.3 Definition und Terminologie

Für die problematische Nutzung sozialer Netzwerke / sozialer Medien wird eine Reihe verschiedener Begriffe verwendet: Auf Deutsch findet man etwa Social-Media-Sucht, Mediensucht sowie exzessive, problematische, pathologische, zwanghafte, impulsive oder suchartige Nutzung sozialer Netzwerke / sozialer Medien. Im Englischen sind beispielsweise folgende Begriffe gebräuchlich: *problematic use*, *impulsive use*, *compulsive use*, *addictive use of social-networks sites (SNS)*, *SNS over use*, *SNS addiction*, *SNS disorder*, *social media addiction*, *social media disorder*.

Wie die obenstehende Auflistung zeigt, werden die Begriffe «soziale Netzwerke» und «soziale Medien» in den Studien synonym verwendet, obwohl sie im Prinzip zwei unterschiedliche Konzepte beschreiben. Diese «falsche» Verwendung, die in den Studien und Messinstrumenten weit verbreitet ist, trägt zur heute vorhandenen nosologischen Ungenauigkeit bei (Shahnawaz und Rehman, 2020).

3.5.3.1 Im abschliessenden Workshop validierte Terminologie

	fr	de	it	en
Verhalten	Usage des médias sociaux	Nutzung sozialer Medien	Uso di social media	Use of social media
Problematisches Verhalten	Usage problématique des médias sociaux	Problematische Nutzung sozialer Medien	Uso problematico dei social media	Problematic use of social media

3.5.3.2 Definition der im abschliessenden Workshop validierten «problematischen Nutzung sozialer Medien»

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par l'utilisation des médias sociaux ou, respectivement, des réseaux sociaux.
de	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch die Nutzung sozialer Medien bzw. sozialer Netzwerke entstehen.
it	Concetto che si riferisce ad un insieme di difficoltà causate - per alcuni individui - dall'utilizzo dei social media o, rispettivamente, dai social network.
en	Notion that refers to a set of difficulties generated - for some individuals - by the use of social media or, respectively, social networks

3.5.4 Instrumente

3.5.4.1 Methodische Herausforderungen im Zusammenhang mit den Messinstrumenten (und mögliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit)

Bei der problematischen Nutzung sozialer Medien sind ähnliche methodische Herausforderungen festzustellen wie bei den übrigen in diesem Bericht beschriebenen Verhaltensweisen. Erstens muss es gelingen, einen (wissenschaftlichen) Konsens darüber zu finden, ob es sich um eine Störung oder schlicht um fehlangepasstes Verhalten als Ausdruck eines zugrundeliegenden (primären) Problems handelt. Wie oben erwähnt, wird zwar kaum bestritten, dass bestimmte Personen eine problematische Nutzung sozialer Netzwerke aufweisen. Da ein Konsens und Forschungen mit klinischen Stichproben fehlen, bleibt die Frage aber vorerst weitgehend ungeklärt. Bei der Thematisierung dieses Verhaltens ist deshalb Vorsicht geboten, da insbesondere vermieden werden soll, bestimmte Nutzerinnen und Nutzer der sozialen Netzwerke fälschlicherweise zu pathologisieren. Zweitens betrifft die Problematik der Überpathologisierung sowohl die verwendete Terminologie als auch die Methodik der durchgeführten Bevölkerungsstudien. Es ist verfrüht, ohne ausreichende wissenschaftliche Evidenz und ohne allgemeingültige Definition von «Störung», «Pathologie» oder «substanzungebundenem suchtartigem Verhalten» zu sprechen. Gleichzeitig ist es problematisch, Messinstrumente in epidemiologische Studien aufzunehmen, wenn Art und diagnostische Kriterien des Verhaltens nicht anerkannt sind, da man nicht weiss, wie die erfassten Prävalenzwerte zu interpretieren sind.

3.5.4.2 Bestehende Messinstrumente

Die Instrumente zur Messung der problematischen Nutzung sozialer Netzwerke / sozialer Medien lassen sich in vier Kategorien unterteilen. In der ersten Kategorie von Instrumenten finden sich Adaptationen von Skalen, die ursprünglich konzipiert wurden, um etwas zu messen, das vor einigen Jahren a priori als Problem mit dem Internet im Allgemeinen eingestuft wurde. Diese Ansicht ist heute aber sehr umstritten (siehe Kapitel «Internet»). Zu diesen Instrumenten zählen die Generalized Problematic Internet Use Scale (GPIUS) Modified to Measure SNS oder der Short Internet Addiction Test Specified for Social Networking Sites (s-IAT-SNS) Modified for SNS Use. Die zweite Kategorie besteht aus Instrumenten, die der Messung von Problemen im Zusammenhang mit einem spezifischen sozialen Netzwerk, beispielsweise Facebook¹⁵ oder Twitter, dienen. Diese Fokussierung auf nur ein soziales Netzwerk erweist sich ebenfalls als problematisch, da laufend neue soziale Netzwerke entstehen und sich die Nutzungspraktiken mit der Zeit stark verändern und je nach Generation sehr unterschiedlich sind. Möglicherweise wechseln die Nutzerinnen und Nutzer folglich bald auf andere, angesagtere soziale Netzwerke. Die dritte Kategorie umfasst zwei Instrumente, die sich mit den sozialen Netzwerken im Allgemeinen befassen: die Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) (Andreassen et al., 2016) und die Social Media Disorder Scale (SMDS) (van den Eijnden, Lemmens und Valkenburg, 2016). Zu beachten ist, dass die Bezeichnungen der beiden Instrumente die Begriffe «Sucht» (addiction) sowie «Störung» (disorder) beinhalten, obwohl die wissenschaftliche Debatte zu dieser Frage noch nicht abgeschlossen ist. Die letzte Kategorie enthält die Instrumente, die in jüngster Zeit als Reaktion auf die Kritik an den beiden vorgenannten Instrumenten entwickelt wurden, darunter die Social Networking Addiction Scale (SNAS), die ebenfalls ohne ausreichende Evidenz die Existenz einer suchtartigen Störung postuliert (Shahnawaz und Rehman, 2020).

15 Siehe für einen systematischen Review Ryan et al., 2014.

3.5.4.3 Prävalenzen weltweit und in der Schweiz

Gemäss den Ergebnissen der Literaturrecherche, die für die Ausarbeitung dieses Berichts durchgeführt wurde, bewegt sich die Prävalenz der problematischen Nutzung sozialer Netzwerke / sozialer Medien in der internationalen Literatur zwischen 1 und rund 50 Prozent.¹⁶ Diese Bandbreite dürfte sich durch den Einfluss kultureller Faktoren, aber auch (und wahrscheinlich vor allem) durch die verschiedenen verwendeten Methoden (unterschiedliches Ergebnis je nach Definition des Verhaltens, Stichprobenart, Messinstrument, Studienpopulation usw.) erklären lassen. Die grosse Varianz der Prävalenzen und ihre teilweise sehr hohen Werte wecken jedenfalls Zweifel an ihrer Validität und verdeutlichen das oben erwähnte Risiko der Überpathologisierung gut.

Die Prävalenz unterscheidet sich auch erheblich zwischen Teilnehmerländern der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) von 2018 (Inchley et al., 2020), die gemäss einer standardisierten Methodik durchgeführt wurde (Verwendung der Social Media Disorder Scale; SMDS; Cut-off-Wert 6 von 9 Punkten). In Malta beispielsweise liegt die Prävalenz des *problematic media use** bei Mädchen im Alter von 15 Jahren bei 18 Prozent, bei gleichaltrigen Jungen sind es 17 Prozent (höchste Prävalenz). In der Schweiz hingegen beträgt sie bei Jungen und Mädchen im selben Alter 4 Prozent (niedrigste Prävalenz). Diese Variationen sind grösstenteils auf kulturelle oder sozioökonomische Faktoren zurückzuführen (soziale Normen und Regeln für die Nutzung dieser sozialen Netzwerke in den jeweiligen Ländern, Zugang zu IT-Geräten oder Internet usw.). Die hohe Prävalenz in bestimmten Ländern wirft jedoch die Frage auf, ob je nach verwendeter Sprache Validitätsprobleme vorliegen.

In der Schweiz zeigten gemäss der HBSC-Studie (Delgrande Jordan, 2020) 4,4 Prozent der 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schüler eine problematische Nutzung sozialer Netzwerke (gemäss SMDS). Mädchen (5,2 %) waren stärker betroffen als Jungen (3,7 %). Am grössten waren die problematische Nutzung und auch die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bei der Altersgruppe der 13- und/oder 14-Jährigen. Bei den 15-Jährigen entsprachen die Werte fast denjenigen der 11- und 12-Jährigen.

*vom internationalen Netzwerk HBSC verwendete Begriffe

3.5.4.4 Auswahl von Messinstrumenten für die Konsultationen mit Expertinnen und Experten sowie den abschliessenden Workshop

Für die Konsultation ausgewählt wurden die beiden Messinstrumente, die sich mit den sozialen Netzwerken im Allgemeinen befassen: die Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) (Andreassen et al., 2016) und die Social Media Disorder Scale (SMDS) (van den Eijnden et al., 2016). Zu beachten ist, dass der Entscheid für die beiden Instrumente im Ausschussverfahren erfolgte und nicht, weil sie klar optimal geeignet erschienen. Wie bereits mehrmals in diesem Kapitel erwähnt, besteht heute kein Konsens über die Definition, die Terminologie und mögliche diagnostische Kriterien der problematischen Nutzung sozialer Netzwerke, die bei bestimmten Nutzerinnen und Nutzern beobachtet wird. Es ist deshalb in Zukunft mit neuen Entwicklungen zu rechnen.

¹⁶ Gemäss zwei neueren Studien aus Deutschland und Ungarn beispielsweise variiert die Prävalenz dieses Phänomens zwischen 2,60 Prozent (Wartberg, Kriston und Thomasius, 2020) und 4,50 Prozent (Bányai et al., 2017). Dieser Unterschied lässt sich dadurch erklären, dass nicht dieselben Instrumente verwendet wurden. Die erste Studie stützte sich auf die SMDS (mit einem Cut-off-Wert von 5), die zweite auf die BSMA (Cut-off-Wert 19).

3.5.4.5 Im abschliessenden Workshop validiertes Instrument

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe «Terminologie» einigten sich auf folgende Punkte: 1) durch soziale Netzwerke / soziale Medien können gesundheitliche (z. B. Körperbild bei jungen Menschen) oder rechtliche Probleme (z. B. *bullying*, Betrug) ausgelöst werden; 2) die «problematische Nutzung sozialer Medien» ist eine direkte Auswirkung der Aufmerksamkeitsökonomie, auf deren Basis die sozialen Medien funktionieren (soziale Medien sind eine Gesamtheit von kommerziellen Angeboten, die aufgrund der Art ihrer Finanzierung kompulsives Verhalten begünstigen); 3) es existieren heute keine ausreichenden wissenschaftlichen Grundlagen, um von einer suchartigen Störung zu sprechen.

Im abschliessenden Workshop wurde kein Messinstrument ausgewählt. Die beigezogenen Expertinnen und Experten (Expertengruppe «Instrumente») hingegen sprachen sich für die SMDS aus. Die Verfasserinnen und Verfasser dieses Berichts wählten deshalb – mit grossem Vorbehalt – ebenfalls dieses Instrument.

SMDS

Die Autorinnen und Autoren dieses Instruments übernahmen die Kriterien, die für die *internet gaming disorder* (IGD) des DSM-5 gelten (siehe Kapitel «Videospiele»). Das Instrument besteht aus 9 Items. Der Score bewegt sich somit zwischen 0 und 9. Vorgeschlagen wird derselbe Cut-off-Wert wie bei der IGD im DSM-5: Ein Ergebnis von mindestens 5 von 9 Punkten entspricht gemäss den Autorinnen und Autoren einer Störung der Nutzung sozialer Medien* (*disordered media use**). Es gibt auch eine Langform, die aus 27 Items besteht.

Zu beachten ist, dass das internationale Forschungsprotokoll der HBSC-Studie für die Gruppe der 11- bis 15-Jährigen einen Cut-off-Wert von 6 von 9 möglichen Punkten gewählt hat, ab dem ein Verhalten als «problematische Nutzung sozialer Netzwerke»** (*problematic media use***) eingestuft wird. Mit diesem Begriff, der von der Terminologie der Autorinnen und Autoren der SMDS abweicht, soll daran erinnert werden, dass eine Diagnose für eine Störung im Zusammenhang mit der Nutzung sozialer Netzwerke bisher weder in das DSM-5 noch in die ICD-11 aufgenommen worden ist.

*von den Autorinnen und Autoren dieses Instruments verwendete Begriffe

**vom internationalen Netzwerk HBSC verwendete Begriffe

Auswahlkriterien – SMDS

Berücksichtigt die Klassifikation des Verhaltens in der ICD-11 und/oder dem DSM-5	Nicht anwendbar (soziale Netzwerke sind nicht in der ICD-11 und im DSM-5 enthalten, aber der Fragebogen misst die Kriterien des DSM-5 der <i>gaming disorder</i>)
Falls ja: Diagnosekriterien der ICD-11 und/oder des DSM-5 abgedeckt	Nein (aber Kriterien des DSM-5 der <i>gaming disorder</i>)
Kann in eine Bevölkerungsumfrage aufgenommen werden [falls ja: Zahl der Items: < 5 = ja, 6–10 = eventuell, > 10 = nein]	Nein (27), aber es gibt eine Kurzform
(Validierte) Kurzform verfügbar	Ja, mit 9 Fragen
Cut-off-Werte vorgeschlagen [falls ja, Anzahl Kategorien]	Ja, dichotom (zufällige Cut-off-Werte)
Cut-off-Werte klinisch validiert (Goldstandard)	Nein
Verwendung im klinischen Rahmen möglich	Nicht anwendbar
Bevölkerungsgruppe [Jugendliche, Erwachsene, beide]	Jugendliche und junge Erwachsene
Online und/oder offline	Nicht anwendbar
Verfügbarkeit in den Landessprachen (validiert oder nicht)	Deutsch, Französisch und Italienisch
In der Schweiz bereits verwendet (Prävalenzen)	Ja, HBSC 2018
Verwendung in den Nachbarländern (Prävalenzen verfügbar)	Ja (HBSC): Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich
Falls nein: in anderen Ländern? [falls ja: welche?]	
Items betreffend die negativen Auswirkungen in verschiedenen Alltagsbereichen (falls ja, wie viele)	Langform: 4 Fragen (Aktivitäten, Schule, Familie, Freundschaften); Kurzform: 2 Fragen (Aktivitäten und Familie)
Bemerkungen	Es gibt auch eine Version für die Eltern (SMDS-p). Der Begriff «soziale Medien» wurde nicht definiert.

3.6 Internet

3.6.1 Einleitung

Das Internet bietet seinen Nutzerinnen und Nutzern zahlreiche Vorteile (soziale Kontakte, Arbeit, Aus- und Fortbildung, Unterhaltung, Shopping usw.), birgt unter bestimmten Anwendungsbedingungen aber auch Risiken für ihre physische und psychische Gesundheit (Waller und Meidert, 2020). Zu diesen Risiken zählt beispielsweise Cybermobbing, aber auch ein scheinbarer Verlust der Kontrolle über bestimmte Online-Aktivitäten.

3.6.2 Klassifikation

Gestützt auf die umfangreiche wissenschaftliche Evidenz, die in den vergangenen dreissig Jahren gesammelt wurde, besteht unter der überwiegenden Mehrheit der Expertinnen und Experten des Bereichs mittlerweile ein Konsens, dass die Online-Anwendungen (Aktivitäten) dem Kontrollverlust und den damit einhergehenden Schwierigkeiten, die bei bestimmten Internetnutzerinnen und -nutzern zu beobachten sind, zugrunde liegen, und nicht das Internet selbst (Herrmann et al., 2020). Deshalb ist es angemessen, von einem Kontrollverlust im Internet (d. h. betreffend die Nutzung einer oder mehrerer spezifischer Online-Aktivitäten) zu sprechen, und nicht von einem Verlust der Kontrolle über die Internetnutzung im Allgemeinen (d. h. über die Nutzung des Internets als Medium).

Folglich existieren in den beiden offiziellen Klassifikationen der Krankheiten – dem DSM-5 (APA, 2013) und der ICD-11 (WHO, 2019) – keine diagnostischen Kriterien für eine allfällige Störung der Internetnutzung im Allgemeinen. Anders als bei den spezifischen Online-Aktivitäten gibt es zudem derzeit kaum Diskussionen über die Art der Störung, um die es sich handeln könnte.

Bisher wurden nur die (*internet*) *gaming*¹⁷ *disorder* (online/offline) und die *gambling disorder* (offline/online) in das DSM-5¹⁸ und in die ICD-11 aufgenommen und als Pathologien anerkannt (für weitere Informationen zu diesem Thema siehe die beiden Kapitel zu diesen spezifischen Online-Aktivitäten). Zu den übrigen Aktivitäten, die heute als besonders risikoreich betrachtet werden und auf die ein spezifischer wissenschaftlicher und klinischer Fokus gelegt wird, zählen unter anderem die sozialen Netzwerke, virtuelle Beziehungen, Online-Shopping und Online-Pornografie.

3.6.3 Definition und Terminologie

In der wissenschaftlichen Literatur sind zur Beschreibung des beobachteten Phänomens verschiedene Begriffe verwendet worden. Man spricht (bzw. eher sprach) beispielsweise von Onlinesucht, Onlineabhängigkeit, Internetnutzungsstörungen, zwanghafter Internetnutzung oder problematischer Internetnutzung. Da sich die wissenschaftliche Forschung mittlerweile vor allem auf spezifische Online-Aktivitäten konzentriert, dürfte auch weiterhin kein Konsens über die zu verwendende Terminologie gefunden werden.

17 Insbesondere MMORPG (Massively Multiplayer Online Role-Playing Game) und Spiele mit Lootbox oder anderen Mikrotransaktionen.

18 Die *internet gaming disorder* ist in Sektion III des DSM-5 unter den neuen Störungsbildern, die vor einer offiziellen Anerkennung weiterer Forschung bedürfen, eingeordnet.

3.6.3.1 Im abschliessenden Workshop validierte Terminologie

	fr	de	it	en
Verhalten	Usage d'Internet	Internetnutzung	Uso di internet	Use of the Internet
Problematisches Verhalten	Usage problématique d'Internet	Problematische Internetnutzung	Uso problematico di internet	Problematic use of the Internet

Zusätzliche Erläuterungen zur validierten Terminologie: Es besteht heute Konsens darüber, dass die Anwendungen und nicht das Internet selbst ein mögliches substanzungebundenes suchtartiges Verhalten auslösen. Der Begriff «Hyperkonnektivität» wird somit für eine intensive, aber problemlose Internetnutzung verwendet.

3.6.3.2 Definition der im abschliessenden Workshop validierten «problematischen Internetnutzung»

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par des comportements qui ont en commun d'avoir lieu sur Internet ou via une App connectée.
de	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die gemeinsam haben, dass sie im Internet oder über eine verbindende App stattfinden.
it	Concetto che si riferisce a un insieme di difficoltà generate - per determinati individui - che hanno in comune il verificarsi su Internet o tramite un'App connessa.
en	Notion that refers to a set of difficulties generated - for certain individuals - that have in common to take place on the Internet or via a connected App.

3.6.4 Instrument

3.6.4.1 Bestehende Messinstrumente

Seit der Einführung eines ersten Messinstruments für ein Phänomen, das damals *a priori* als «Internetsucht» eingestuft wurde (Internet Addiction Diagnostic Questionnaire, IADQ; Young, 1996), sind zahlreiche weitere Instrumente entwickelt worden (für systematische Reviews siehe Laconi et al., 2014; King et al., 2013).

In der Schweiz wird das Messinstrument Compulsive Internet Use Scale (CIUS), von dem verschiedene validierte Formen existieren (Lopez-Fernandez et al., 2019), im Rahmen von grossen Bevölkerungsstudien am häufigsten verwendet. Diese Skala wurde in die Fragebögen der Befragung CoRoIAR des Suchtmonitorings Schweiz (CIUS-14; Meerkerk et al., 2009), der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 (CIUS-8; Gmel et al., 2019) und der Cohort Study on Substance Use Risk Factors – C-Surf (CIUS-14) aufgenommen. Die CIUS wurde vor über zehn Jahren gestützt auf die diagnostischen Kriterien der substanzgebundenen Sucht, des pathologischen Spielens und der Zwangsstörungen entwickelt (Lopez-Fernandez et al., 2019).

3.6.4.2 Methodische Herausforderungen im Zusammenhang mit den Messinstrumenten (und mögliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit)

Die Messinstrumente, die sich auf das Internet im Allgemeinen beziehen, wie die CIUS, zeigen den ungefähren Anteil von Personen innerhalb einer Bevölkerung, die eine allfällige «problematische Internetnutzung» aufweisen. Sie geben aber keine Auskunft darüber, welche Online-Aktivität(en) betroffen ist oder sind. Damit tragen diese Instrumente in gewisser Weise zur Aufrechterhaltung des Vorurteils bei, wonach es eine «Abhängigkeit vom Internet» im Allgemeinen gibt, und stehen damit im Widerspruch zur derzeitigen Auffassung der überwiegenden Mehrheit der Expertinnen und Experten. Werden solche Messinstrumente in eine Bevölkerungsstudie einbezogen, bedeutet dies zudem, dass gleichzeitig auf Messinstrumente für spezifische Online-Aktivitäten, wie Videospiele, verzichtet werden muss, weil der Platz fehlt und die thematische Kohärenz nicht gegeben ist.

3.6.4.3 Auswahl (durch Ausschluss) von Messinstrumenten für die Konsultationen mit Expertinnen und Experten sowie den abschliessenden Workshop

Angesichts der oben genannten Aspekte wird keine Auswahl von Messinstrumenten vorgeschlagen. Sollte trotz der oben erläuterten Grenzen ein Instrument verwendet werden, wäre dies mangels Alternativen die CIUS-8. Allerdings wäre es empfehlenswert, eine Frage zur Art der Aktivitäten, die bei Personen mit einer «problematischen Internetnutzung» eine Rolle spielen, darin aufzunehmen.

3.6.4.4 Im abschliessenden Workshop validiertes Instrument

Der Vorschlag der Verfasserinnen und Verfasser dieses Berichts und der Expertengruppe «Instrumente», auf die Beobachtung der problematischen Internetnutzung im Rahmen des Monitorings substanzungebundener suchtartiger Verhalten in der Schweiz zu verzichten, wurde im abschliessenden Workshop nicht validiert. Aus Sicht mehrerer Teilnehmenden besteht ein Interesse an einem langfristigen Monitoring der problematischen Internetnutzung, auch wenn das Internet nicht mehr als «Verhaltensbereich», sondern als «Medium» eingestuft wird.

Mehrere Expertinnen und Experten erinnerten zudem an die verstärkende Rolle, die das Internet für die substanzungebundenen suchtartigen Verhaltensweisen spielen kann. Sie wiesen darauf hin, dass ein Instrument, das sich auf das Internet im Allgemeinen bezieht, die Summe mehrerer kleiner Probleme im Zusammenhang mit besonderen Nutzungen (z. B. Online-Pornografie, Online-Glücks- und Geldspiele, Online-Videospiele) messen kann.

4 Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Ausblick

4.1 Schlussfolgerungen

4.1.1 *Heutiger Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den sechs im vorliegenden Bericht behandelten Verhaltensweisen*

Beobachtet und allgemein anerkannt wird, dass einige menschliche Verhaltensweisen für die Handelnden insofern sehr problematisch werden können, als letztere einen Kontrollverlust über die Nutzung erfahren und damit verbundene negative Auswirkungen erleiden. Es stellt sich dann die Frage, ob es sich um ein anerkanntes suchartiges Verhalten handelt und wie der Wissenstand zum Thema ist.

Die sechs in diesem Forschungsbericht untersuchten Verhaltensweisen, die nicht mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen in Verbindung stehen, gehören aktuell zu denjenigen, deren Bezeichnung als «substanzungebundene suchartiges Verhalten» am umfassendsten untersucht und diskutiert wird. Eine vertiefte Analyse der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigt jedoch, dass lediglich zwei dieser Verhaltensweisen derzeit in wissenschaftlichen und medizinischen Fachkreisen als solche anerkannt sind. So gilt als erwiesen, dass sich die **Glücks- und Geldspielnutzung** sowie die **Videospielnutzung** zu einer suchartigen Störung entwickeln können. Hingegen kann im Zusammenhang mit dem **Sexualverhalten** und dem **Kaufverhalten** eine Impulskontrollstörung beobachtet werden. Hinzu kommt, dass sich gewisse Verhaltensweisen für die Betroffenen als sehr problematisch erweisen können, ohne dass genügend wissenschaftliche Beweise vorliegen würden, um sie als Störungen (sei es als suchartige Störung oder als Impulskontrollstörung) anzuerkennen. Die **Internetnutzung**, die (ohne ausreichende wissenschaftliche Belege) lange als Verhalten galt, das sich zu einer suchartigen Störung entwickeln kann, halten die Expertinnen und Experten heute «nur» für ein Medium, das a) die Entwicklung von substanzunabhängigen suchartigen Störungen (Glücks- und Geldspiele, Videospiele) oder Impulskontrollstörungen (Sexualverhalten oder Kaufverhalten) begünstigt oder b) Zugang zu Aktivitäten schafft, die für bestimmte Personen problematisch sein können, wie z. B. die **Nutzung sozialer Medien**. Schliesslich ist die **Pornografienutzung**, für welche die internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-11 keine spezifische Störung anerkennt, als zwanghafte Störung des Sexualverhaltens (gemäss den Kriterien der ICD-11) oder (zieht man andere Kriterien heran) als potenziell problematisches Verhalten einzustufen, nicht aber als ein Verhalten, das zu einer suchartigen Störung führen könnte.

4.1.2 *Unterschiedliche Bedürfnisse vereinbaren*

4.1.2.1 **Wissenschaft braucht Zeit**

Zu erkennen, welche Verhaltensweisen als substanzungebundene suchartige Verhaltensweisen gelten, ist grundlegend, will man angemessen und effektiv auf die Bedürfnisse der Fachleute in der Praxis und im Gesundheitswesen reagieren. Dazu muss der Wissenschaft jedoch Zeit eingeräumt werden, um die Grundlagen zu erarbeiten, die für die Beantwortung der ihr gestellten neuen Fragen, unerlässlich sind. An diesem Grundsatz ist festzuhalten, auch wenn die Gesellschaft sich angesichts neuer Kommunikations- und Informationstechnologien neuen Herausforderungen stellen muss und Antworten braucht.

Die Glücks- und Geldspiele sowie die Internetnutzung sind Beispiele, die gut belegen, dass es genügend Abstand braucht, bevor man sich zu diesen Themen äussert. Es bedurfte mehrerer Jahrzehnte, bis die Nutzung von Glücks- und Geldspielen als Verhalten anerkannt wurde, das zu einer suchartigen Störung führen kann. Hingegen wurde die problematische Internetnutzung nach über zwanzig Jahren wissenschaftlicher Forschung nicht als substanzungebundenes suchartiges Verhalten anerkannt. Auch wenn diese 1998 von einem kleinen Teil der Wissenschaftsgemeinschaft als «Verhaltenssucht» betrachtet wurde, wird ihr dieser Status heute aberkannt. Stattdessen wird sie in der Rolle eines «Mediums» gesehen, das den Zugang zu Tätigkeiten erleichtert, die potenziell problematisch (oder abhängigmachend) sein können.

Die Wissenschaft muss sich aber auch selbst die nötige Zeit geben, um von ihrer konfirmatorischen Logik wegzukommen, an der sie in den letzten Jahren insbesondere auch in Bezug auf Aktivitäten, die das Internet ermöglicht, festgehalten hat. Mit anderen Worten geht es nicht mehr um den Versuch, die suchartige Natur eines Verhaltens zu belegen, indem man *a priori* behauptet, es sei ein suchartiges Verhalten, und Messinstrumente entwickelt, welche die Ähnlichkeiten mit bereits anerkannten suchartigen Verhaltensweisen aufzeigen, sondern darum, den Fokus auf eine exploratorische Logik zu legen. Diese Erkundungslogik setzt voraus, dass die Entwicklung neuer Instrumente von einer vorherigen theoretischen Konzeptualisierung und von qualitativer Forschung mit Personen, die Probleme mit bestimmten Verhaltensweisen haben, abhängig gemacht wird, um ein vollständigeres Verständnis der untersuchten Problematik zu ermöglichen (Kardefelt-Winther et al., 2017).

4.1.2.2 Bedürfnisse der Praxis

Bei den meisten problematischen Verhaltensweisen, denen die Fachleute heute in der Praxis begegnen, besteht hinsichtlich der Ätiologie, der Nosologie und der Diagnose dieser Verhaltensweisen kein Konsens.

Im Verlauf des Projekts haben die in dem Bereich praktizierenden Fachleute in den jeweiligen Etappen klare Bedürfnisse für ihren Berufsalltag ausgemacht. Auch wenn ihnen die nötige Technik für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, äusserten sie das **Bedürfnis nach einer Terminologie, die sich von der Alltagssprache abhebt (namentlich für die Begriffe «Sucht» bzw. «addiction»)**. Das Bedürfnis nach einer neuen Begrifflichkeit wurde bereits in der Erklärung von Ascona 2016 formuliert, ist aber heute noch dringender.

Für die praktizierenden Fachleute ist es zudem wichtig, unterschiedliche Stufen von Konsum oder Nutzung unterscheiden zu können, die für die Betroffenen problematisch sind, so wie es etwa in der «Nationalen Strategie Sucht» vorgesehen ist. Insbesondere geht es darum, so weit wie möglich zwischen einer «normalen» bzw. «unproblematischen» Nutzung, einer problematischen oder risikoreichen (nicht pathologischen) Nutzung und einer Störung (zumindest von einer amtlichen Klassifikation der Krankheiten anerkannte Pathologie) zu unterscheiden.

4.1.2.3 Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheit

Akteure der öffentlichen Gesundheit müssen in der Lage sein, die dringendsten Bedürfnisse zu erkennen und ihre Massnahmen zu priorisieren. Dazu werden vollständige, hochwertige Daten benötigt, um die Bereiche zu identifizieren, in denen Massnahmen erforderlich sind, was bedeutet, dass Instrumente zum Einsatz kommen müssen, die Probleme, deren Ausmass und Entwicklung in der Bevölkerung beobachtet werden sollen, valide und zuverlässig messen können.

Dies bedeutet auch, sich nicht nur mit den von der internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Gemeinschaft anerkannten Störungen zu befassen, sondern auch mit Verhaltensweisen, die nicht als Störung anerkannt sind, unter denen aber bestimmte Personen leiden.

4.1.3 Unmissverständliche Terminologie

Rund um den Begriff «Suchtverhalten» bzw. «addiction comportementale» besteht heute Unklarheit, wofür es zahlreiche Gründe gibt. Verschiedene Faktoren hatten zur Annahme des Konzepts des «Suchtverhaltens» geführt, ein Begriff, der inzwischen mehrdeutig ist und – manchmal auch von Fachleuten – missbräuchlich verwendet wird. Deshalb hat die APA den Begriff «addiction (Sucht)» 2013 zugunsten des Begriffs «disorder (Störung)» aufgegeben. Derselben Logik folgend hat die WHO 2019 für die ICD-11 dem Begriff «Verhaltenssucht» bzw. «conduite addictive» gegenüber dem Begriff «Sucht» bzw. «addiction» den Vorzug gegeben.

Die Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, die im Rahmen dieses Projekts beigezogen wurden, sind zum Schluss gelangt, dass dieser Wechsel auch für die Schweiz nötig wird.

So besteht der Bedarf, die Verhaltensweisen leicht nach ihrem Suchtpotenzial unterscheiden zu können. Das setzt die Verwendung von anderen Begriffen für Verhaltensweisen voraus, die die internationale wissenschaftliche und medizinische Gemeinschaft als «substanzungebundenes suchartiges Verhalten» kennt. Folglich können **nur die Glücks- und Geldspielnutzung sowie die Videospieldnutzung als substanzungebundene suchartige Verhaltensweisen definiert** werden. Zudem können zwei Verhaltensweisen (Sexualverhalten und Kaufverhalten) mit Impulskontrollstörungen und damit direkt mit von der internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Gemeinschaft anerkannten nicht übertragbaren Krankheiten zusammenhängen. Die anderen in diesem Bericht behandelten Verhaltensweisen (Internetnutzung, Nutzung sozialer Medien und Pornografienutzung) sind nicht mit anerkannten Störungen verbunden, weshalb sie lediglich als «problematisches Verhalten» bezeichnet werden dürfen.

Ein weiteres Bedürfnis besteht darin, verschiedene Stufen für ein Problem zu definieren. Das hat die Expertinnen und Experten, die im Rahmen dieses Projekt konsultiert wurden, dazu bewegt, eine Terminologie für alle sechs Verhaltensweisen zu entwickeln und zu validieren.

Français

Jeux de hasard et d'argent	Jeux vidéo	Pornographie (sexualité voir annexe 5)	Médias sociaux	Achats	Internet	YYY	XXX	
Reconnu par la CIM-11 et le DSM-5	Reconnu par la CIM-11	-	-	(CIM-11)^a	-	Reconnu par la CIM-11 et/ou le DSM-5	Non-reconnu par la CIM-11 et/ou le DSM-5	Stratégie nationale addictions
Usage des jeux de hasard et d'argent	Usage des jeux vidéo	Usage de la pornographie	Usage des médias sociaux	Comportement d'achat	Usage d'Internet	Utilisation de YYY	Utilisation de XXX	Comportement (à faible risque)
Usage à risque des jeux de hasard et d'argent ^c	Usage à risque des jeux vidéo ^c	Usage problématique de la pornographie ^{d e}	Usage problématique des médias sociaux ^{d e}	^b	Usage problématique d'Internet ^{d e}	Utilisation à risque de YYY ^c	Usage problématique de XXX ^{d e}	Comportement à risque
Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux de hasard et d'argent	Trouble (de type addictif) lié à l'usage des jeux vidéo			Trouble de l'achat/shopping compulsif		Trouble lié à l'usage de YYY		Addiction

Deutsch

Glücks- und Geldspielnutzung	Videospiel	Pornografie (Sexualität siehe Anhang 5)	soziale Medien	Kaufverhalten	Internet	YYY	XXX	
Vom ICD-11 und DSM-5 anerkannt	Vom ICD-11 anerkannt	-	-	(ICD-11) ^a	-	Vom ICD-11 und/oder DSM-5 anerkannt	Nicht von ICD-11 und/oder DSM-5 anerkannt	Nationale Strategie Sucht
Glücks- und Geldspielnutzung	Videospielnutzung	Pornographienutzung	Nutzung sozialer Medien	Kaufverhalten	Internetnutzung	YYY-Nutzung / Risikoarmes YYY-verhalten	XXXNutzung / Risikoarmes YYY-verhalten	(Risikoarmes) Verhalten
Risikoreiche Glücks- und Geldspielnutzung ^c	Risikoreiche Videospielnutzung ^c	Problematische Pornografienutzung ^{d e}	Problematische Nutzung sozialer Medien ^{d e}	^b	Problematische Internetnutzung ^{d e}	YYY-Nutzung / Risikoreiches YYY-verhalten ^c	Problematische XXX-nutzung ^{d e}	Risikoverhalten
(suchtartige) Glücks- und Geldspielnutzungsstörung	(suchtartige) Videospielnutzungsstörung			Zwanghafte Kauf-/Shoppingstörung		YYY-Nutzungsstörung		Sucht

Italiano

Giochi di denaro e d'azzardo	Videogiochi	Pornografia (sessualità vedi annesso 5)	Social Media	Acquisto/shopping	Internet	YYY	XXX	
Riconosciuto da ICD-11 e DSM-5	Riconosciuto da ICD-11	-	-	(ICD-11) ^a	-	Riconosciuto da ICD-11 e/o DSM-5	Non riconosciuto da ICD-11 e/o DSM-5	Strategia nazionale Dipendenze
Uso di giochi di denaro e d'azzardo	Uso di videogiochi	Uso di pornografia	Uso di social media	Comportamento di acquisto/shopping	Uso di Internet	Uso di YYY	Uso di XXX	Comportamento a basso rischio
Uso a rischio di giochi di denaro e d'azzardo ^c	Uso a rischio di videogiochi ^c	Uso problematico di pornografia ^{d e}	Uso problematico dei social media ^{d e}	^b	Uso problematico di Internet ^{d e}	Uso a rischio di YYY ^c	Uso problematico di XXX ^{d e}	Comportamento a rischio
Disturbo legato all'uso (<i>addictive</i>) di giochi di denaro e d'azzardo	Disturbo (<i>addictive</i>) legato all'uso di videogiochi			Disturbo da acquisto/shopping compulsivo		Disturbo legato all'uso di YYY		Dipendenza

English

Gambling	Gaming	Pornography (Sexuality see appendix 5)	Social Media	Buying/Shopping	Internet	YYY	XXX	
Recognized by ICD-11 & DSM-5	Recognized by ICD-11	-	-	(ICD-11) ^a	-	Recognized by ICD-11 and/or DSM-5	Not recognized by ICD-11 and/or DSM-5	National Strategy on Addiction
Use of gambling	Use of gaming	Use of pornography	Use of social media	Buying behavior	Use of the Internet	Use of YYY / behaviour	Use of XXX / behaviour	Low-risk behaviour
At-risk use of gambling ^c	At-risk use of gaming ^c	Problematic use of pornography ^{d e}	Problematic use of social media ^{d e}	^b	Problematic use of the Internet	At-risk use YYY / behaviour ^c	Problematic use of XXX ^{d e}	Risk behaviour
Gambling (<i>addictive</i>) disorder	Gaming (<i>addictive</i>) disorder			Compulsive buying-shopping disorder		YYY disorder		Addiction

Bemerkungen und Erläuterungen:

^a Als Zwangsstörung, nicht als suchartige Störung anerkannt.

^b Die ICD-11 gibt für die Definition von «Risikogruppen» keinerlei Kriterien vor.

^c Hier kann der Begriff «Risiko» verwendet werden, da für das entsprechende Risiko wissenschaftlich eindeutigen Kriterien definiert wurden.

^d Hier kann der Begriff «Risiko» nicht verwendet werden, da für die Unterscheidung zwischen problematischem und unproblematischem Verhalten keine wissenschaftlich eindeutigen Kriterien vorliegen (Cut-off-Wert fehlt).

^e Die Entscheidung, nur zwei Stufen vorzusehen, erklärt sich durch das Fehlen der nächsthöheren Stufe (die einer Störung entspräche), erlaubt es aber, ggf. zusätzliche «problematische» Stufen (leicht, mittel, hoch) zu definieren.

4.1.3.1 Auswirkungen auf die Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit

Fazit der Terminologiearbeit, welche die Expertinnen und Experten geleistet haben, ist, dass der aktuelle Begriff «Verhaltenssucht»¹⁹ nur noch für die von der ICD-11 als suchtarartige Störung anerkannten Verhaltensweisen (Glücks- und Geldspielnutzung, Videospieldnutzung) zu verwenden ist. Der Begriff «Störung» soll nicht unbedingt im Alltag verwendet werden, die Fachleute sollten ihn vielmehr einsetzen, um unmissverständlich die höchste Stufe eines Problems zu bezeichnen (was der heute verwendeten Stufe «Sucht» entspricht).

Ist die Zielgruppe breit und heterogen, bleibt die Verwendung der Begriffe «substanzungebundenen suchtarartiges Verhalten», «Verhaltenssucht» oder schlicht «Sucht» akzeptabel, sofern es ausschliesslich um Glücks- und Geldspiele und Videospiele geht. Um die beiden von der internationalen wissenschaftlichen und medizinischen Gemeinschaft und der ICD-11 anerkannten suchtarartigen Störungen zu beschreiben, können diese Begriffe im populärwissenschaftlichen Kontext und zur Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit sinnvoll eingesetzt werden.

Hingegen ist die Bezeichnung aller problematischen Verhaltensweisen als «substanzungebundenen suchtarartiges Verhalten bzw. Suchtverhalten», als «Verhaltenssucht» oder einfach als «Sucht» unbedingt zu vermeiden. In solchen Fällen ist ausschliesslich von «problematischen Verhaltensweisen» zu sprechen.

Die Verwendung der Begriffe «substanzungebundenen suchtarartiges Verhalten bzw. Suchtverhalten», «Verhaltenssucht» oder schlicht «Sucht» sind nicht geeignet, wenn es um Impulskontrollstörungen (z. B. Kauf- und Sexualverhalten) geht, auch wenn man sich an die breite Öffentlichkeit richtet.

Zielpublikumsgerechte Terminologie gemäss Vorschlag des Autorenkollektivs

Zielpublikum	Glücks- und Geldspiel	Videospiele	Sexualverhalten	Kaufverhalten	Pornografie	Soziale Medien	Internet
Am Thema bzw. an Wissenschaft Interessierte	Störung	Störung	Störung	Störung	Problem	Problem	Problem
Breite Öffentlichkeit	substanzungebundenen suchtarartiges Verhalten; Verhaltenssucht; Sucht	substanzungebundenen suchtarartiges Verhalten; Verhaltenssucht; Sucht	zwanghaftes Verhalten	zwanghaftes Verhalten	problematisches Verhalten	problematisches Verhalten	problematisches Verhalten

Hinweis: Bei dieser Unterscheidung handelt es sich um einen Vorschlag der Verfasserinnen und Verfasser dieses Berichts. Bevor dieser Vorschlag umgesetzt wird, sollten weitere Fachleute – insbesondere aus den Bereichen Wissenschaft und Kommunikation (Schweizer Klub für Wissenschaftsjournalismus usw.) – konsultiert werden.

¹⁹ Die Verfasserinnen und Verfasser dieses Berichts bevorzugen hier den Begriff «substanzungebundenen suchtarartiges Verhalten».

4.2 Empfehlungen: Prioritäten gemäss epidemiologischer Forschung und einzusetzendes Instrument

Die im Folgenden formulierten Empfehlungen der Autorinnen und Autoren stützen sich auf die dokumentarischen Recherchen, die im Rahmen dieses Projekts erfolgten, auf die Expertenkonsultation sowie auf Ergebnisse des abschliessenden Workshops.

Glücks- und Geldspiele: Das Instrument *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) ist vorzugsweise in schweizweite epidemiologische Studien einzubinden, um die Prävalenz der Störung im Zusammenhang mit der Nutzung von Glücks- und Geldspielen bestmöglich zu schätzen und einen internationalen Vergleich zu ermöglichen. Da es sich hier um das einzige substanzungebundene suchtarartige Verhalten handelt, das sowohl im DSM-5 als auch in der ICD-11 anerkannt ist, müsste es im Suchtbereich eines der Hauptstudienziele darstellen.

Videospiele: Mit der Anerkennung der Videospiele-Nutzungsstörung in der ICD-11 und dem DSM-5 (hier nur in der Sektion III «Emerging Measures and Models», die vor der offiziellen Anerkennung zusätzlicher Forschung bedürfen) ist diese Verhaltensweise in nationalen epidemiologischen Studien einzubeziehen. Da diese Anerkennung erst kürzlich erfolgt ist und die klinischen Schwellenwerte noch nicht klar definiert und validiert wurden, lässt sich zumindest kurzfristig leider noch nicht zwischen den Kategorien «Störung» und «risikoreiches Verhalten» unterscheiden. Wir weisen darauf hin, dass der Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) zwar als Messinstrument empfohlen wird, wahrscheinlich aber ein neues (der ICD-11 angepasstes) Instrument in den kommenden Monaten von der WHO validiert und vorgeschlagen wird.

Sexualverhalten/Pornografie: Am abschliessenden Workshop wurde das Interesse betont, Probleme im Zusammenhang mit Pornografienutzung messen zu können, um diese Verhaltensweise möglicherweise einem suchtarartigen Verhalten anzunähern. Trotzdem wurde von einer Empfehlung abgesehen, ein Messinstrument für dieses Verhalten in nationale epidemiologische Studien zu integrieren. Diese Empfehlung stellt das am abschliessenden Workshop gefasste Fazit nicht infrage, demzufolge es relevant sei, die mit dieser Verhaltensweise verbundenen Probleme zu untersuchen. Die Empfehlung wurde angesichts der wenig klaren Definition dieser problematischen Verhaltensweise so gefasst. Fehlen theoretische Grundlagen und validierte Diagnosen, ist es unmöglich, eine Empfehlung für ein Monitoringtool – in dem Fall zur problematischen Nutzung von Pornografie – abzugeben. Derzeit erkennt die ICD-11 eine zwanghafte Sexualstörung an, was belegt, dass es sich hierbei um ein für die öffentliche Gesundheit wichtiges Thema handelt, dessen epidemiologische Entwicklung weiterzuverfolgen ist, allerdings nicht als substanzungebundenes suchtarartiges Verhalten.

Kaufverhalten: Derzeit erkennt die ICD-11 eine Störung des Kaufverhaltens in der Kategorie der Zwangsstörungen an und nicht in der Kategorie der Störungen aufgrund von suchtarartigem Verhalten. Wie bei der Sexualität soll dieses Verhalten nicht als suchtarartige Störung angesehen und gemessen werden, auch wenn die damit bedingten Probleme offensichtliche Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben. Derzeit erkennt die ICD-11 eine zwanghafte Kaufstörung an, was belegt, dass es sich hierbei um ein wichtiges Thema für die öffentliche Gesundheit handelt, dessen epidemiologische Entwicklung weiterzuverfolgen ist, wie die Expertinnen und Experten unterstreichen.

Soziale Netzwerke/soziale Medien: Gestützt auf die wissenschaftlichen Veröffentlichungen und die Ergebnisse des abschliessenden Workshops empfehlen wir, die problematische Nutzung der sozialen Netzwerke in schweizweiten Studien nicht aus der Perspektive einer substanzungebundenen suchtarartigen Verhaltensweise zu behandeln, wie es aktuell der Fall ist (vgl. Punkt 4.3 zur Empfehlung, wie das Thema zu behandeln ist). Weiter wird empfohlen, in nationale epidemiologische Studien zu diesem Verhalten kein

Monitoringtool einzubinden.

Internet: Es gilt als anerkannt, dass Probleme im Zusammenhang mit der Internetnutzung keine suchtartigen Störungen darstellen. Das Internet bleibt jedoch ein «Medium», das potenziell problematische Verhaltensweisen erleichtern kann. Es kann sogar ein Mittel darstellen, in dem sich mehrere Probleme gleichzeitig kumulieren (vgl. Punkt 4.3 zur Empfehlung, wie das Thema zu behandeln ist). Die Expertinnen und Experten sind jedoch der Ansicht, dass es interessant sein kann, weiterhin die problematische Internetnutzung im Rahmen von epidemiologischen Untersuchungen zu messen. Die Autorinnen und Autoren empfehlen die folgenden Elemente: a) Wird in Untersuchungen zu Suchtverhalten oder zur Gesundheit ein Messinstrument zur Internetnutzung allgemein einbezogen, soll es die Möglichkeit, auf die Glück- und Geldspielnutzung sowie auf die Videospieldnutzung zurückgehende Störungen zu messen, nicht ausschliessen (Priorisierung); b) Die Verwendung eines Sets von nicht auf bestimmte Online-Verhaltensweisen (z. B. Pornografie, Kaufverhalten, Videospiele usw.) ausgerichteten Fragen sollte von inhaltlich gleichlautenden Fragen begleitet werden, die sich mit «Offline»-Problemen befassen.

Verhaltensweisen, die nicht als suchtartige Verhalten oder andere Störungen anerkannt sind: Wir empfehlen, die Priorität eher auf das Verständnis des Problems zu legen und nicht auf die Analyse von dessen Tragweite (Prävalenz). Das verlangt nach einem verstärkten Rückgriff auf qualitative Studien, um die Daten aus quantitativen Erhebungen zu stützen.

4.3 Perspektiven – die digitale Welt als Herausforderung für die öffentliche Gesundheit: eine neue Forschungsperspektive

Die Tatsache, dass sämtliche neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zu einem gegebenen Zeitpunkt als potenzielle substanzungebundene suchtartige Verhaltensweisen galten, zeigt, welche Herausforderungen oder gar Risiken sie für den Menschen und die Gesellschaft darstellen. Es ist zwar richtig, dass ein beträchtlicher Teil der Probleme, die im Zusammenhang mit der Nutzung von IKT beobachtet werden, auf die Verzögerung zwischen dem Auftreten eines technologischen Wandels und der Fähigkeit der Gesellschaft, sich daran anzupassen, zurückzuführen ist. Es stimmt aber auch, dass mit dem Aufkommen des Internets diese Veränderungen zahlreicher und schneller geworden sind.

Die meisten der in diesem Forschungsbericht untersuchten sowie viele der fälschlicherweise als Verhaltenssuchte bezeichneten Verhaltensweisen müssen aus neuen Blickwinkeln betrachtet und analysiert werden.

Ein Verlust der Kontrolle über die Nutzung von sozialen Medien, Newsseiten oder anderen digitalen Plattformen, der sich mit ähnlichen Symptomen äussern kann wie eine Sucht, muss nicht nur aus Sicht Einzelner interpretiert werden, sondern auch aus dem Kontext heraus, in dem sich der Kontrollverlust entwickelt.

Die digitale Entwicklung erlaubt es, verschiedene Verhaltensweisen zu kombinieren und Erlebnisse anzubieten, die so weit wie nur möglich auf die Nachfrage und die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer zugeschnitten sind. Dies macht die Erfahrungen attraktiver und kann leichter dazu führen, dass man die Kontrolle über bestimmte Verhaltensweisen verliert.

Die rasante Entwicklung der digitalen Welt in den letzten Jahren hat deutlich gemacht, wie unvorbereitet die wissenschaftliche Welt im Allgemeinen war und ist. So wurde etwa jahrzehntelang über die Existenz einer (generischen) internetbezogenen Suchtstörung diskutiert, ohne der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die digitale Welt krakenartig wächst und die Grenzen zwischen verschiedenen suchtartigen und problematischen Verhaltensweisen verschwimmen. Derzeit hinkt die Forschung im Bereich der öffentlichen

Gesundheit ständig der Entwicklung des digitalen Marktes hinterher. Die verwischten Grenzen zwischen Glücksspiel und Videospiele, zwischen Geldspiel und Finanzen, zwischen Videospiele und sozialen Medien sind nur einige Beispiele für Bereiche, die sich weiterentwickeln und deren potenzielle Gefahren wir noch nicht erkannt haben.

Diese Entwicklungen würden die Einrichtung einer Monitoringstelle erfordern, die in der Lage wäre, die jüngsten Veränderungen in der Gesellschaft zu erfassen und kritische Überlegungen anzustellen, die dem nationalen und kantonalen Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden könnten. Die Schaffung einer solchen Monitoringstelle, die neue und aktuelle Informationen (z. B. in einem Newsletter) liefert, würde es ermöglichen, potenziell problematische Entwicklungen vorwegzunehmen.

In diesem Kontext bräuchte es multidisziplinäre Studien²⁰. Verschiedene Forschungsfragen sind denkbar, darunter die folgenden:

- **Analyse der Unterschiede und Ähnlichkeiten (Konvergenz) zwischen Aufmerksamkeitsökonomie und substanzungebundenem suchtartigem Verhalten:** Um ein Verhalten zu verstehen, das heute schlicht als «Sucht» oder «problematisches Verhalten» bezeichnet wird, muss man die Techniken verstehen, die eingesetzt werden, um unsere Aufmerksamkeit und unser Interesse an bestimmten Inhalten zu wecken.

- **Vertiefte Analyse der problematischen Nutzung digitaler Medien in der Schweiz (quantitative und qualitative Analyse):** Die Daten und die Forschung über die problematische Nutzung digitaler Medien sind in der Schweiz derzeit lückenhaft. Das Internet wird oft als Ursache für Kontrollverlust (problematische Internetnutzung) bezeichnet, obwohl fast einhellig anerkannt wird, dass das Internet nur ein Mittel oder ein Medium ist, um Zugang zu einem Verhalten zu erhalten. Ein nach Verhalten differenzierter Ansatz wird derzeit vernachlässigt.

- **Untersuchung und Beschreibung, wie das Internet und neue Technologien die Grenzen zwischen verschiedenen potenziell problematischen Verhaltensweisen (z. B. zwischen Videospiele, sozialen Medien sowie Glücks- und Geldspielen) abbauen:** Mit dem Aufkommen des Internets und anderer Technologien wurden Grenzen eingerissen, die in der physischen Welt oft unüberwindbar waren. Die digitale Welt ermöglicht es, mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig zu kombinieren (Geldspiel, Glücksspiel, soziale Netzwerke, Shopping usw.). Die immer markantere Entwicklung von Virtual und Augmented Reality wird dieses Phänomen in den kommenden Jahren noch verstärken. Daher ist es wichtig, das Verwischen der Grenzen zwischen den Verhaltensweisen, zwischen online und offline und zwischen Realem und Virtuellem, besser zu untersuchen und zu verstehen.

- **Untersuchung der Auswirkungen der digitalen Medien auf Aktivitäten, die zuvor nur offline möglich waren** (Analyse der erhöhten Risiken und der möglichen Schwierigkeiten bei der Kontrolle problematischer Verhaltensweisen)

²⁰ Verschiedenste Disziplinen müssten hier mitwirken, unterschiedliche Perspektiven eingenommen werden, z. B. Wirtschaft, Recht, Psychologie, Mediensoziologie, kognitive Wissenschaften, Neurowissenschaften, Mathematik (Algorithmen), Anthropologie.

5 Referenzen

5.1 Kapitel 1–2

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Billieux, J., Flayelle, M., Rumpf, H.-J., & Stein, D. J. (2019). High Involvement Versus Pathological Involvement in Video Games: A Crucial Distinction for Ensuring the Validity and Utility of Gaming Disorder. *Current Addiction Reports*, 6(3), 323–330. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00259-x>

Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>

Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *Addiction*, 85(11), 1403–1408. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01620.x>

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 300–303. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000183>

Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Janardhan Reddy, Y. C., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry*, 13(2), 125–127. <https://doi.org/10.1002/wps.20115>

Herrmann, M., Stortz, C., & Perissinotto, C. (2020). Problematische Internetnutzung in der Schweiz. Erkenntnisse und Empfehlungen der Expert*innengruppe “Onlinesucht”, Synthesebericht 2018-2020. Fachverband Sucht / GREAA. https://fachverbandsucht.ch/download/981/201130_Synthesebericht_Problematische_Internetnutzung_ohne_Anhang.pdf

Holden, C. (2001). “Behavioral” addictions: Do they exist? *Science*, 294(5544), 980–982. <https://doi.org/10.1126/science.294.5544.980>

Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction (Abingdon, England)*, 112(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2021). *MonAM – le Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles*. MonAM. <https://www.obsan.admin.ch/fr/MonAM>

Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2014). An Overview of and Rationale for Changes Proposed for Pathological Gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9370-0>

Rowland, H. (1944). Radio Crime Dramas. *Educational Research Bulletin*, 23(8), 210–217. <http://www.jstor.org/stable/1473640>

Shaffer, H. J., & Shaffer, P. M. (2016). Behavioral Addiction. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2nd ed., Vol. 1, pp. 135–142). Academic Press.

Tokunaga, R. S. (2015). Perspectives on Internet Addiction, Problematic Internet Use, and Deficient Self-Regulation: Contributions of Communication Research. *Annals of the International Communication Association*, 39(1), 131–161. <https://doi.org/10.1080/23808985.2015.11679174>

West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118484890>

World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Winn, M. (1977). *The plug-in drug: Television, Children, And The Family* (1st ed.). Viking Press.

5.2 Glücks- und Geldspielnutzung

Al Kurdi, C., Notari, L., & Kuendig, H. (2020). *Jeux d'argent sur internet en Suisse. Un regard quantitatif, qualitatif et prospectif sur les jeux d'argent en ligne et leur convergence avec les jeux vidéo*. GREAA & Addiction Suisse. https://www.grea.ch/sites/default/files/rapport_jhal_20200525-v1.0_0.pdf

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bernstein, P. L. (1996). *Against the gods: The remarkable story of risk*. Wiley.

Brodbeck, J., Duerrenberger, S., & Znoj, H. (2009). Prevalence rates of at risk, problematic and pathological gambling in Switzerland. *The European Journal of Psychiatry*, 23(2), 67–75. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632009000200001>

Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem Gambling Worldwide: An Update and Systematic Review of Empirical Research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 592–613. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073>

Dey, M., & Haug, S. (2019). *Glücksspiel: Verhalten und Problematik in der Schweiz im Jahr 2017* (No. 398). ISGF. <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/175280>

Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Dias, S., Rodda, S. N., Manning, V., Youssef, G. J., Lubman, D. I., & Volberg, R. A. (2019). The diagnostic accuracy of brief screening instruments for problem gambling: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, 101784–101784. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101784>

Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report* (pp. 1–59). Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA).

[https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al\(2001\)The_Canadian_Problem_Gambling_Index.pdf](https://www.greo.ca/Modules/EvidenceCentre/files/Ferris%20et%20al(2001)The_Canadian_Problem_Gambling_Index.pdf)

Gerstein, D., Volberg, R., Harwood, H., Christiansen, E., Hoffmann, J., Larison, C., Engelman, L., Murphy, S., Palmer, A., Chuchro, L., Toce, M., Johnson, R., Buie, T., Hill, M. A., Tucker, A., Cummings, W., & Sinclair, S. (1999). *Gambling Impact and Behavior Study. Report to the National Gambling Impact Study Commission*. National Opinion Research Center. <https://www.norc.org/PDFs/publications/GIBSFinalReportApril1999.pdf>

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 300–303. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000183>

Notari, L., Gmel, G., & Kuendig, H. (2019). *Développement d'un modèle de monitoring des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent en Suisse*. *Addiction Suisse*.

Otto, J. L., Smolenski, D. J., Garvey Wilson, A. L., Evatt, D. P., Campbell, M. S., Beech, E. H., Workman, D. E., Morgan, R. L., O'Gallagher, K., & Belsher, B. E. (2020). A systematic review evaluating screening instruments for gambling disorder finds lack of adequate evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 120, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.12.022>

Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2014). An Overview of and Rationale for Changes Proposed for Pathological Gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 493–502. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9370-0>

Reilly, C., & Smith, N. (2013). *The Evolving Definition of Pathological Gambling in the DSM-5* (pp. 1–6). National Center for Responsible Gaming (NCRG).

Studer, J., Baggio, S., Mohler-Kuo, M., Simon, O., Daeppen, J.-B., & Gmel, G. (2016). Latent Class Analysis of Gambling Activities in a Sample of Young Swiss Men: Association with Gambling Problems, Substance Use Outcomes, Personality Traits and Coping Strategies. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 421–440. <https://doi.org/10.1007/s10899-015-9547-9>

Williams, R. J., & Volberg, R. A. (2014). The classification accuracy of four problem gambling assessment instruments in population research. *International Gambling Studies*, 14(1), 15–28. <https://doi.org/10.1080/14459795.2013.839731>

World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Zangerl, M., Munsch, S., Meyer, A., Margraf, J., & Müller-Spahn, F. (2007). *Prevalence and Risk of Pathological Gambling in Switzerland after the Legalization of Games of Chance and Casinos in 2000*. 10th Congress of the Swiss Society of Psychology., Zürich, Switzerland. http://www.easg.org/media/file/conferences/novagorica2008/thursday/1400-ses6/zangerl_monica.pdf

5.3 Videospiegel

Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., Deluze, J., Dunkels, E., Edman, J., Ferguson, C. J., HAAGSMA, M. C., Helmersson Bergmark, K., Hussain, Z., Jansz, J., Kardefelt-Winther, D., Kutner, L., Markey, P., Lundedal Nielsen, R. K., Prause, N., ... Van Rooij, A. J. (2017). Scholars'

open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 267–270. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Billieux, J., Flayelle, M., Rumpf, H.-J., & Stein, D. J. (2019). High Involvement Versus Pathological Involvement in Video Games: A Crucial Distinction for Ensuring the Validity and Utility of Gaming Disorder. *Current Addiction Reports*, 6(3), 323–330. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00259-x>

Billieux, J., King, D. L., Higuchi, S., Achab, S., Bowden-Jones, H., Hao, W., Long, J., Lee, H. K., Potenza, M. N., Saunders, J. B., & Poznyak, V. (2017). Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder: Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal (Aarseth et al.). *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 285–289. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.036>

Castro-Calvo, J., King, D. L., Stein, D. J., Brand, M., Carmi, L., Chamberlain, S. R., Demetrovics, Z., Fineberg, N. A., Rumpf, H.-J., Yücel, M., Achab, S., Ambekar, A., Bahar, N., Blaszczynski, A., Bowden-Jones, H., Carbonell, X., Chan, E. M. L., Ko, C.-H., de Timary, P., ... Billieux, J. (2021). Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: An international Delphi study. *Addiction*, 116(9), 2463–2475. <https://doi.org/10.1111/add.15411>

Galanis, C. R., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Stigma-related arguments against gaming disorder: A call for research. *Addiction*, 116(10), 2921–2922. <https://doi.org/10.1111/add.15561>

Khazaal, Y., Chatton, A., Rothen, S., Achab, S., Thorens, G., Zullino, D., & Gmel, G. (2016). Psychometric properties of the 7-item game addiction scale among french and German speaking adults. *BMC Psychiatry*, 16(132), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0836-3>

King, D. L., Chamberlain, S. R., Carragher, N., Billieux, J., Stein, D., Mueller, K., Potenza, M. N., Rumpf, H. J., Saunders, J., Starcevic, V., Demetrovics, Z., Brand, M., Lee, H. K., Spada, M., Lindenberg, K., Wu, A. M., Lemenager, T., Pallesen, S., Achab, S., ... Delfabbro, P. H. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clinical Psychology Review*, 77, 101831. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101831>

Király, O., Slezcka, P., Pontes, H. M., Urbán, R., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2017). Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors*, 64, 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.005>

Király, O., & Demetrovics, Z. (2017). Inclusion of Gaming Disorder in ICD has more advantages than disadvantages: Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal (Aarseth et al.). *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 280–284. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.046>

Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology*, 12(1), 77–95. <https://doi.org/10.1080/15213260802669458>

Monacis, L., De Palo, V., Griffiths, M. D., & Sinatra, M. (2016). Validation of the Internet Gaming Disorder Scale – Short-Form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(4), 683–690. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.083>

Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior*, 45, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006>

Pontes, H. M., Schivinski, B., Sindermann, C., Li, M., Becker, B., Zhou, M., & Montag, C. (2019). Measurement and Conceptualization of Gaming Disorder According to the World Health Organization Framework: The Development of the Gaming Disorder Test. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(2), 508–528. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00088-z>

Qin, L., Cheng, L., Hu, M., Liu, Q., Tong, J., Hao, W., Luo, T., & Liao, Y. (2020). Clarification of the Cut-off Score for Nine-Item Internet Gaming Disorder Scale–Short Form (IGDS9-SF) in a Chinese Context. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 470–470. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00470>

Rumpf, H.-J., Achab, S., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carragher, N., Demetrovics, Z., Higuchi, S., King, D. L., Mann, K., Potenza, M., Saunders, J. B., Abbott, M., Ambekar, A., Aricak, O. T., Assanangkornchai, S., Bahar, N., Borges, G., Brand, M., Chan, E. M.-L., ... Poznyak, V. (2018). Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 556–561. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.59>

Severo, R. B., Barbosa, A. P. P. N., Fouchy, D. R. C., Coelho, F. M. da C., Pinheiro, R. T., de Figueiredo, V. L. M., de Siqueira Afonso, V., Pontes, H. M., & Pinheiro, K. A. T. (2020). Development and psychometric validation of Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form (IGDS9-SF) in a Brazilian sample. *Addictive Behaviors*, 103, 106191. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106191>

Van Rooij, A. J., Ferguson, C. J., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E., Bean, A. M., Helmersson Bergmark, K., Bruss, A., Coulson, M., Deleuze, J., Dullur, P., Dunkels, E., Edman, J., Eitchells, P. J., Elson, M., Fiskaali, A., Granic, I., Jansz, J., ... Przybylski, A. K. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.19>

Van den Brink, W. (2017). ICD-11 Gaming Disorder: Needed and just in time or dangerous and much too early? Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal (Aarseth et al.). *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 290–292. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.040>

World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

5.4 Sexualverhalten

Böthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J., & Demetrovics, Z. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 247–258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>

- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Zsila, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2018). The Development of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS). *The Journal of Sex Research, 55*(3), 395–406. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1291798>
- Carnes, P. (1994). *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict*. Hazelden Publishing.
- Fernandez, D. P., & Griffiths, M. D. (2021). Psychometric Instruments for Problematic Pornography Use: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions, 44*(2), 111–141. <https://doi.org/10.1177/0163278719861688>
- Frances, A. (2010, March 14). DSM5 Sexual Disorders Make No Sense. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/dsm5-in-distress/201003/dsm5-sexual-disorders-make-no-sense>
- Fuss, J., Lemay, K., Stein, D. J., Briken, P., Jakob, R., Reed, G. M., & Kogan, C. S. (2019). Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry, 18*(2), 233–235. <https://doi.org/10.1002/wps.20635>
- Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020). Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review, 82*, 101925. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
- Halpern, A. L. (2011). The Proposed Diagnosis of Hypersexual Disorder for Inclusion in DSM-5: Unnecessary and Harmful. *Archives of Sexual Behavior, 40*(3), 487–488. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9727-3>
- Kafka, M. P. (2014). What Happened to Hypersexual Disorder? *Archives of Sexual Behavior, 43*(7), 1259–1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., & Kelly, J. A. (1994). Sexual Sensation Seeking: Scale Development and Predicting AIDS-Risk Behavior Among Homosexually Active Men. *Journal of Personality Assessment, 62*(3), 385–397. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6203_1
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual Addiction or Hypersexual Disorder: Different Terms for the Same Problem? A Review of The Literature. *Current Pharmaceutical Design, 20*(25), 4012–4020. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>
- Kor, A., Zilcha-Mano, S., Fogel, Y. A., Mikulincer, M., Reid, R. C., & Potenza, M. N. (2014). Psychometric development of the Problematic Pornography Use Scale. *Addictive Behaviors, 39*(5), 861–868. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.027>
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry, 17*(1), 109–110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>
- Montgomery-Graham, S. (2017). Conceptualization and Assessment of Hypersexual Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sexual Medicine Reviews, 5*(2), 146–162. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.11.001>

- Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R., Cooper, E. B., McKittrick, H., Davtian, M., & Fong, T. (2012). Report of Findings in a DSM-5 Field Trial for Hypersexual Disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 9(11), 2868–2877. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02936.x>
- Reid, R. C., & Kafka, M. P. (2014). Controversies About Hypersexual Disorder and the DSM-5. *Current Sexual Health Reports*, 6(4), 259–264. <https://doi.org/10.1007/s11930-014-0031-9>
- Rosenberg, K. P., O'Connor, S., & Carnes, P. (2014). Sex addiction: An overview. In K. P. Rosenberg & L. Curtiss Feder (Eds.), *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment* (pp. 215–236). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00009-4>
- Wakefield, J. C. (2011). The DSM-5's Proposed New Categories of Sexual Disorder: The Problem of False Positives in Sexual Diagnosis. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 213–223. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0353-2>
- Winters, J., Christoff, K., & Gorzalka, B. B. (2010). Dysregulated sexuality and high sexual desire: Distinct constructs? *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1029–1043. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9591-6>
- Womack, S. D., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E., & Penberthy, J. K. (2013). Measuring Hypersexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1–2), 65–78. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.768126>

5.5 Kaufverhalten

- Aboujaoude, E. (2014). Compulsive buying disorder: A review and update. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4021–4025. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990618>
- Andreassen, C. S. (2014). Shopping addiction: An overview. *Journal of Norwegian Psychological Association*, 51, 194–209.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Pallesen, S., Bilder, R. M., Torsheim, T., & Aboujaoude, E. (2015). The Bergen Shopping Addiction Scale: Reliability and validity of a brief screening test. *Frontiers in Psychology*, 6, 1374–1374. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01374>
- Benson, A. L. (Ed.). (2000). *I shop, therefore I am: Compulsive buying and the search for self*. Jason Aronson Inc. Publishers.
- Bhattacharjee, S. (2018). Impulse control disorders in Parkinson's disease: Review of pathophysiology, epidemiology, clinical features, management, and future challenges. *Neurology India*, 66(4), 967–975. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.237019>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Callesen, M. B., Weintraub, D., Damholdt, M. F., & Møller, A. (2014). Impulsive and compulsive behaviors among Danish patients with Parkinson's disease: Prevalence, depression, and personality. *Parkinsonism & Related Disorders*, 20(1), 22–26. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.09.006>

Christenson, G. A., Faber, R. J., de Zwaan, M., Raymond, N. C., Specker, S. M., Ekern, M. D., Mackenzie, T. B., Crosby, R. D., Crow, S. J., & Eckert, E. D. (1994). Compulsive buying: Descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *55*(1), 5–11.

Claes, L., Müller, A., & Luyckx, K. (2016). Compulsive buying and hoarding as identity substitutes: The role of materialistic value endorsement and depression. *Comprehensive Psychiatry*, *68*, 65–71. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.005>

Derbyshire, K. L., Chamberlain, S. R., Odlaug, B. L., Schreiber, L. R. N., & Grant, J. E. (2014). Neurocognitive functioning in compulsive buying disorder. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *26*(1), 57–63.

Dittmar, H. (2005). Compulsive buying - a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *The British Journal of Psychology*, *96*(4), 467–491. <https://doi.org/10.1348/000712605X53533>

Fenton-O'Creevy, M., Dibb, S., & Furnham, A. (2018). Antecedents and consequences of chronic impulsive buying: Can impulsive buying be understood as dysfunctional self-regulation? *Psychology & Marketing*, *35*(3), 175–188. <https://doi.org/10.1002/mar.21078>

Filomensky, T. Z., Almeida, K. M., Castro Nogueira, M. C., Diniz, J. B., Lafer, B., Borcato, S., & Tavares, H. (2012). Neither bipolar nor obsessive-compulsive disorder: Compulsive buyers are impulsive acquirers. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(5), 554–561. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.005>

Griffiths, M. (2005). A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, *10*(4), 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>

Hollander, E., & Allen, A. (2006). Is Compulsive Buying a Real Disorder, and Is It Really Compulsive? *The American Journal of Psychiatry*, *163*(10), 1670–1672. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1670>

Lee, S., & Mysyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social Science & Medicine*, *58*(9), 1709–1718. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00340-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00340-X)

Lejoyeux, M., Adès, J., Tassain, V., & Solomon, J. (1996). Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *The American Journal of Psychiatry*, *153*(12), 1524–1529. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.12.1524>

Lejoyeux, M., & Weinstein, A. (2010). Compulsive buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *36*(5), 248–253. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.493590>

Lejoyeux, M., & Weinstein, A. (2013). Shopping Addiction. In M. Miller (Ed.), *Principles of Addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* (Vol. 1, pp. 847–853). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2011-0-07778-5>

Maag, V. (2010). *Kaufsucht in der Schweiz: Verbreitung, Ursachen und Konsequenzen*. Rüegger.

Maraz, A., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). The prevalence of compulsive buying: A meta-analysis. *Addiction*, *111*(3), 408–419. <https://doi.org/10.1111/add.13223>

- McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Smith, J. M. R., & Strakowski, S. M. (1994). Compulsive buying: A report of 20 cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *55*(6), 242–248.
- Mestre-Bach, G., Steward, T., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2017). Differences and Similarities Between Compulsive Buying and Other Addictive Behaviors. *Current Addiction Reports*, *4*(3), 228–236. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0153-z>
- Möllenkamp, M., de Zwaan, M., & Müller, A. (2015). Hoarding with and without Excessive Buying: Results of a Pilot Study. *Psychopathology*, *48*(1), 56–59. <https://doi.org/10.1159/000363389>
- Müller, A., Brand, M., Claes, L., Demetrovics, Z., de Zwaan, M., Fernández-Aranda, F., Frost, R. O., Jimenez-Murcia, S., Lejoyeux, M., Steins-Loeber, S., Mitchell, J. E., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Trotzke, P., Weinstein, A., & Kyrios, M. (2019). Buying-shopping disorder—Is there enough evidence to support its inclusion in ICD-11? *CNS Spectrums*, *24*(4), 374–379. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001323>
- Müller, A., Trotzke, P., Laskowski, N. M., Brederbecke, J., Georgiadou, E., Tahmassebi, N., Hillemacher, T., Zwaan, M. de, & Brand, M. (2021). Der Pathological Buying Screener: Validierung in einer klinischen Stichprobe. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *71*(7), 294–300. <https://doi.org/10.1055/a-1303-4743>
- Müller, A., Trotzke, P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., & Brand, M. (2015). The Pathological Buying Screener: Development and Psychometric Properties of a New Screening Instrument for the Assessment of Pathological Buying Symptoms. *PloS One*, *10*(10), e0141094. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141094>
- O'Guinn, T. C., & Faber, R. J. (1989). Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration. *The Journal of Consumer Research*, *16*(2), 147–157. <https://doi.org/10.1086/209204>
- Ridgway, N. M., Kukar-Kinney, M., & Monroe, K. B. (2008). An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. *The Journal of Consumer Research*, *35*(4), 622–639. <https://doi.org/10.1086/591108>
- Sohn, S.-H., & Choi, Y.-J. (2012). A Model of Compulsive Buying: Dysfunctional Beliefs and Self-Regulation of Compulsive Buyers. *Social Behavior and Personality*, *40*(10), 1611–1624. <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.10.1611>
- Starcke, K., Antons, S., Trotzke, P., & Brand, M. (2018). Cue-reactivity in behavioral addictions: A meta-analysis and methodological considerations. *Journal of Behavioral Addictions*, *7*(2), 227–238. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.39>
- Trotzke, P., Brand, M., & Starcke, K. (2017). Cue-Reactivity, Craving, and Decision Making in Buying Disorder: A Review of the Current Knowledge and Future Directions. *Current Addiction Reports*, *4*(3), 246–253. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0155-x>
- Weinstein, A., & Griffiths, M. (2016). Compulsive buying—Features and characteristics of addiction. In V. R. Preedy (Ed.), *Neuropathology of drug addictions and substance misuse* (1st ed., Vol. 1, pp. 993–1007). Elsevier Academic Press.

Wenger, A., & Schaub, M. P. (2020). *Kaufsucht im Zeitalter des Internets. Eine repräsentative Befragung der Schweizer Bevölkerung* (Forschungsbericht No. 402). Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF).

Zhang, C., Brook, J. S., Leukefeld, C. G., De La Rosa, M., & Brook, D. W. (2017). Compulsive Buying and Quality of Life: An Estimate of the Monetary Cost of Compulsive Buying among Adults in Early Midlife. *Psychiatry Research*, 252, 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.007>

5.6 Soziale Medien

Abendroth, A., Parry, D. A., le Roux, D. B., & Gundlach, J. (2020). An Analysis of Problematic Media Use and Technology Use Addiction Scales – What Are They Actually Assessing? In M. Hattingh, M. Matthee, H. Smuts, I. Pappas, Y. K. Dwivedi, & M. Mäntymäki (Eds.), *Conference on e-Business, e-Services and e-Society: Responsible Design, Implementation and Use of Information and Communication Technology* (pp. 211–222). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-45002-1_18

Andreassen, C. S. (2015). Online Social Network Site Addiction: A Comprehensive Review. *Current Addiction Reports*, 2(2), 175–184. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0056-9>

Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The Relationship Between Addictive Use of Social Media and Video Games and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(2), 252–262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>

Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook Addiction Scale. *Psychological Reports*, 110(2), 501–517. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517>

Bányai, F., Zsila, Á., Király, O., Maraz, A., Elekes, Z., Griffiths, M. D., Andreassen, C. S., & Demetrovics, Z. (2017). Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. *PLoS One*, 12(1), e0169839–e0169839. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169839>

Boer, M., Stevens, G., Finkenauer, C., & Eijnden, R. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Symptoms, Social Media Use Intensity, and Social Media Use Problems in Adolescents: Investigating Directionality. *Child Development*, 91(4), e853–e865. <https://doi.org/10.1111/cdev.13334>

Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210–230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>

Delgrande Jordan, M. (2020). *Les écrans, Internet et les réseaux sociaux—Résultats de l'enquête « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) 2018* (Rapport de recherche No. 114). Addiction Suisse. https://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_373.pdf

Griffiths, M. D., Kuss, D. J., & Demetrovics, Z. (2014). Social networking addiction: An overview of preliminary findings. In K. P. Rosenberg & L. Curtiss Feder (Eds.), *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment* (pp. 119–141). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00006-9>

Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., Már, Á., Samdal, A., & Samdal, O. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*. WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior*, *31*, 351–354. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.059>

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(3), 311. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030311>

Ryan, T., Chester, A., Reece, J., & Xenos, S. (2014). The uses and abuses of Facebook: A review of Facebook addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, *3*(3), 133–148. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.016>

Shahnawaz, M. G., & Rehman, U. (2020). Social Networking Addiction Scale. *Cogent Psychology*, *7*(1), 1832032. <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1832032>

Van den Eijnden, R. J., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (2016). The Social Media Disorder Scale. *Computers in Human Behavior*, *61*, 478–487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>

Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2020). Internet gaming disorder and problematic social media use in a representative sample of German adolescents: Prevalence estimates, comorbid depressive symptoms and related psychosocial aspects. *Computers in Human Behavior*, *103*, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.09.014>

Zendle, D., & Bowden-Jones, H. (2019). Is excessive use of social media an addiction? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *365*, l2171. <https://doi.org/10.1136/bmj.l2171>

Zhang, A., & Rau, P.-L. P. (2021). A Review and Reappraisal of Social Media Misuse: Measurements, Consequences, and Predictors. *International Journal of Human-Computer Interaction*, *37*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1807281>

5.7 Internet

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Gmel, G., Khazaal, Y., Studer, J., Baggio, S., & Marmet, S. (2019). Development of a short form of the compulsive internet use scale in Switzerland. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *28*(1), e1765. <https://doi.org/10.1002/mpr.1765>

King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review*, *33*(3), 331–342. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.002>

Laconi, S., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2014). The measurement of Internet addiction: A critical review of existing scales and their psychometric properties. *Computers in Human Behavior*, *41*, 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.026>

Lopez-Fernandez, O., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Dawes, C., Pontes, H. M., Justice, L., Rumpf, H.-J., Bischof, A., Gässler, A.-K., Suryani, E., Männikkö, N., Kääriäinen, M., Romo, L., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., Rousseau, A., Hormes, J. M., Schimmenti, A., ... Billieux, J. (2019). Cross-Cultural Validation of the Compulsive Internet Use Scale in Four Forms and Eight Languages. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *22*(7), 451–464. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0731>

Meerkerk, G.-J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, *12*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0181>

Waller, G., & Meidert, U. (2020). Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit. In C. Peter, M. Diebold, M. Delgrande Jordan, J. Dratva, I. Kickbusch, & S. Stronski (Eds.), *Gesundheit in der Schweiz: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (pp. 210–243). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/20462>

World Health Organization (WHO). (2019). *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (11th ed.). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

Young, K. S. (1996). *Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder*. The 104th annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.

6 ANHÄNGE

6.1 Annexe 1 : résultat du travail du Groupe de travail 'terminologie' (GTT)

Le Groupe de Travail sur la Terminologie (GTT) a établi 6 principes de base qui ont été utilisés pour produire une terminologie et une définition quadrilingue adaptée à chacun des six comportements et qui a été validée lors de l'atelier final.

6.1.1 Principes établis par le « Groupe de Travail Terminologie » (GTT) pour l'élaboration de la terminologie

P1. Principe de base : Distinguer les conduites addictives sans substances (troubles liés à un comportement addictif reconnu par CIM et/ou DSM) des comportements s'accompagnant de symptômes rappelant l'addiction

P2. Pour les conduites addictives sans substances (troubles liés à un comportement addictif reconnu par CIM et/ou DSM), utiliser systématiquement la terminologie « Trouble lié à l'utilisation / l'usage de... »

- Il s'agit d'éviter le terme « addiction » qui est entré dans le langage commun et, de ce fait, est devenu trop ambiguë / poly sémantique. Il s'agit également de ne pas reprendre tel quelle une terminologie issue du DSM ou de la CIM (terminologie différentes / troubles reconnu par un organisme pas par l'autre)

P3. Exclure les termes « Trouble » (disorder), « usage pathologique », « Addiction(s) », « Dépendance », etc. en cas de non reconnaissance par la CIM et/ou le DSM

P4. Utiliser l'expression « Usage problématique de » pour les comportements s'accompagnant de symptômes rappelant l'addiction, et non reconnus par CIM / DSM comme troubles liés à des comportements addictifs (c.-à-d. sans critères diagnostiques)

Exemples de terminologie en application des principes 1-4

	<i>Terminologie correcte</i>	<i>Terminologie incorrecte</i>
« Addictions » reconnues par CIM et/ou DSM	Trouble lié à l'utilisation des jeux d'argent	Addiction aux jeux d'argent / dépendance aux jeux d'argent / Jeu excessif / jeu compulsif
	Trouble lié à l'utilisation des jeux vidéo	Addiction aux jeux vidéo / dépendance aux jeux vidéo / Addiction aux écrans
	Geldspielstörung / Störung durch Geldspiel	Geldspielsucht
	Videospiel-Nutzungsstörung	Videospielsucht
	Disturbo legato all'uso di gioco d'azzardo	Dipendenza da gioco d'azzardo
	Disturbo legato all'uso di videogiochi	Dipendenza da videogiochi.

	Gambling disorder	Gambling addiction / pathological gambling / Compulsive gambling
	Gaming disorder	Gaming addiction / pathological gaming / compulsive gaming
« Addictions » non-reconnues par CIM et/ou DSM	Usage problématique d'Internet	Troubles liés à internet (TLI) / Dépendance à Internet / Cyberaddiction / Usage pathologique d'Internet
	Usage problématique des médias sociaux	Addiction aux médias sociaux
	Problematische Internetnutzung	internetbezogene Störungen (IBS) / Internetabhängigkeit / Onlinesucht / Pathologische Internetnutzung
	Problematische Nutzung von sozialen Medien / – sozialer Medien	Soziale Medien-Sucht
	Utilizzo problematico di internet	Uso eccessivo di internet/Dipendenza da internet/Disturbo da internet
	Utilizzo problematico dei social media	Dipendenza dei social media/Usò eccessivo di social media
	Problematic use of the Internet	Internet addiction
	Problematic use of social media	Social media addiction

6.1.2 Principes établis par le GTT pour l'élaboration des définitions

P5. Pour les conduites addictives sans substances (troubles liés à un comportement addictif reconnu par CIM et/ou DSM), reprendre les éléments de définition de la déclaration commune du GREAA, Fachverband Sucht et Ticino Addiction du 29 septembre 2015

Déclaration commune : « On entend par addiction l'émergence d'un phénomène issu de multiples facteurs, à la fois médicaux, psychologiques et sociaux, impliquant la perte de maîtrise de l'usage d'un produit ou d'un comportement. L'addiction ne permet plus à la personne d'être autonome face à son projet de vie et à ses relations sociales. Elle demande une réponse de la collectivité dans plusieurs domaines complémentaires, à savoir le social, la santé, la sécurité, l'éducation et l'environnement. »²¹ (GREAA / Fachverband Sucht / Ticino Addiction, 2015)

P6. Compléter la définition par des critères essentiels de définition aux yeux des organisations professionnelles

Inclure dans la définition la « Souffrance et changement de son rapport au monde (aliénation) »

21 «Sucht bezeichnet ein medizinisches, psychisches und soziales Phänomen, das dazu führt, dass der/die Betroffene die Kontrolle über den Einsatz von Suchtmitteln – Substanzen oder Handlungsweisen – verliert und hinsichtlich Lebensführung und sozialer Kontakte nicht mehr selbstbestimmt ist. Sucht verlangt eine gesellschaftliche Reaktion auf verschiedenen Ebenen (Sozialwesen, Gesundheit, Sicherheit, Erziehung/Bildung, Umwelt).» / «La dipendenza significa l'emergere di un fenomeno derivante da molteplici fattori, sia medici, psicologici e sociali, che comportano la perdita di controllo sull'uso di un prodotto o comportamento. La dipendenza non permette più alla persona di essere autonoma di fronte al suo progetto di vita e alle sue relazioni sociali. Essa richiede una risposta da parte della collettività in diversi ambiti complementari, vale a dire del sociale, della salute, della sicurezza, dell'educazione e dell'ambiente»

6.1.3 Proposition (provisoire) de définition d'une addiction reconnue par la CIM et/ou le DSM :

« Perte de maîtrise de l'usage de » (P5) XXX « ne permettant plus à la personne d'être autonome face à son projet de vie et à ses relations sociales » (P5) et s'accompagnant de « la souffrance de la personne et de changements de son rapport au monde (aliénation) » (P6)

NB : la définition retenue lors du workshop diffère légèrement

6.1.4 Remarques du groupe de travail

Les membres du groupe de travail sont conscients qu'il devient nécessaire d'effectuer un travail terminologique important autour de la notion d'« addiction » qui est devenue trop polysémique. Ils sont d'accord avec la *déclaration d'Ascona*²² qui stipule qu'« une nouvelle terminologie doit être élaborée pour une politique moderne des « addictions » (...) qui puisse intégrer toutes les formes de consommation »

²² https://fachverbandsucht.ch/download/164/Erklaerung_Ascona_Grundstze_fr_eine_moderne_Suchtpolitik

6.2 Annexe 2 : résultats de la consultation du groupe d'experts instruments

6.2.1 Instruments proposés et questions

Jeux d'argent

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- NODS (NORC DSM-IV Screen for gambling problems)
- PGSI (Problem Gambling Severity Index)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Jeux vidéo

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- IGDT-10
- IGDS9-SF
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Sexualité

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- CSBD-19 (Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale)
- HDSI (Hypersexual Disorder Screening Inventory)
- SCS (Sexual Compulsivity Scale)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Achats

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

- BSAS (Bergen Shopping Addiction Scale)
- PBS (The pathological Buying Screener)
- RCBS (Richmond Compulsive Shopping Scale)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Médias sociaux

À votre avis, quel est l'instrument de mesure le plus approprié pour une enquête populationnelle ?

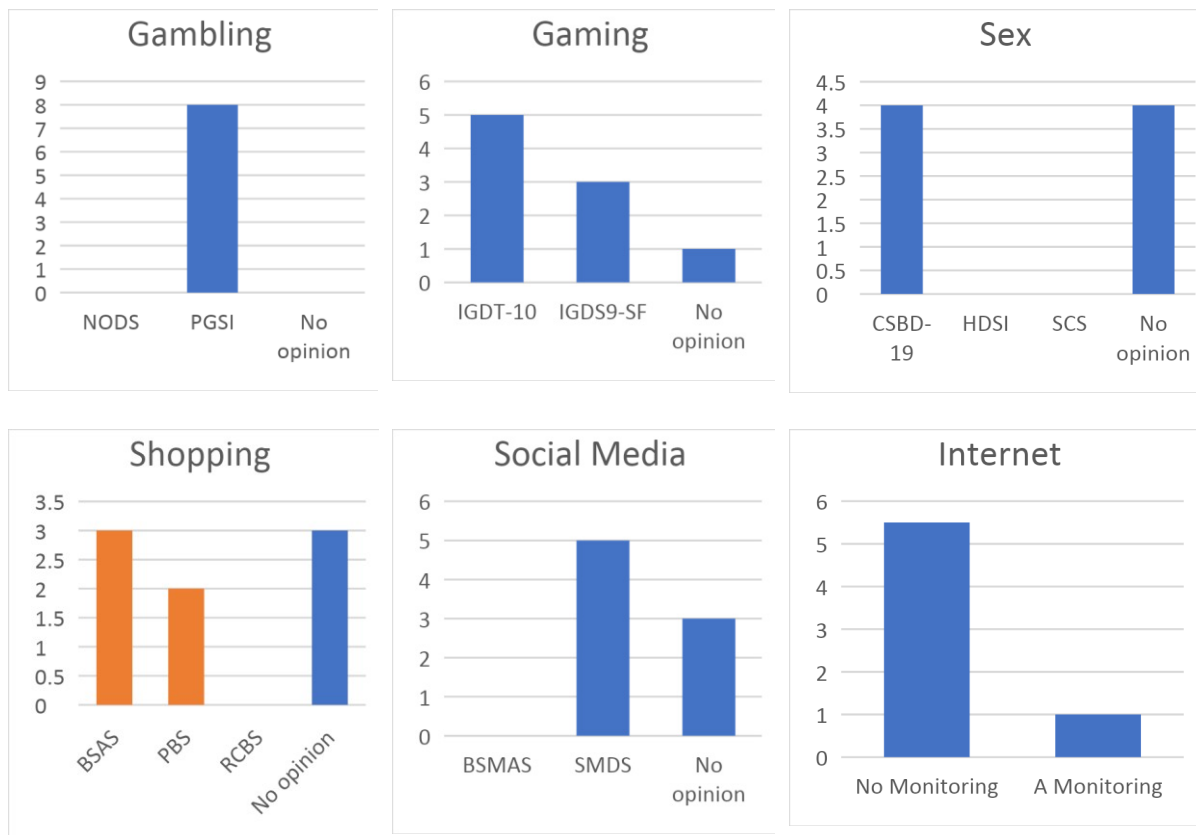
- BSMAS (Bergen Social Media addiction Scale)
- SMDS (Social Media Disorder Scale)
- Pas d'avis
- Autre instrument (préciser SVP)
 - Nom :
 - Raisons pour ce choix :

Internet

- Le concept d'addiction à Internet est fortement remis en question. De ce fait, aucun instrument n'a été recommandé par les auteurs de l'étude. Partagez-vous l'avis des auteurs ?

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION

6.2.2 Retour des experts



6.2.2.1 Jeu d'argent

Retour des experts	NODS (NORC DSM-IV Screen for gambling problems)	PGSI (Problem Gambling Severity Index)
Nombre d'experts soutenant cet instrument		8
Sans opinion		
Remarques positives		Sans aucun doute l'instrument le plus pertinent. Je ne compte plus les juridictions / pays ayant menées des enquêtes populationnelles quant à la prévalence des problèmes de JHA à l'aide de cet instrument. Il faut utiliser les nouveaux seuils pour les niveaux de gravité, tels que publiés par Currie et ses collègues. Currie, S. R., Hodgins, D. C., & Casey, D. M. (2013). Validity of the Problem Gambling Severity Index Interpretive Categories. <i>Journal of Gambling Studies</i> , 29. https://doi.org/10.1007/s10899-012-9300-6
Remarques négatives		
Autres	<p>Would be best, but it is really difficult to include it as of its lengths to the Swiss Health Survey as we already discussed.</p> <p>Es gibt ansonsten noch den LieBet-Questionnaire, der hat den sagenhaften Vorteil, nur aus 2 Items zu bestehen und ist dafür aber erschreckend treffsicher (da brechen eingefleischte Diagnostiker immer in Tränen aus).</p>	

6.2.2.2 Jeux vidéo

Retour des experts	IGDT-10	IGDS9-SF
Nombre d'experts soutenant cet instrument	5	3
Sans opinion	1	
Remarques positives	<p>Justification Additionnelle : IGDS9-SF mesure avec un seul item les aspects « relationnel » et « professionnel » pour le dernier critère du DSM-5 (Jeopardization), ce qui est problématique (dans le cas par ex. où il y a des conséquences sociales mais pas professionnelles). Le IGDT-10 utilise 2 items, puis à la cotation, si un des deux items est scoré positif alors le critère est rempli. Pour cette raison, je suggère IGDT-10 en lieu et place de IGDS9-SF. Par ailleurs, le IGDT-10 est validé dans les trois langues nationales, ce qui n'est pas le cas du IGDS9-SF</p>	<p>Les deux tests présentés sont de très bons choix mais j'opterais pour le IGDS9-SF pour son potentiel d'utilité clinique, le fait qu'il y a au moins une étude validant les cut-off clinique (même si c'est la Chine)</p>
Remarques négatives		
Autres	<p>Da empfehle ich dringend die Lektüre des kürzlich erschienenen syst. Reviews von King et al. (hänge ich Dir in separater Mail mal an). Der Artikel ist insofern sehr brauchbar, weil mal überraschend klare Empfehlungen für bestimmte Skalen genannt werden. Ich hab an dem Projekt mitgearbeitet und wir haben uns richtig Mühe gegeben, solide Qualitätskriterien für alle verfügbaren Skalen zu definieren und diese danach zu raten. Empfohlen wurden hiernach:</p> <p>AICA-Sgaming, GAS-7, IGDT-10, IGDS9-SF. (Attribué 1 à chaque instrument)</p>	

6.2.2.3 Sexualité

Retour des experts	Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale - CSBD-19	Hypersexual Disorder Screening Inventory – HDSI	Sexual Compulsivity Scale - SCS
Nombre d'experts soutenant cet instrument	4		
Sans opinion	4		
Remarques positives	Se base sur la nosographie la plus récente et les critères CIM-11		
Remarques négatives			
Autres	<p>There are no suitable instruments. I recommend using for research the CSBD-19 but all scales are still too long. Short versions are missing.</p> <p>Wir nutzen hier den HBI (Hypersexual behavior Inventory) (Attribué 1 à sans opinion)</p> <p>Ne recommanderait aucun instrument, comme pour internet (attribué 1 à sans opinion)</p>		

6.2.2.4 Achats

Retour des experts	BSAS (Bergen Shopping Addiction Scale)	PBS (The pathological Buying Screener)	RCBS (Richmond Compulsive Shopping Scale)
Nombre d'experts soutenant cet instrument	3	2	
Sans opinion	3		
Remarques positives	Reasons for this choice: I have used it in a GBS for the FOPH and it worked well and also separates online vs. offline shopping.		
Remarques négatives	Je suggère fortement de ne pas se basé sur la Bergen Shopping Addiction Scale. Elle n'est composée que de six items et contient des items par forcément pertinent dans le champ des addictions comportementales (e.g., tolérance) et ne mesure pas directement et avec un item convainquant la perte de contrôle.		
Autres			

6.2.2.5 Réseaux sociaux

Retour des experts	BSMAS (Bergen Social Media addiction Scale)	SMDS (Social Media Disorder Scale)
Nombre d'experts soutenant cet instrument		5
Sans opinion	3	
Remarques positives		À la lumière des informations dans le rapport, j'opterais pour le SMDS, pour la présence d'items de conséquences (ce qui permet, en l'absence de cutoff validés pour les deux questionnaires, d'au moins documenter la présence de conséquences objectives auto-rapportées). Mais l'écart entre les deux questionnaires, en termes d'avantages est faible. SOCIAL MEDIA: Hier ist die SMDS in Ordnung und v.a. ordentlich verbreitet.
Remarques négatives	Je suggère fortement de ne pas se basé sur la Bergen Scale. Elle n'est composée que de six items et contient des items par forcément pertinent dans le champ des addictions comportementales (e.g., tolérance) et ne mesure pas directement et avec un item convainquant la perte de contrôle.	La SMDS est plus proche des autres échelles que j'ai retenues ici, sur le plan conceptuel et des critères évalués.
Autres	Ne recommanderait aucun instrument, comme pour internet (attribué 1 à sans opinion)	

6.2.2.6 Internet

Pas d'instrument proposé : Pas d'addiction à Internet mais éventuellement des problèmes engendrés par des activités spécifiques sur Internet (cyberpornographie, jeux d'argent en ligne, série TV sur Netflix, etc.)

Instrument par défaut : **Compulsive Internet Use Scale 8 items (CIUS-8)**
+ une question sur le type d'activité

D'accord pour ne proposer aucun instrument	Pas d'accord
Agreed. There is no good measure for internet addiction.	Sehe ich nicht so, das Konzept lässt sich mit geeigneten Skalen gut erheben, z.B. CIUS, AICA-S .
I agree	Partly, there are also persons with compulsive use of different applications (e.g. mail checking, news checking, social media use...) which might not be detected by the above mentioned specific instruments, therefore I think further research on this is necessary.
Comme Internet implique de très nombreux produitsLe mot Internet peut référer à un usage peu clair (ex: problématique pour le jeu? pour les e-mail? les médias sociaux ...?) D'où la multiplication d'échelles qui recourent de manière plus ou moins bonne (en termes de validité de construct) des items assez semblables	
L'Internet est le medium, ce qui est important c'est l'activité spécifique qui est pratiquée en ligne. Je valide donc, bravo !	
Non seulement je le partage, mais j'étendrai ce positionnement aux réseaux sociaux et à la sexualité	

6.2.2.7 Remarques d'ordre général

Thèmes	Remarques des experts consultés
Smartphone Addiction	I am missing Smartphone Addiction here on the list! This is much more conclusive than Internet addiction! See e.g. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26690625/ for a suitable short scale.
Core process	<p>On multiplie les échelles pour capter des processus qui tournent autour du même Core symptoms des addictions</p> <p>On peut en créer de plus en plus autant que de nouveaux produits ou alors essayer de capturer avec quelques questions ce Core process, qui à mon avis est bien illustré par les critères CIM-11 pour le Gaming</p> <p>Ce qui va changer ensuite d'un comportement à un autre" sera ensuite plutôt les motivations qui peuvent nécessiter des échelles spécifiques</p>
Binge Watching	<p>Au cas où cela est pertinent pour vous, des échelles ont été récemment développées pour mesurer le « Binge Watching », voir les deux articles ci-dessous : https://psycnet.apa.org/record/2018-60162-005 (développement de l'échelle)</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563220301631 (validation notamment dans les langues nationales : Français, Allemand, Italien)</p>

6.3 Annexe 3 : les instruments de mesure retenus

6.3.1 Jeux de hasard et d'argent

Problem Gambling Severity Index (PGSI - Ferris and Wynne., 2001)

Thinking about the last 12 months:

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1. Have you bet more than you could really afford to lose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Have you needed to gamble with larger amounts of money to get the same feeling of excitement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Have you gone back on another day to try to win back the money you lost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Have you borrowed money or sold anything to gamble?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Have you felt that you might have a problem with gambling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Have people criticised your betting or told you that you had a gambling problem, whether or not you thought it was true?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Have you felt guilty about the way you gamble or what happens when you gamble?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Has gambling caused you any health problems, including stress or anxiety?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Has your gambling caused any financial problems for you or your household?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Version courte du PGSI : Q1, Q6, Q7

Cotation: pour chaque item le score suivant est donné : Never = 0 ; Rarely = 1 ; Sometimes = 1 ; Often / most of the time = 2 ; Always = 3. Le score total est obtenu en additionnant les point par question.

PSGI :

Les scores peuvent varier de 0 à 27

- **Score de 0** = Joueur sans problème : ceux qui jouent sans être confronté à des conséquence négative
- **Score de 1 à 2** Joueur à faible risque :
- **Score de 3 à 7** Joueur à risque modéré :
- **Score ≥ 8** Joueur problématique :

PSGI- Short Form (Volberg & Williams, 2012)

Les scores peuvent varier de 0 à 9

- **Score de 0** = Joueur sans problème
- **Score de 1 à 2** = groupe à risque
- **Score de ≥ 3** = joueur problématique ou pathologique

Selon Williams et Volberg (2010), un cut-off de 5+ est à préférer pour mesurer les problèmes de jeu (alignement à une évaluation clinique). Le cut-off de 3+ dans la version courte correspond à ce cut-off de 5+.

6.3.2 Jeux vidéo

Ten- Items Internet Gaming Disorder Test - IGDT-10 (IGDT-10; Király et al., 2017)

Please read the statements below regarding online video gaming. The questionnaire refers to ONLINE GAMES, but the reference to 'game' or 'gaming' is used for the sake of simplicity. Please, indicate on the scale from 0 to 2 (Never, Sometimes, Often) to what extent, and how often, these statements applied to you over the PAST 12 MONTHS!

	Never	Sometimes	Often
1. When you were not playing, how often have you fantasized about gaming, thought of previous gaming sessions, and/or anticipated the next game?	0	0	1
2. How often have you felt restless, irritable, anxious and/or sad when you were unable to play or played less than usual?	0	0	1
3. Have you ever in the past 12 months felt the need to play more often or played for longer periods to feel that you have played enough?	0	0	1
4. Have you ever in the past 12 months unsuccessfully tried to reduce the time spent on gaming?	0	0	1
5. Have you ever in the past 12 months played games rather than meet your friends or participate in hobbies and pastimes that you used to enjoy before?	0	0	1
6. Have you played a lot despite negative consequences (for instance losing sleep, not being able to do well in school or work, having arguments with your family or friends, and/or neglecting important duties)?	0	0	1
7. Have you tried to keep your family, friends or other important people from knowing how much you were gaming or have you lied to them regarding your gaming?	0	0	1
8. Have you played to relieve a negative mood (for instance helplessness, guilt, or anxiety)?	0	0	1
9. Have you risked or lost a significant relationship because of gaming?	0	0	1
10. Have you ever in the past 12 months jeopardized your school or work performance because of gaming?	0	0	1

Cotation : Ces questionnaires à une particularité entre la possibilité de répondre et la notation. Les participants peuvent répondre à ces questions à l'aide d'une échelle de Likert en 3 points. L'objectif étant de faciliter la décision pour y répondre. Mais lors de la notation, les réponses sont recodées de manière dichotomique : Never et sometimes = 0 et Often = 1 Il est important de noter, les questions 9 et 10 appartiennent au même critère, ainsi si la personne répond « often » à la question 9 ou 10 (ou même aux deux) le résultat est égal à 1 Le score total du IGDT-10 varie entre 0 à 9, des scores plus élevés indiquant des cas plus graves d'IGD. Un cut-off a été fixé à ≥ 5 (Király et al. 2017).

6.3.3 Pornographie

Problematic Pornography Use Scale (PPUS ; Kor et al., 2014)

0 = "Never True", 1= "Rarely True", 2= "Sometimes True", 3= "Often True", 4= "Very Often True", 5= "Almost Always True"

	1	2	3	4	5
1. Using pornography has created significant problems in my personal relationships with other people, in social situations, at work or in other important aspects of my life	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I risked or put in jeopardy a significant relationship, place of employment, educational or career opportunity because of the use of pornographic materials	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I continued using pornography despite the danger of harming myself physically (for example: difficulty getting an erection due to extensive use, difficulty reaching an orgasm in ways that do not include pornography)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I often think about pornography	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I spend too much time being involved in thoughts about pornography	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I spend too much time planning to and using pornography	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I feel I cannot stop watching pornography	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. I have been unsuccessful in my efforts to reduce or control the frequency I use pornography in my life	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. I keep on watching pornographic materials even though I intend to stop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. I use pornographic materials to escape my grief or to free myself from negative feelings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. I watch pornographic materials when am feeling despondent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. I have used pornography while experiencing unpleasant or difficult feelings (for example: depression, sorrow, anxiety, boredom, restlessness, shame or nervousness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cotation : Les items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 5 (0 = "Never True", 1= "Rarely True", 2= "Sometimes True", 3= "Often True", 4= "Very Often True", 5= "Almost Always True"). Le score total est obtenu en additionnant les scores de items. Il peut varier de 0 à 60. Plus le score est élevé plus il y a de problèmes en lien avec l'usage de pornographie. Il n'y a pas de cut-off validé.

6.3.4 Achats

PBS - The Pathological Buying Screener (PBS; Müller et al., 2015).

1 –Never to 5-Very frequently

	1	2	3	4	5
How often does it occur...					
1. ...that you can't stop thinking about buying?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ...that you feel embarrassed when others ask you about your buying behavior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ...that you have financial difficulties due to your buying habits?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ...that you spend more time buying than you intended?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ...that you suffer distress from your buying habits?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ...that you have problems at work or school or in other areas due to your buying behavior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ...that you buy more things than you need?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ...that at times you don't feel good and that you feel better when you go buying?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ...that you hide your buying habits from others?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ...that you buy more than you had planned?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ...that you cannot stop buying things despite financial problems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ...that you try to limit your buying and can't?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ...that you have problems with other people due to your buying habits?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cotation : Ces 13 items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points (1 = Jamais, 5= très souvent). Le score total est obtenu en additionnant les points pour chaque réponse. Le score total peut varier de 13 à 65 point.

6.3.5 Réseaux sociaux

SMDS – Social Media Disorder Scale (van den Eijnden, Lemmens, et Valkenburg 2016)

Please answer the question by thinking of your experience with using social media (e.g., WhatsApp, SnapChat, Instagram, Twitter, Facebook, Google+, Pintrist, forums, weblogs) in past year. Answer the questions as honestly as possible.

During the past year have you...	Yes	No
1. ... often found it difficult not to look at messages on social media when you were doing something else (e.g. school work)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... regularly found that you can't think of anything else but the moment that you will be able to use social media again?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... often sat waiting until something happens on social media again?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... felt the need to use social media more and more often?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... felt the need to check messages on social media more and more often?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... regularly felt dissatisfied because you wanted to spend more time on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... often felt tense or restless if you weren't able to look at your messages on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... regularly felt angry or frustrated if you weren't able to use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... often felt bad when you could not use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... tried to reduce your use of social media, but failed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... tried to spend less time on social media, but failed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... been unable to stop using social media, even though others told you that you really should?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... regularly used social media to take your mind off your problems?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... often used social media so you didn't have to think about unpleasant things?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... often used social media to escape from negative feelings?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ... often not paid attention at school, while doing homework or at work because you were using social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ... regularly not had enough sleep because you were using social media too late at night?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ... regularly had arguments with others because of your social media use?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ... regularly lied to your parents or friends about the amount of time you spend on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ... regularly hidden your social media use from others?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ... often used social media secretly?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ... regularly devoted no attention to people around you (e.g. family or friends) because you were using social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ... regularly had no interest in hobbies or other activities because you would rather use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ... regularly neglected other activities (e.g. hobbies, sport) because you wanted to use social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ... had serious problems at school or at work because you were spending too much time on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. ... had serious conflict with your parent(s) and sibling(s) because of your social media use?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ... jeopardised or lost an important friendship or relationship because you were spending too much time on social media?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Version courte : Q2, Q6, Q9, Q11, Q15, Q18, Q19, Q24, Q26

Cotation : Ces 27 items sont mesurés à l'aide d'une échelle dichotomique (0 = Non, 1=oui). Le score total est obtenu en additionnant les point par question. Pour la version courte, le score total peut donc varier de 0 à 9, 0 signifie aucun signe et 9 signifie neuf signes pouvant évoquer des troubles de l'utilisation des réseaux sociaux.

6.3.6 Internet

La version courte du Compulsive Internet Use Scale (CIUS-8) (Gmel et al., 2017)

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very often
	0	1	2	3	4
How often...					
1. do you find it difficult to stop using the Internet when you are online?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. do you prefer to use the Internet instead of spending time with others (e.g., partner, children, parents)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. are you short of sleep because of the Internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. do you look forward to your next Internet session?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. have you unsuccessfully tried to spend less time on the Internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. do you neglect your daily obligations (work, school, or family life) because you prefer to go on the Internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. do you go on the Internet when you are feeling down?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. do you feel restless, frustrated, or irritated when you cannot use the Internet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cotation : Ces 8 items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points (0= Never, 1= Rarely, 2=sometimes, 3=Often, 4 = Very often). Le score total est obtenu en additionnant les point par question. Il peut varier de 0 à 32. Les cut-offs sont ≥ 11 pour l'utilisation symptomatique d'Internet et ≥ 15 pour l'utilisation problématique d'Internet (Gmel et al., 2017).

6.4 Annexe 4 : les autres instruments de mesure présentés

6.4.1 Jeux de hasard et d'argent

NODS (NORC DSM-IV Screen for gambling problems)

Cet instrument a été construit sur la base des critères DSM-IV. Il est composé de 17 questions portant sur les 12 derniers mois (une version de 17 questions portant sur la vie existe aussi). Il est un des instruments le plus utilisés. Plusieurs versions courtes ont été dérivées de cet instrument. La version CLiP (Control, Lying, and Preoccupation) a été utilisée, en combinaison avec le Lie/Bet, dans l'Enquête Suisse sur la Santé 2017. La version intégrale a été utilisée en Suisse par Brodbeck (2009). Les cut-offs varient en fonction de l'utilisation. Les articles présentés dans la section de ce chapitre sur les instruments traitent de ce sujet.

Critères de sélection - NODS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Il est construit sur la base du DSM-IV, mais il correspond au DSM-5
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Il couvre les critères du DSM-5, mais pas les critères de la CIM-11
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (17 items)
Version courte (validée) disponible	Oui, trois versions (de 3 à 5 items)
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, deux catégories de risque (NODS) et dichotomique (CLiP)
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Oui
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et italien (NODS), allemand, français et italien (NODS-CLiP)
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Oui, Brodbeck (2009, NODS : 0.12%) et ESS 2017 (NODS-CLiP : 2.7%).
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Pas le NODS, mais le NODS-CLiP en Allemagne (% pas disponible)
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	NODS : trois questions (proches, emploi/école, emploi/école) ; NODS-CLiP pas de questions.
Remarques	En Suisse le NODS-CLiP a été utilisé en combinaison avec le Lie/Bet. La version CLiP a une bonne sensibilité et spécificité dans un contexte clinique.

Autres instruments non retenus pour la sélection

Les autres instruments de mesures valides, mais qui n'ont pas été retenus pour la sélection finale sont :

SOGS (South Oaks Gambling Screen) : remontant à 1987, il est l'instrument le plus largement utilisé. Il est basé sur le DSM-III et ne couvre que très partiellement les critères du DSM-5 et de la CIM-11. Il compte 16 questions, nombre trop élevé pour une inclusion dans une enquête populationnelle. Il a été utilisé en Suisse en 2007.

PPGM (Problem and Pathological Gambling Measure) : il est un instrument de 14 questions. Les critères du DSM-5 sont partiellement couverts, moins ceux de la CIM-11. Sept questions mesurent différents problèmes qui affectent l'individu (finances, santé mentale, santé, relationnel, travail/école, juridique). Il est un instrument très intéressant, avec une très bonne capacité à identifier correctement les joueurs problématiques. Cet instrument a été très peu utilisé, donc il ne permet pratiquement aucune comparabilité avec la Suisse et d'autres pays.

6.4.2 Jeux vidéo

IGDS9-SF

L'IGDS9-SF a été validé (propriétés psychométriques) dans plusieurs pays et langues (voir <https://www.halleypontes.com/igds9sf>). Le cut-off proposé par ses auteur·e·s est de 36 points sur 45, mais n'a pas été validé (Pontes & Griffiths, 2015), et d'autres cut-off sont proposés, par exemple 21 points sur 45 (Monacis et al, 2016 ; Severo et al., 2020), pas non plus validé, et 32 points sur 45 (Quin et al., 2020), validé dans des échantillons chinois.

Critères de sélection – IGDS9-SF

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	DSM-5 et CIM-11
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les 9 critères de la DSM-5 et les 4 de la CIM-11 (dont 3 <i>impairments</i> sur 5)
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (9)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui, mais uniquement en Chine
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Probablement oui
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Les deux
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et italien
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne et Italie, mais pas dans des enquêtes populationnelles
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Oui, deux questions (emploi/études/relations, activités)
Remarques	-

6.4.3 Pornographie

PPCS

Le PPCS est une échelle comprenant 18 items qui mesure l'utilisation problématique de la pornographie en ligne et qui se base sur le modèle de l'addiction de Griffiths (2005).

Critères de sélection – PPCS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	non
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	-
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (18)
Version courte (validée) disponible	Oui (6 items)
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Probablement pas
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Les deux
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Non
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Oui, une questions (activités)
Remarques	-

6.4.4 Achats

BSAS – Bergen Shopping Addiction Scale

Les auteur·e·s de cette échelle ont emprunté la perspective de l'addiction. L'instrument est composé de 7 items développés selon les critères des addictions. Cette version a été utilisée dans l'étude de Wenger et Schaub (2020).

Critères de sélection – BSAS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Non (basé sur un concept de addiction selon le DSM-5)
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les critères de la CIM-11 pour ce trouble ne sont pas encore définis [catégorie résiduelle]. Dans tous les cas, les critères ne seront pas ceux d'une addiction.
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (28)
Version courte (validée) disponible	Oui (7)
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Cut-offs pas validés de manière claire
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Non
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et français
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Oui (Augsburger et al., 2020)
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Pas dans des enquêtes populationnelles
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Version longue six questions (sommeil, finances, bien-être, obligations, priorité sur d'autres activités, proches) ; version courte deux (obligations et bien-être)
Remarques	-

RCBS - Richmond Compulsive Shopping Scale

Ici la conception de l'instrument de mesure se base sur le spectre obsessionnel-compulsif, soit un trouble considéré comme à la fois impulsif et obsessionnel-compulsif (Nicoli de Mattos et al., 2019). Les questions de l'outil s'intéressent au comportement lui-même plutôt qu'à ses conséquences financières. L'outil compte six questions et les personnes ayant obtenu un score de 25 ou plus sont classées comme ayant un comportement d'achat compulsif.

Critères de sélection – RCBS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Partiellement (contrôle des impulsion et trouble obsessionnel compulsif)
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les critères de la CIM-11 pour ce trouble ne sont pas encore définis [catégorie résiduelle].
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (6)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Pas clair
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Non
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Pas dans des enquêtes populationnelles
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Non
Remarques	C'est le seul instrument des trois sélectionnés où l'achat de biens inutiles et non désirés est central.

6.4.5 Réseaux sociaux

BSMAS – Bergen Social Media addiction Scale

Le BSMAS est un instrument dont l'intention est de mesurer le problème lié à l'usage des réseaux sociaux selon l'approche de l'addiction. Il s'agit d'une adaptation du Bergen Facebook addiction Scale (BFAS) (Andreassen et al., 2012), où le terme 'Facebook' du BFAS a été remplacé par 'social média' dans les différents items de l'échelle.

L'instrument est composé de 6 items mesurant saillance, modification de l'humeur, tolérance, retrait, conflit et rechute. Le cut-off est fixé à 19 points (sur un maximum de 30 points) (Bányai et al., 2017).

Critères de sélection – BSMAS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Ne s'applique pas
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Ne s'applique pas
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (6)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Ne s'applique pas
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Ne s'applique pas
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand et italien
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Une question (impact sur le travail ou l'école)
Remarques	-

6.5 Annexe 5 : Résultats sur la recherche d'instruments pour mesurer le trouble du comportement sexuel compulsif

Dans cette annexe, sont présentés les résultats de la recherche d'instruments pour mesurer le trouble du comportement sexuel compulsif, ainsi qu'une proposition d'instrument (validée par le groupe d'experts scientifiques).

6.5.1 Terminologie

Si les termes *nymphomania*, *Don Juanism* et *satyriasis* ne sont plus utilisés aujourd'hui (et depuis longtemps), d'autres termes sont plus ou moins courants. Outre la notion de *sex/sexual addiction*, qui est utilisée comme terme générique pour désigner une sexualité excessive et/ou problématique, les autres termes utilisés sont *sexual impulsivity*, *out-of-control sexual behavior*, *hypersexual behavior*, *sexual compulsivity*, *hypersexuality*, *hypersexual disorder*, et *compulsive sexual behaviour disorder*.

6.5.1.1 Définition adoptée à la suite du workshop

fr	Notion qui renvoie à un ensemble de difficultés engendrées – auprès de certains individus – par leur comportement sexuel.
all	Ein Überbegriff, der sich auf eine Reihe von Schwierigkeiten bezieht, die - für bestimmte Personen - durch ihr Sexualverhalten verursacht werden.
it	Concetto che si riferisce ad un insieme di difficoltà causate - per alcuni individui - dal loro comportamento sessuale.
an	Notion that refers to a set of difficulties generated - for certain individuals - by their sexual behavior.

6.5.1.2 Terminologie adoptée à la suite du workshop

Stratégie nationale addictions	fr	all	it	ang
Comportement (à faible risque)	Comportement sexuel	Sexualverhalten	Comportamento sessuale	Sexual behavior
Comportement à risque				
Addiction				
[pas dans la stratégie nationale addictions]	Trouble du comportement sexuel compulsif	Zwanghafte Sexualverhaltensstörung	Disturbo da comportamento sessuale compulsivo	Compulsive sexual behaviour disorder

6.5.2 *Enjeux méthodologiques liés aux instruments de mesure (et potentielles conséquences en matière de santé publique)*

Comme mentionné précédemment, la sexualité est un domaine pour lequel, historiquement, les diagnostics ont été influencés par les normes sociales et morales selon l'époque et le lieu. Par exemple, pendant longtemps, les femmes ne pouvaient avoir une sexualité comparable à celle des hommes sans être identifiées comme pathologiques, ou du moins anormales. De même, la sexualité excessive a été longtemps identifiée et étudiée en termes de fréquence, d'autoérotisme ou de pratiques anormales. L'absence d'un diagnostic clair et consensuel a laissé ouverte la possibilité de caractériser le problème en lien au comportement sexuel de façon très variable, rendant difficile le traitement des personnes qui en souffrent.

L'introduction du trouble *compulsive sexual behaviour disorder* dans la CIM-11 en 2019 est la reconnaissance de l'existence du problème et du fait qu'il représente un problème significatif de santé publique. L'exclusion du DSM-5 et les critères diagnostiques de la CIM-11 montrent cependant qu'il faut être particulièrement attentif au risque de pathologiser à tort des personnes qui ne présentent pas de trouble. Par exemple, comme le rapportent Grubbs et collègues (2020), il est clairement établi que certains individus croient avoir une addiction au sexe, une sexualité compulsive ou hors de contrôle, sans pour autant que celle-ci apparaisse objectivement non régulée ou cause de réels problèmes. De même, il peut y avoir un problème d'"incongruité morale" qui pousse des personnes sans problèmes objectifs à demander de l'aide parce que leur comportement ne correspond pas à leurs convictions morales.

Ces aspects représentent clairement des difficultés qu'un·e spécialiste travaillant dans un cadre clinique doit prendre en compte lorsqu'il·elle s'occupe de personnes présentant un problème en lien au comportement sexuel. Mais c'est encore plus complexe lorsqu'il s'agit d'une enquête épidémiologique. S'agissant de la sexualité, comme pour certains des autres comportements présentés dans ce rapport, le manque d'instruments de mesure valides – en l'absence de critères cliniques validés ou en raison du temps nécessaire à la validation d'un nouvel instrument – risque de pousser à utiliser des instruments créés dans l'intention de mesurer le problème en lien au comportement sexuel, sans pour autant être sûr de ce qu'ils mesurent réellement. Sans pouvoir s'assurer que les personnes identifiées comme pathologiques le sont véritablement ou qu'elles ne le sont pas, nous courons le risque de surestimer ou au contraire de sous-estimer la prévalence du problème au sein de la population.

Nous tenons par conséquent à souligner une fois de plus la nécessité d'utiliser et promouvoir, autant que possible, des instruments de mesure qui ont fait leurs preuves sur le plan clinique et qui sont capables de mesurer de façon valide la prévalence réelle du problème. Il ne s'agit pas seulement d'un enjeu scientifique, de non stigmatisation ou d'autres aspects éthiques, mais d'une nécessité pour une prise de décision rationnelle en matière de santé publique.

6.5.3 *Instruments de mesure existants*

Une revue menée par Womack et collègues (2013) a identifié trois types d'instruments : des entretiens cliniques (quatre instruments), des questionnaires qui mesurent les symptômes du problème en lien au comportement sexuel (24 instruments) et des instruments qui se focalisent sur les conséquences associées à ce comportement (quatre instruments). Plusieurs de ces éléments ont été jugés appropriés pour mesurer le *Hypersexual Disorder* comme proposé (mais finalement non retenu) dans le cadre du DSM-5.

La revue de Karila et collègues (2014) a identifié 22 instruments de mesure. Le Sexual Compulsivity Scale - SCS (Kalichman et al., 1994) a été indiqué comme un outil très utilisé et ayant des bonnes qualités psychométriques. Un autre instrument proposé est le Sexual Addiction Screening Test (SAST), mais celui-ci est basé sur des critères diagnostiques de l'addiction.

La revue systématique de Montgomery-Graham (2017) a identifié le Hypersexual Disorder Screening Inventory – HDSI (Reid et al., 2012) comme meilleur instrument pour mesurer le *Hypersexual Disorder*. D'autres instruments comme le SCS, le HBI et le CSBI ont obtenu des très bonnes évaluations également.

À l'heure actuelle un seul instrument a été construit sur la base du diagnostic inclus dans la CIM-11 (le *Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale* – CSBD-19 ; Böthe et al. 2020). D'autres instruments seront sans doute développés au cours des prochains mois et années.

6.5.4 Prévalences dans le monde et en Suisse

Aucune étude populationnelle représentative dédiée au problème en lien au comportement sexuel n'a été menée en Suisse. A niveau international, il n'y a pas eu jusqu'à présent d'études épidémiologiques sur ce problème sur des population (Grubbs et al., 2020). La grande majorité des études conduites sur ce sujet se base sur des échantillons non représentatifs de la population générale, c'est pourquoi il n'est pas pertinent de rapporter leurs résultats ici.

6.5.5 Sélection d'instruments de mesure pour les consultations d'expert·e·s et le workshop final

Le choix de l'instrument à utiliser pour mesurer au problème en lien au comportement sexuel n'est pas simple. Un seul instrument (CSBD-19) a été développé sur la base de la CIM-11, mais il est trop récent pour avoir déjà passé toutes les étapes de validation nécessaires. Les autres instruments éligibles ont été développés sur la base des critères (finalement non retenus) du DSM-5, ou sur d'autres critères. Concernant les instruments de mesure développés en prenant pour référence le DSM-5, Grubbs et ses collègues (2020) avancent que bien que les diagnostics soient assez similaires, il existe des différences importantes dans leur conceptualisation et leurs critères diagnostiques, ce qui suggère que les évaluations conçues pour le *Hypersexual Disorder* (DSM-5) risquent de ne pas être applicables à la mesure des critères diagnostiques du *Compulsive sexual behaviour disorder* (CIM-11).

Compte tenu de la question cruciale de la validité de la mesure et de la nécessité que celle-ci corresponde autant que possible à un diagnostic reconnu, lorsqu'il existe, nous ne sommes pas en mesure de recommander l'adoption, dès maintenant, de l'un ou l'autre instrument de mesure.

Sous réserve de cela, trois instruments peuvent néanmoins être envisagés, mais pour chacun d'eux, il faut tenir compte de ses limites. Ces instruments de mesure sont : **CSBD-19, HDSI, SCS**.

Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale - CSBD-19 (Böthe et al., 2020)

Cet instrument de mesure a été récemment développé sur la base des critères diagnostiques du *Compulsive sexual behaviour disorder* inclus dans la CIM-11. Selon Grubbs et collègues (2020), il s'agit d'un outil prometteur. Il se compose de 19 items à noter de 0 à 4. Un seuil de 50 ou plus indique un risque élevé de présenter un trouble du comportement sexuel compulsif. Compte tenu du type de notation, il est

probable que des seuils intermédiaires seront introduits, mais une validation clinique de l'instrument est d'abord nécessaire.

Critères de sélection – CSBD-19

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	CIM-11
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	CIM-11
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Non (19)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Non
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Pas avant validation clinique
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Allemagne (pas dans une enquête populationnelle)
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Trois questions (education/emploi, relations, tâches importantes)
Remarques	L'instrument est très récent. Le développement d'une version courte et une validation gold standard est très probable au cours des prochaines années.

La majorité des expert.e.s consultés a indiqué que l'IGDT-10 était l'outil à privilégier pour la recherche (voir annexe 2).

Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19; Böthe et al., 2020)

Below are a number of statements that describe various thoughts, feelings, and behaviors about sex. Please, think back to the **past six months** and indicate on the following 4-point scale to what extent the statements apply to you. There are no right or wrong answers.

For the purpose of this questionnaire, sex is defined as any activity or behavior that stimulates or arouses a person with the intent to produce an orgasm or sexual pleasure (e.g., self-masturbation or solosex, using pornography, intercourse with a partner, oral sex, anal sex, etc.). Sexual behaviors may or may not involve a partner.

1 –totally disagree / 2 –somewhat disagree / 3 –somewhat agree / 4 –totally agree

	1	2	3	4
1. Even though my sexual behavior was irresponsible or reckless, I found it difficult to stop.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sex has been the most important thing in my life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I was able to resist my sexual urges for only a little while before I surrendered to them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I had sex even when I did not enjoy it anymore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. My sexual urges and impulses changed me in a negative way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I could not control my sexual cravings and desires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I would rather have had sex than to have done anything else.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trying to reduce the amount of sex I had almost never worked.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Although sex was not as satisfying for me as before, I engaged in it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. I did not accomplish important tasks because of my sexual behavior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. My sexual desires controlled me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. When I could have sex, everything else became irrelevant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. I was not successful in reducing the amount of sex I had.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Although my sex life was not as satisfying as it had been before, I had sex.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. My sexual activities interfered with my work and/or education.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. My sexual behaviors had negative impact on my relationships with others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I have been upset because of my sexual behaviors.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. My sexual activities interfered with my ability to experience healthy sex.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. I often found myself in an embarrassing situation because of my sexual behavior.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cotation : Les items sont mesurés à l'aide d'une échelle de Likert à 4 points (totally disagree = 1 ; somewhat disagree = 2 ; somewhat agree = 3 ; Totally agree = 4). Le score total est obtenu en additionnant les scores de items. Il peut varier de 19 à 76. Plus le score est élevé plus il y a des risques d'avoir un CSB. Le cut-off est de 50 point ou plus.

6.5.6 Les autres instruments présentés

Hypersexual Disorder Screening Inventory – HDSI (Reid et al., 2012)

L'HDSI a été élaboré sur la base des critères diagnostiques du *Hypersexual Disorder* finalement pas inclus dans le DSM-5. Il se compose de 7 items. Les réponses sont basées sur les 6 mois précédents. Cinq items (groupe A) mesurent les fantasmes, les pulsions et les comportements sexuels récurrents et intenses, et deux items (groupe B) mesurent la détresse et la perturbation résultant de ces fantasmes, pulsions et comportements. Le cut-off est fixé à 20 points (≥ 4 items du groupe A et ≥ 1 items du groupe B).

Critères de sélection – HDSI

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Construit pour le DSM-5, mais il correspond à la classification selon la CIM-11
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Partiellement. Il était basé sur les critères proposés pour le DSM-5.
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (7)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Ne correspond pas à la CIM-11, mais peut-être utilisé dans ce cadre
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Non
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Oui, p.ex. USA, mais pas dans des enquêtes populationnelles.
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Une question (plusieurs domaines ensemble)
Remarques	-

Sexual Compulsivity Scale - SCS (Kalichman et al., 1994)

Le SCS a été développé principalement comme outil de recherche pour mesurer le risque de VIH associé au comportement sexuel compulsif. Le SCS définit la compulsivité sexuelle comme un besoin focalisé et intense de satisfaire ses besoins sexuels. Cette brève échelle se compose de 10 items adaptés de l'échelle de recherche de sensations de Zuckerman (Zuckerman, Kolin, Price, & Zoob, 1964). sexuels. Le cut-off de l'échelle est fixé à 24.

Critères de sélection – SCS

Tient compte de la classification du comportement dans la CIM-11 et/ou le DSM-5	Non
Si oui : critères diagnostiques de la CIM-11 et/ou du DSM-5 couverts	Les questions ne couvrent pas exactement les critères avec une question précise, mais dans l'ensemble ils semblent couvrir les critères de la CIM-11.
Peut être inclus dans une enquête populationnelle [si oui : nombre d'items : < 5 = oui, 6-10=éventuellement, > 10=non]	Eventuellement (10)
Version courte (validée) disponible	Non
Cut-offs proposés [si oui, nombre de catégories]	Oui, dichotomique
Cut-offs validés cliniquement (gold standard)	Oui
Possibilité d'utilisation dans un cadre clinique	Oui
Groupe de population [jeunes, adultes, les deux]	Adultes
Online et/ou offline	Les deux
Disponible dans les langues nationales (validé ou non)	Allemand
Déjà utilisé en Suisse (prévalences)	Non
Utilisé dans les pays limitrophes (prévalences disponibles)	Non
Si non : dans d'autres pays ? [Si oui : lesquels ?]	Oui, mais pas dans des enquêtes populationnelles
Items portant sur l'impact négatif dans différents domaines de la vie quotidienne (si oui, combien)	Trois questions (deux pour l'impact sur la vie en général et une sur les responsabilités)
Remarques	La CIM-11 parle de 'sexual behaviours', alors que le SCS inclut dans les questions souvent aussi les pensées et pas uniquement les actes.

6.6 Annexe 6 : experts ayant participé au projet

6.6.1 Experts scientifiques

<i>Origine</i>	<i>Nom</i>	<i>Institutions</i>
Belgique	Joël Billieux	UCLE / Invité UNIL
LU	Oliver Bilke-Hentsch	Luzerner Psychiatrie
ZH	Severin Haug	ISGF UZH
VD	Yasser Khazaal	CHUV
États-Unis	Shane W. Kraus	University of Nevada
ZH	Michael Schaub	ISGF UZH
VD	Olivier Simon	CJE CHUV
Canada	Joël Tremblay	RISQ Québec

6.6.2 Composition du groupe de travail terminologie (GTT)

<i>Nom</i>	<i>Institutions</i>
Christophe Al Kurdi	GRE (Coordination du groupe)
Marcello Cartolano	Ticino addiction
Jean-Félix Savary	GRE – Groupement Romand d'Étude des Addictions
Olivier Simon	SSAM – Société Suisse de Médecine de l'Addiction
Cédric Stortz	Fachverband Sucht
Niels Weber	Gaming Federation

6.6.3 *Participants au workshop du 25 juin*

<i>Nom</i>	<i>Institutions</i>
Sophia Achab	Centre collaborateur OMS, UNIGE- ReConnecte, HUG
Christophe Al Kurdi	GRE (Animation)
Oliver Bilke-Hentsch	Luzerner Psychiatrie
Natacha Cattin	Gaming Federation
Franz Eidenbenz	Radix
Annette Fahr	OFSP / BAG
Yasser Khazaal	CHUV
Suzanne Lischer	HSLU
Luca Notari	Addiction Suisse (Animation)
Renanto Poespodihardjo	UPK Basel
JF Savary	GRE (Animation)
Olivier Simon	SSAM /SAPP
Cédric Stortz	Fachverband Sucht
Angelina Vangopoulou	OFSP / BAG
Niels Weber	GRE
