

«update»

Wenn Verhalten unkontrollierbar wird – die nicht-stoffgebundenen Süchte und ihre Behandlung

Prof. Dr. med. Gerhard Wiesbeck
Ärztlicher Zentrumsleiter

Gliederung meines Vortrags

- Einführung
 - Klassifikation
 - Spezielle Verhaltenssüchte
 - › «Glücksspielsucht»
 - › «Computer-/Internetsucht»
 - › «Kaufsucht»
 - › «Sexsucht»
 - Behandlung
 - Literaturempfehlung
 - Zusammenfassung
-

Die sog. «Neuen Süchte»

Der flämische Arzt Pascasius Iustus Turck (1561):

«Ich glaube, dass das Würfelspiel die gleiche Wirkung hat wie der Wein... - Die sichtbarsten und schlimmsten Auswirkungen sind folgende: ständige geistige Ruhelosigkeit, Pflichtvergessenheit, Armut, Verfluchung, Diebstahl und Verzweiflung.»

Die sog. «Neuen Süchte»

Der deutsche Philosoph Carl-Julius Weber (1838):

"Lust- und Genußsucht führen häufig zur Grausamkeit und zum vollendetsten Egoismus. Der Lüstling endet, sich selbst und anderen zur Last, in Verachtung mit Blödsinn und frühem Tode"

Die sog. «Neuen Süchte»

Freiherr von Gebattel, Würzburg 1954:

...»daß das Gebiet menschlicher Süchtigkeit sehr viel weiter reicht, als der Begriff der Toxikomanie es abgesteckt hat«

Die stoffgebundene Sucht hat nur eine repräsentative Bedeutung, denn "sie veranschaulicht in drastischer, für den Kliniker besonders aufdringlicher, zugleich aber auch einschränkender Weise, eine Erscheinung, der wir im Gebiet menschlichen Erlebens, Reagierens und Verhaltens vielerorten begegnen.»

CAVE: «Inflationierung» des Suchtbegriffs

Nicht jedes repetitive Verhalten, das exzessiv ausgeübt wird und mit intensiven Gefühlen verbunden ist, darf mit süchtigem Verhalten gleichgesetzt werden.

Daher: Keine vorschnelle Pathologisierung!

Definitionsversuch «Verhaltenssucht»

= exzessive Verhaltensweise, die Merkmale einer psychischen Abhängigkeit aufweist, von den Betroffenen nicht mehr vollständig kontrolliert werden kann, mit negativen Konsequenzen verbunden ist und mit einem erheblichen Leidensdruck einher geht.

Kriterien einer Verhaltenssucht

Substanzabhängigkeit (ICD-10)

Starker Wunsch, eine Art Zwang
(«Craving»)

Verminderte Kontrollfähigkeit

Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung

Entzugssyndrom

Vernachlässigung von Interessen u. hoher
Zeitaufwand für den Konsum

Fortführung des Konsums trotz
schädlicher Folgen

Verhaltenssucht

(nach Grüsser u. Thalemann 2006)

Unwiderstehliches Verlangen, das Verhalten
auszuüben

Kontrollverlust bezüglich Beginn, Ende,
Dauer u. Zeitpunkt des Verhaltens

Das Verhalten wird länger, häufiger und
intensiver ausgeübt, um den gewünschten
Effekt zu erzielen

Entzugserscheinungen

Vernachlässigung von Interessen u. hoher
Zeitaufwand für den Konsum

Fortführung des Konsums trotz schädlicher
(physischer, psychischer u. sozialer) Folgen

Negative Folgen

Verhaltenssüchte beanspruchen viel Raum, so dass sie mit den Erfordernissen des sozialen und beruflichen Lebens kollidieren

Dadurch entstehen:

- Probleme in der Beziehung
- Probleme am Arbeitsplatz
- Schulden
- Sozialer Rückzug
- Suizidgefährdung
- Verwahrlosung

**Auf welche «exzessiv ausgeübten
Verhaltensweisen» kann der Suchtbegriff am
ehesten angewendet werden?**

Diagnostische Einordnung der Verhaltenssüchte

- Verhaltenssüchte sind in den derzeitigen Klassifikationssystemen keine eigenständigen Störungsbilder
- Sie wurden bisher vorwiegend zu den Störungen der Impulskontrolle gezählt (ICD-10: F63)
- Seit Mai 2013 wird von DSM-5 die «Gambling Disorder» der Sucht zugeordnet
- Die Computerspielabhängigkeit («Internet Gaming Disorder») wird als Forschungsdiagnose in den Anhang von DSM-5 aufgenommen

Klassifikation

ICD-11 wurde am 18.06.2018 in Genf vorgestellt



The screenshot shows the World Health Organization website. At the top left is the WHO logo. A blue navigation bar contains a home icon and menu items: "About us", "Health topics", "News", "Countries", and "Emergencies". Below this is a grey header with the word "Classifications" in orange. A left sidebar lists several classification categories, with "Classification of Diseases (ICD)" highlighted in orange. The main content area features the heading "ICD-11 is here!" followed by a blue book cover for "ICD-11" and a text block stating: "ICD-11 is here! A version released on 18 June 2018 is available for Member States and other stakeholders to use in order to begin preparations for implementation in country, such as preparing translations." Below the text is a link that says "Browse the release version here" with an external link icon.

Klassifikation

ICD-11 soll 2019 von der WHO verabschiedet werden

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018)

Search [Advanced Search]

Browse Coding Tool Special Views Info

Foundation Id : <http://id.who.int/icd/entity/334423054>

06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

Description

Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders are syndromes characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes that underlie mental and behavioural functioning. These disturbances are usually associated with distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning.

Exclusions

- Acute stress reaction (QE84)
- Uncomplicated bereavement (QE62)

Coded Elsewhere

- Sleep-wake disorders (7A00-7B2Z)
- Sexual dysfunctions (HA00-HA0Z)
- Gender incongruence (HA60-HA6Z)

Disorders due to substance use or addictive behaviours

- Disorders due to substance use
- Disorders due to addictive behaviours
 - 6C50 Gambling disorder
 - 6C51 Gaming disorder
 - 6C5Y Other specified disorders due to addictive behaviours
 - 6C5Z Disorders due to addictive behaviours, unspecified
- Impulse control disorders
- Disruptive behaviour or dissocial disorders
- Personality disorders and related traits
- Paraphilic disorders
- Factitious disorders
- Neurocognitive disorders
- Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth and the puerperium
- 6E40 Psychological or behavioural factors affecting

[Release Notes](#)



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Eckpunktepapier

Nr. 2

27.02.2013

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Verhaltenssüchte und ihre Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie

«Auf der Grundlage wissenschaftlicher Forschungen ist zu empfehlen, pathologisches Glückspiel und exzessiven Computer- und Internetgebrauch... als Süchte zu behandeln. In Einzelfällen kann das Suchtmodell auch bei pathologischem Kaufen, exzessivem Sexualverhalten und Adipositas therapeutisch genutzt werden....»

Die vier Verhaltensweisen, auf die das Suchtmodell am ehesten anwendbar erscheint

1. Pathologische Glücksspielen («Glücksspielsucht»)
2. Pathologischer Computer- und Internetgebrauch («Internetsucht»)
3. Pathologische Kaufverhalten («Kaufsucht»)
4. Pathologische Sexualverhalten («Sexsucht»)

1. Pathologisches Glücksspielen

Pathologisches Glücksspiel (ICD 10: F63.0)

Allgemeines

- Für das pathologische Glücksspielen („Glücksspielsucht“) ist die diagnostische Einordnung als Verhaltenssucht durch wissenschaftliche Evidenz am besten belegt.
 - DSM-5 und ICD-11: „Gambling Disorder“
- In der Schweiz zeigt ca. 1,1% der erwachsenen Bevölkerung ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten.
- Überwiegend Männer (M:F ca. 8:1).
- Risikofaktoren: niedriger Bildungsstand, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund.

Pathologisches Glücksspiel

Screening-Fragen zur Früherkennung

1. Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten ruhelos, gereizt oder ängstlich, wenn Sie versucht haben, mit dem Spielen aufzuhören oder weniger zu spielen?
2. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten versucht, vor Ihrer Familie oder Ihren Freunden zu verbergen, wie viel Sie spielen?
3. Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten aufgrund Ihres Glücksspiels finanzielle Probleme in einem Ausmaß, dass Sie die Unterstützung von Familie oder Freunden benötigt haben?

Werden eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet, liegt wahrscheinlich eine Glücksspielproblematik vor (Gebauer et al 2010).

Gebauer et al (2010) Optimizing DSM-IV classification accuracy: A brief bio-social screen for gambling disorders among the general household population. *Can J Psychiatry* 55: 82–90.

Diagnosekriterien der „Gambling Disorder“ nach DSM-5

1. Steigerung des Einsatzes, um die gewünschte Erregung zu erzielen
2. Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Glücksspielen einzuschränken
3. Mehrere gescheiterte Versuche, das Glücksspiel einzuschränken oder damit
4. Starkes Eingenommensein vom Glücksspielen
5. Glücksspielen wird häufig zur Stressreduktion eingesetzt
6. Es wird versucht, Verluste durch erneutes Glücksspielen auszugleichen
7. Lügen, um die Glücksspielproblematik zu vertuschen
8. Wichtige Beziehungen oder der Arbeitsplatz wurden wegen des Spielens gefährdet oder verloren
9. Sich darauf verlassen, dass andere Geld zur Verfügung stellen, um die durch Glücksspielen verursachte finanzielle Not zu beheben

Ein Pathologisches Glücksspielverhalten liegt nach DSM-5 dann vor, wenn innerhalb von 12 Monaten mindestens vier von neun Kriterien erfüllt sind

Differentialdiagnostik

Pathologisches Glücksspielen tritt gehäuft bei manischen Störungen und dissozialen Persönlichkeitsstörungen auf. In Analogie zu den stoffgebundenen Süchten könnte man hier von einer „sekundären Spielsucht“ sprechen.

Medikamente mit einem dopaminergen Wirkmechanismus, wie sie z. B. beim Restless-Legs-Syndrom (z. B. Pramipexol) oder bei schizophrenen Psychosen (z. B. Aripiprazol) eingesetzt werden, können als unerwünschte Wirkung ein problematisches Spielverhalten induzieren.

2. Suchtartiger Computer- und Internetgebrauch

Suchtartige Computer- und Internetgebrauch

Allgemeines

- Verschiedene Begrifflichkeiten: pathologische Mediennutzung, internetbezogene Störungen, Onlinesucht, Internetabhängigkeit u.v.a.
- Angaben zur Auftretenshäufigkeit dieser Verhaltenssucht sind ungenau. Allgemein scheinen jedoch Männer häufiger als Frauen, Jugendliche häufiger als Erwachsene und Asiaten häufiger als Europäer betroffen zu sein.
- Für ältere Menschen liegen noch keine Daten vor.
- Der Bericht 2018 „Onlinesucht in der Schweiz“ beziffert die „Problemlast“ mit 1% der Schweizer Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren (ca. 70.000 Personen). Bevorzugt betroffen sind die beiden jüngsten Altersgruppen, die 15- bis 19-Jährigen und die 20 bis 24-Jährigen (Knocks und Sager 2018).

Varianten des suchtartigen Computer- und Internetgebrauchs

Originäre Varianten

Computerspiel-Abhängigkeit

- Rollenspiele
- “Shooter-Games”
- Strategiespiele
- Simulationsspiele

Abhängigkeit von sozialen Netzwerken

Cybersex

Digitale Varianten analoger Verhaltensweisen

Internet-Glücksspielsucht

Internet-Kaufsucht

Internet-Arbeitssucht

Internet-Pornografie

Suchtartiger Computer- und Internetgebrauch

Screening-Fragen zur Früherkennung

1. Wie häufig finden Sie es schwierig mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn Sie online sind?
2. Wie häufig sagen Ihnen andere Menschen (z.B. Partner, Kinder, Eltern, Freunde), dass Sie das Internet weniger nutzen sollten?
3. Wie häufig schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?
4. Wie häufig vernachlässigen Sie Ihre Alltagsverpflichtungen, weil Sie lieber ins Internet gehen?
5. Wie häufig gehen Sie ins Internet, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?

Bei jeder Frage können 0 bis 4 Punkte erzielt werden, der Summenwert liegt somit zwischen 0 und 20 Punkten. Werden 7 oder mehr Punkte erreicht, weist dies auf eine Störung des Internetverhaltens hin (Bischof et al 2016).

Bischof et al (2016) Problematische und pathologische Internetnutzung: Entwicklung eines Kurzscreenings (PIEK). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit, Lübeck: Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

DSM-5-Forschungskriterien für die pathologische Nutzung des Internets

1. Starkes gedankliches und emotionales Eingenommensein durch internetbezogene Aktivitäten
2. Entzugssymptome bei veränderter Internetnutzung (z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Schlafstörungen)
3. Toleranzentwicklung: Steigerung der Häufigkeit und/oder Intensität der Internetaktivitäten
4. Erfolgreiche Versuche, bestimmte Aktivitäten im Internet einzuschränken oder aufzugeben
5. Verlust des Interesses an anderen Dingen aufgrund der Internetaktivität
6. Exzessive Internetnutzung trotz negativer Konsequenzen
7. Täuschung anderer über das Ausmass der Internetnutzung
8. Internetnutzung, um negativen Stimmungen zu entkommen
9. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, des Arbeitsplatzes, der Schule oder der Ausbildungsstätte infolge der Internetaktivität

Zur Diagnose einer Internetabhängigkeit müssen mindestens 5 von 9 Kriterien in den letzten 12 Monaten erfüllt sein. Aber auch schon bei 3 Kriterien sollte frühinterveniert werden.

3. Suchtartiges Kaufverhalten

Suchtartiges Kaufverhalten

Allgemeines

- Dieses Krankheitsbild ist weder neu noch selten.
- Es wurde als „**Oniomanie**“ von Emil Kraepelin (1915) erstmals beschrieben,
- Erst seit den 90er Jahren findet auch die Wissenschaft ein zunehmendes Interesse daran (Scherhorn et al 1990).
- Die bevölkerungsbasierte Lebenszeitprävalenz liegt bei ca. 5% (Maraz et al 2016).
- Ob Frauen tatsächlich häufiger betroffen sind als Männer, ist umstritten. Frauen findet man jedoch häufiger in Behandlungssettings (ca. 4:1)

Scherhorn et al (1990) Addictive buying in West Germany: an empirical study. J Consum Policy. 1990;13:355–387.

Maraz et al (2016) The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. Addiction 111(3):408-419.

Suchtartiges Kaufverhalten

Screening-Fragen zur Früherkennung

1. Hatten Sie jemals das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Kaufverhalten verloren zu haben?
2. Hat sich schon einmal jemand über Ihr Kaufverhalten beklagt?
3. Hatten Sie jemals finanzielle, familiäre oder berufliche Probleme aufgrund Ihres Kaufverhaltens?

Diagnostische Kriterien des suchtartigen Kaufverhaltens

Für das suchtartige Kaufverhalten gibt es bislang noch keine diagnostischen Kriterien nach DSM oder ICD. In der Forschung werden häufig die Kriterien des „compulsive buyings“ von McElroy et al (1994) verwendet:

1. Häufige Beschäftigung mit dem Kaufen oder mit Kaufimpulsen, die als unwiderstehlich, intrusiv oder sinnlos erlebt werden.
2. Es werden häufig Waren gekauft, die man sich nicht leisten kann oder die nicht benötigt werden, oder das Kaufen erfolgt über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt.
3. Das Kaufen erzeugt einen erheblichen Leidensdruck, ist zeitaufwendig, gerät in Konflikt mit sozialen oder beruflichen Verpflichtungen und führt zu finanziellen Problemen (z. B. Verschuldung oder Insolvenz).
4. Das exzessive Kaufverhalten erfolgt nicht ausschließlich in hypomanischen oder manischen Phasen.

Ein krankhaftes Kaufverhalten liegt vor, wenn mindestens ein Kriterium erfüllt ist

4. Exzessives Sexualverhalten

Exzessives Sexualverhalten

Allgemeines

- Der Begriff „sexuelle Süchtigkeit“ wurde bereits 1962 von Hans Giese eingeführt
- Es existieren keine einheitlichen Diagnosekriterien, Angaben zur Häufigkeit sind daher ungenau.
- Die Häufigkeit ist geschlechts- und altersabhängig und wird für den deutschsprachigen Raum mit 3% bis 6% (Lebenszeitprävalenz) angegeben.
- Männer sind davon 3-5 mal häufiger betroffen als Frauen.
- In Analogie zu Kafka (2010) sind die Paraphilien ein eigenes Störungsbild. Sie werden nicht zur Hypersexualität gerechnet, können jedoch in Kombination damit vorkommen (Komorbidität).

Exzessives Sexualverhalten

Screening-Fragen zur Früherkennung

Nach Kafka (2000) eignen sich folgende vier Screening-Fragen zur raschen Orientierung:

1. Hatten Sie jemals wiederkehrende Schwierigkeiten, Ihr sexuelles Verhalten zu kontrollieren?
2. Hatte Ihr sexuelles Verhalten negative Konsequenzen (strafrechtliche, berufliche, partnerschaftliche, medizinische)?
3. Gab es Versuche, das Verhalten zu verheimlichen und/oder hatten Sie deswegen Schamgefühle?
4. Hatten Sie jemals das Gefühl, zu viel Zeit mit sexuellen Aktivitäten zu verbringen?

Diagnosekriterien des suchtartigen Sexualverhaltens (Kafka 2014)

Teil 1

A. Wiederholt intensive sexuelle Fantasien, Impulse oder Verhalten während mindestens sechs Monaten. Dabei müssen drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Der hohe Zeitaufwand, der für sexuelle Fantasien, Impulse oder Verhalten aufgewendet wird, wirkt sich nachteilig auf wichtige nicht sexuelle Ziele, Aktivitäten oder Verpflichtungen aus.
2. Wiederholte Beschäftigung mit sexuellen Fantasien, Impulsen oder Verhalten als Reaktion auf negative Gefühlszustände.
3. Wiederholte Beschäftigung mit sexuellen Fantasien, Impulsen oder Verhalten als Reaktion auf belastende Lebensereignisse.
4. Wiederholt erfolglose Versuche, die sexuellen Fantasien, Impulse oder Verhalten deutlich einzuschränken oder zu kontrollieren.
5. Wiederholte Beschäftigung mit sexuellem Verhalten ohne Rücksicht auf das Risiko, sich oder andere damit physisch oder emotional zu schädigen.

Kafka MP (2014) Nonparaphilic hypersexuality disorder. In Binik YM, Hall K (eds) Principles and practice of sex therapy (5th edition) 280-304; New York: Guilford Press

Diagnosekriterien des suchtartigen Sexualverhaltens (Kafka 2014)

Teil 2

- B** Klinisch bedeutsamer Leidensdruck oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen im Zusammenhang mit der Häufigkeit und Intensität dieser sexuellen Fantasien, Impulse oder Verhaltensweisen.
- C.** Die sexuellen Fantasien, Impulse oder Verhaltensweisen sind nicht direkt auf die Wirkung einer Substanz (z. B. Drogen oder Medikamente), einer Begleiterkrankung oder einer manischen Episode zurückzuführen.
- D.** Die Person ist mindestens 18 Jahre alt.

Zu spezifizieren sind: Masturbation, Pornografie, sexuelles Verhalten mit einwilligenden Erwachsenen, Cybersex, Telefonsex, Stripclubs, sonstiges

Kafka MP (2014) Nonparaphilic hypersexuality disorder. In Binik YM, Hall K (eds) Principles and practice of sex therapy (5th edition) 280-304; New York: Guilford Press

Exzessives Sexualverhalten

Differentialdiagnostik

- Verschiedene, v. a. neurologische Krankheitsbilder, können exzessives Sexualverhalten symptomatisch verursachen:
 - Verletzungen und Schlaganfälle, v. a wenn sie das Frontalhirn betreffen,
 - Chorea Huntington,
 - Temporallappenepilepsien,
 - Tourette-Syndrom,
 - Kleine-Levin-Syndrom

- Exzessives Sexualverhalten kann darüber hinaus im Rahmen von Manien und hypomanen Episoden sowie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen auftreten.

- Stimulanzienkonsum (Kokain, Amphetamine) und die Einnahme von Medikamenten, die ihre Wirkung über das dopaminerge Neurotransmittersystem entfalten (z. B. Anti-Parkinsonmedikamente*), können ebenfalls eine Ursache darstellen.

*Martín Fernández F et al: Pathological gambling and hypersexuality due to dopaminergic treatment in Parkinson' disease. Actas Esp Psiquiatr. 2009 Mar-Apr;37(2):118-22.

*Shapiro MA et al: Hypersexuality and paraphilia induced by selegiline in Parkinson's disease: report of 2 cases. Parkinsonism Relat Disord. 2006 Sep;12(6):392-5.

*van Deelen RA et al: Hypersexuality during use of levodopa. Ned Tijdschr Geneesk. 2002 Nov 2;146(44):2095-8.

Therapie der Verhaltenssüchte

Eine Verhaltenssucht kommt selten allein...

Hohe Komorbiditätsrate bei Verhaltenssuchten

Etwa 2/3 der Patienten haben eine zusätzliche psychische Erkrankung, die mitbehandelt werden muss:

- Depressionen
- Angststörungen
- ADHS
- Substanzabhängigkeit
- Persönlichkeitsstörung

Behandlung

Allg. Prinzipien der Therapie von Suchtkrankheiten

Behandlungsphasen:

1. Motivation
2. Entzug
3. Entwöhnung
4. Nachsorge

Behandlung

Allgemeines zur Therapie von Verhaltenssüchten

- Verhaltenssüchte sind schambesetzte Krankheitsbilder. Es besteht die Gefahr des Verharmlosens, des Verdrängens, des Verleugnens.
- Verhaltenssüchte verbergen sich häufig hinter unspezifischen Präsentiersymptomen (Schlaf-/Konzentrationsstörungen, Nervosität, Gereiztheit, depressive Verstimmungen, Magen-/Darmbeschwerden u.v.a.).
- Screening-Fragen können als eine Art „Schnelltest“ helfen, die schambesetzten Auslöser solcher Präsentiersymptome zu erkennen und zu thematisieren.
- Die Technik der *motivierenden Gesprächsführung* ist das Mittel der Wahl, wenn es darum geht, eine intrinsische Motivation zur Änderung des Verhaltens aufzubauen und erste konkrete Schritte in Richtung Therapie zu unternehmen (Miller u. Rollnick 2015).

Behandlung

Motivierende Gesprächsführung (MI)

- Die Wirksamkeit von MI ist evidenzbasiert
- MI wird in den Leitlinien empfohlen
- Die Motivation zur Veränderung ist nicht Voraussetzung, sondern Ziel
- Widerstand und Ambivalenz werden als normale Phasen einer Verhaltensänderung akzeptiert.
- Der Umgang mit Widerstand und Ambivalenz steht im Zentrum der MG.



Motivierende Gesprächsführung (MI)

Stadiengerechte Interventionen

- MI wurde in den 80er Jahren von Miller und Rollnick für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt.
- MG gehört in den Kreis der Beratungskonzepte nach Rogers (humanistische Therapieschulen)
- MI basiert auf dem Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente
- Im MI werden Interventionen gezielt an das Stadium der Veränderungsbereitschaft angepasst

Veränderungsbereitschaft

Modell der Veränderungsstadien (DiClemente & Prochaska 1991)

Stadien:

1. Absichtslosigkeit: hier fehlt die Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit
2. Absichtsbildung: hier findet eine zunehmende Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit statt, der Süchtige wird zum dissonanten Süchtigen
3. Vorbereitungsphase: hier werden erste Massnahmen der Veränderung geplant, jedoch ist die Abstinenz nicht unmittelbar geplant
4. Handlungsphase: der Abhängige entschließt sich zur Abstinenz und zur Behandlung
5. Aufrechterhaltungsphase

Behandlung

Regeln der Gesprächsführung (1)

- **Kontrolle über Geheimnisse bleibt beim Patienten:** Klar verdeutlichen, dass der Patient selbst entscheidet, was er berichten möchte und was nicht
- **Professionalität ist wichtiger als Vertrautheit:** Da der Therapeut wegen des dysfunktionalen Verhaltens aufgesucht wird, dürfen aus der professionellen Rolle heraus auch sehr detaillierte Fragen gestellt werden
- **Affektminimierung in der Wortwahl:** neutrale beschreibende Sprache, ruhige Gesprächsführung (Modellfunktion des Therapeuten)
- **Paraphrasieren:** vermeidet langes Schweigen und signalisiert dem Patienten, verstanden zu werden
- **Verneinen ist einfacher als zugeben:** der Therapeut kennt die Gegebenheiten der Verhaltenssucht und bietet sie dem Patienten als verneinende Auswahl an („Viele Betroffene haben auch schon einmal im Darknet gesurft...“)

Behandlung

Regeln der Gesprächsführung (2)

- **Möglichkeiten von Ambivalenz formulieren:** Zum Untersuchungszeitpunkt können manche Fragen noch nicht beantwortet, manche Entscheidungen noch nicht getroffen werden
- **Jedem alles zutrauen:** Keine „Schere im Kopf“ des Therapeuten. (z. B. keine Spielarten der Sexualität von vornherein ausschliessen.
- **Ohne Fragen keine Antwort:** Verhalten, das nicht abgefragt wurde, kann weder ein- noch ausgeschlossen werden
- **„Cum grano salis“:** Manches stellt sich im Therapieverlauf anders als am Anfang dar (Scham, Vertrauensverhältnis) . Deshalb sollte der Therapeut sich eine kritische Distanz zum Bericht des Patienten bewahren und ggf. Dinge, die ihm nicht schlüssig erscheinen nicht im Moment durch „Nachbohren“ vertiefen, sondern zu einem anderen Zeitpunkt wieder aufnehmen.

Behandlung

Kurzinterventionsmöglichkeit FRAMES

Feedback	Rückmeldung persönlicher Informationen (z. B. Ergebnis des Screening-Tests)
Responsibility	Eigenverantwortung für die Veränderung betonen
Advise	Eine klare, ärztliche Empfehlung aussprechen
Menu	Auswahl verschiedener Behandlungsmöglichkeiten erläutern (ambulant, stationär, medikamentös, Selbsthilfegruppe u.a.)
Empathy	Eine akzeptierende Haltung einnehmen, die Konfrontation und „Beweisführungen“ vermeidet
Self-efficacy	An die Selbstwirksamkeit des Patienten appellieren

Behandlung

Stimuluskontrolle

Vermeiden von Situationen u. Reizen, die das Problem-Verhalten auslösen können:

- Einfrieren der Kreditkarten (z. B. bei Kaufsucht)
- Begrenzung des Bargelds (z. B. bei Spielsucht)
- Aufstellung des Computers in der Wohnung, wo soziale Kontrolle möglich (z. B. bei Problemen mit Internetpornografie)
- Vermeiden von bestimmten Orten (z. B. Rotlichtmilieu bei Sexsüchtigen)
- Installation von Filter- u. Blockierungssoftware (z. B. für Online-Casinos)
- Alkohol, Kokain, Drogen

Identifizierung von „Frühwarnzeichen“

„*Seemingly unimportant decisions*“ (Penix Sbraga u O‘Donohue, 2003)

Scheinbar unverfängliche Verhaltensweisen, die Ritual- u. Auslösecharakter haben, identifizieren:

- › Wochenende allein verbringen
- › unverfänglicher Besuch sozialer Netzwerke
- › Alkoholkonsum

Rückfallprophylaxe, Rückfallmanagement

- Rückfälle sind Teil der Störung und sollen rasch besprochen werden
- Unterscheidung zwischen Ausrutschen und Rückfällen
- Rückfälle weder überdramatisieren noch bagatellisieren
- Für Rückfallsituationen sensibilisieren
 - › Auslöser sind oft scheinbar unbedeutende Entscheidungen
- Einbeziehung von Vertrauten
- Teilnahme an Gruppen

Behandlung

Spezialisten hinzuziehen

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Abteilung für Verhaltenssuchte ambulant (VSA)

Wilhelm-Klein-Strasse 27

4002 Basel

Email: info.verhaltenssuchte@upkbs.ch

Die Ambulanz für Verhaltenssüchte (VSA) der UPK Basel

Was bieten wir an?

- Umfassende diagnostische Abklärung
- Ambulante störungsspezifische Therapie von Verhaltenssüchten
 - › Behandlung von Komorbiditäten
 - › Vermittlung von anderen störungsspezifische Behandlungseinrichtungen
- Unterstützung / Vermittlung in sozialen Fragen
 - › Anbindung an Schuldenberatung, Finanzverwaltung, Case Management
 - › Sozialversicherungen
- Rückfall Prophylaxe / Prävention
 - › Casino-Sperren, Internet-Filter, Internet-Stundenpläne, ...
- Stationäre Behandlungen

Ambulant oder stationär?

Unter welchen Umständen kann eine stationäre Behandlung notwendig werden?

- Schwere der Erkrankung
- Ambulante Versuche sind gescheitert, kein Behandlungserfolg in der gewohnten familiären, sozialen und beruflichen Umgebung.
- Schwerwiegende Begleiterkrankungen
- Es gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär! - Meist reicht eine ambulante Therapie aus.

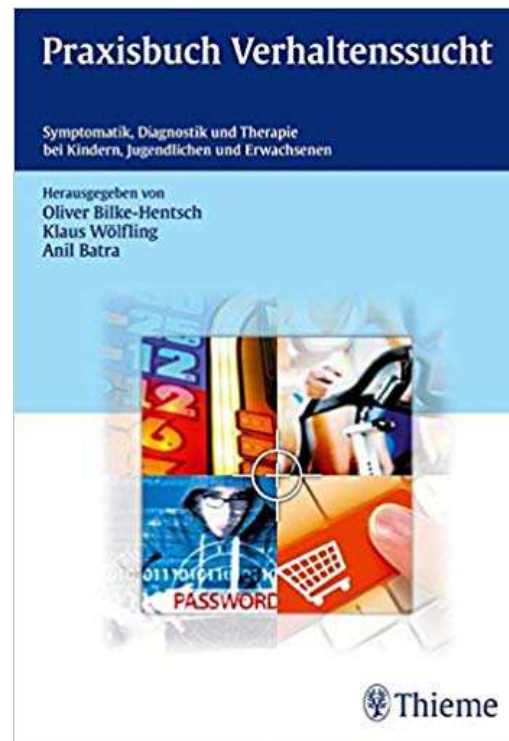
Die neue Abteilung zur stationären Behandlung von Verhaltenssüchten (VSS)

Eröffnung	1. Juli 2018
Kapazität	12 stationäre Behandlungsplätze
Schwerpunkte	pathologisches Glücksspiel, Internet-/Medienabhängigkeit, exzessives Kaufen, Hypersexualität einschliesslich der dazugehörigen Komorbiditäten
Behandlungsdauer	ca. 6 - 10 Wochen
Team	multiprofessionell
Therapie	suchtspezifisch, verhaltenstherapeutisch
Besonderheit	erstes störungsspezifisches stationäres Angebot in der Schweiz für Verhaltenssüchte

Literaturempfehlung



(2006)



(2014)



(2018)

Gliederung meines Vortrags

- Einführung
- Klassifikation
- Spezielle Verhaltenssüchte
 - › «Glücksspielsucht»
 - › «Computer-/Internetsucht»
 - › «Kaufsucht»
 - › «Sexsucht»
- Behandlung
- Literaturempfehlung
- **Zusammenfassung**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit...

UPK Basel

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel
Telefon +41 61 325 51 11, Fax +41 61 325 55 12
info@upk.ch, www.upk.ch

