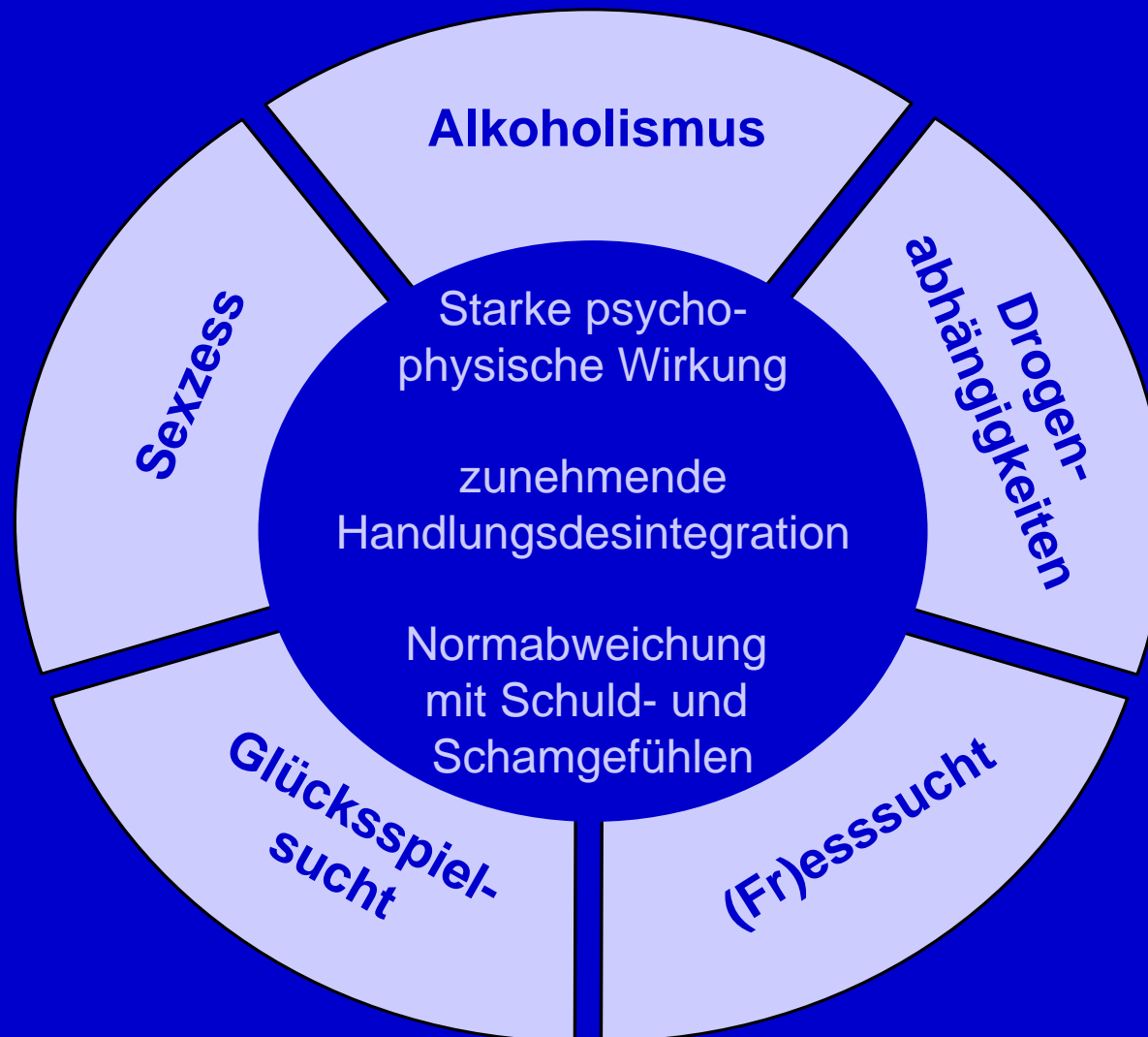


FÜNF SÜCHTE KENNT DER MENSCH

Jörg Petry



J. Orford (2001²). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*. Chichester: J Wiley.

Die Forschungsdomäne Sucht

Der Gegenstandsbereich „Sucht“ wird als Forschungsdomäne (durch einen Annahmekern konstituiertes Problemfeld) vorläufig bestimmt.

Wesentliche Merkmale des Phänomens (Realdefinition) werden von benachbarten Bereichen abgegrenzt (vgl. Diskussion über die nosologische Einordnung des pathologischen Glücksspielens).

Der Umfang der Suchtdomäne unterliegt einem historischen Wandel (Lebensbedingungen; Erkenntnisfortschritt).

In Wechselwirkung mit den erzielten Erkenntnissen (Theorie) ergeben sich effektive Interventionsstrategien (Technologie) für die Praxis.

Die Forschungsdomäne Sucht

Ein zusätzlicher pragmatischer Gesichtspunkt ist die sozialpolitische Akzeptanz als bei einer Suchtstörung (vgl. Trainings sucht, Arbeitslosigkeit usw.), um die Zuweisung bzw. den Zugang zu gesellschaftlicher Ressourcen zu erleichtern. Süchtige Personen können in Abhängigkeit von ökonomischen Rahmenbedingungen (Form einer Devianz) erheblichen rechtlichen und schweren Sanktionen (Zwang zur Arbeit, Nationalsozialismus) unterliegen.



Der hessische Justizminister Christean Wagner (CDU) erklärte: Die Fußfessel biete „auch Langzeitarbeitslosen und therapierten Suchtkranken die Chance, zu einem geregelten Tagesablauf zurückzukehren“.

Quelle: taz vom 29. April 2005 (S. 14)

Kandidaten oder was?

Die Trainingsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht und Suche nach Extremerfahrungen als häufig genannte Tätigkeitssüchte (Grüsser & Thalemann, 2006) können derzeit nicht als Teil der Suchtdomäne angesehen werden.

Die häufig genannte Tatsache, dass bei diesen exzessiven Verhaltensweisen vermehrt körpereigene Opiate ausgeschüttet werden, eine Aktivierung des zentralnervösen Belohnungszentrums vorliegt und Nachteile toleriert werden, ist zu unspezifisch.

Es liegt kein ausgeprägter Rauschzustand, kein fortgeschrittenes Abhängigkeitssyndrom und vor allem keine gesellschaftliche Unterdrückung vor, sondern eher eine besondere Erwünschtheit im Kontext der leistungsorientierten Konsumorientierung.

Das organische Krankheitsmodell (Beispiel Trainingsucht)

Einengung des Repertoires auf ein stereotypes Trainingsmuster
Zunehmende Dominanz des Trainings über andere Aktivitäten
Toleranzentwicklung bezüglich des Trainingsaufwands
Stimmungstiefs als Entzugserscheinung bei Trainingsstopp
Nachlassen/Vermeidung des Entzuges bei/durch Trainingaufnahme
Zwanghaftes Verlangen nach dem Training
Wiederaufnahme des Trainings nach Abstinenzphase

Fortsetzung des Trainings trotz körperlicher, partnerschaftlicher,
sozialer oder beruflicher Nachteile
Selbstaufgelegte Gewichtsverluste durch Diäten zur
Leistungsverbesserung

Das organische Krankheitsmodell (Kritik)

Paradoxerweise wird das organische Krankheitsmodell von Jellinek (1960) anstelle des modernen bio-psycho-sozialen Modells für stoffliche Süchte unreflektiert auf den Bereich der nichtstofflichen Süchte übertragen.

Die Begriffe Droge, Toleranz und Entzugserscheinungen werden dabei ihrer ursprünglichen Bedeutung beraubt.

So wird z.B. bezogen auf die Glücksspielsucht Droge nicht als Rauschmittel (Substanz mit unmittelbarer psychotroper Wirkung), Toleranz nicht als Veränderung der Abbaugeschwindigkeit (metabolische Toleranz) bei gleichzeitig nachlassender neurobiologischen Wirkung (funktionelle Toleranz) und Entzug nicht als Gegenreaktion auf organische Veränderungen der neuronalen Zellenstruktur begriffen.

Rekurs auf die klassische Lerntheorie

Gleichzeitig wird auf den unpsychologischen Begriff des „Kontrollverlustes“ zurückgegriffen, statt die Suchtentwicklung auf einem handlungstheoretischen Hintergrund, der von einem zielorientierten sich selbst regulierenden Menschenbild ausgeht, zu beschreiben (Cox & Klinger, 2004).

Weiterhin wird die Problematik mit Bezug auf das suchtspezifische Verlangen (Reiz-Reaktions-Versuche) auf klassische Konditionierungsmechanismen und deren neurobiologisch Grundlagen reduziert, statt mittels einer verhaltensökonomischen Perspektive die Entscheidung zwischen gegebenen Verhaltensalternativen mit unterschiedlichem Kosten-/Nutzen-Verhältnis im Entwicklungsprozess zu analysieren (Vuchinich & Tucker, 2003).

Cox, W.M. & Klinger, E. (2004). Handbook of Motivational Counseling. Chichester (UK). John Wiley.

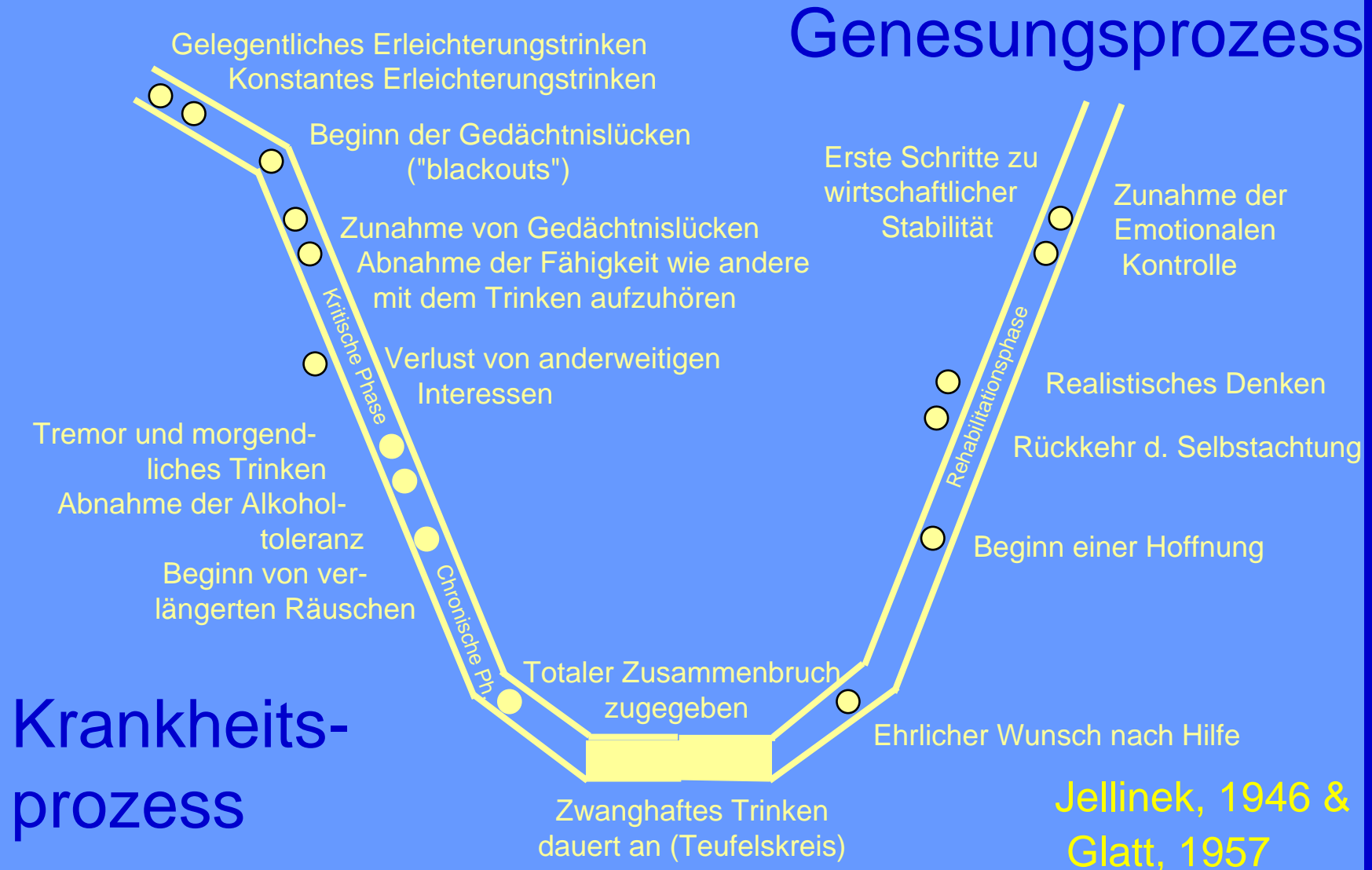
Vuchinich, R.E. & Heather, N. (2003). Choice, Behavioural Economics and Addiction. Amsterdam: Pergamon.

Das organische Krankheitsmodell (Kritik)

Bezogen auf die Glücksspielsucht als Paradigma der stoffungebundenen Süchte wird das in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts anhand einer Stichprobe männlicher Mitglieder der Anonymen Alkoholiker entwickelte Jellinek'sche Phasenmodell des Problemtrinkers kritiklos auf die Entstehung und Überwindung der Glücksspielproblematik übertragen.

Vgl. G. Meyer & M. Bachmann. (2005²). Spielsucht: Ursachen und Therapie. Berlin: Springer.
Vgl. W. Gross. (1995²). Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben... Frankfurt/M. Fischer Taschenbuch.

Talsolesmetapher



Das klassische Phasenmodell (Kritik)

Phasenmodelle müssten dem Anspruch genügen, dass die Gemeinsamkeiten innerhalb einer Phase größer als zwischen den Phasen sind. Die empirischen Befunde zur stufenweisen Entwicklung des Alkoholismus haben sich jedoch als inkonsistent erwiesen (Funke & Siemon, 1989). Der entsprechende gestufte Genesungsprozess nach Glatt (1958) ist empirisch nicht einmal untersucht worden.

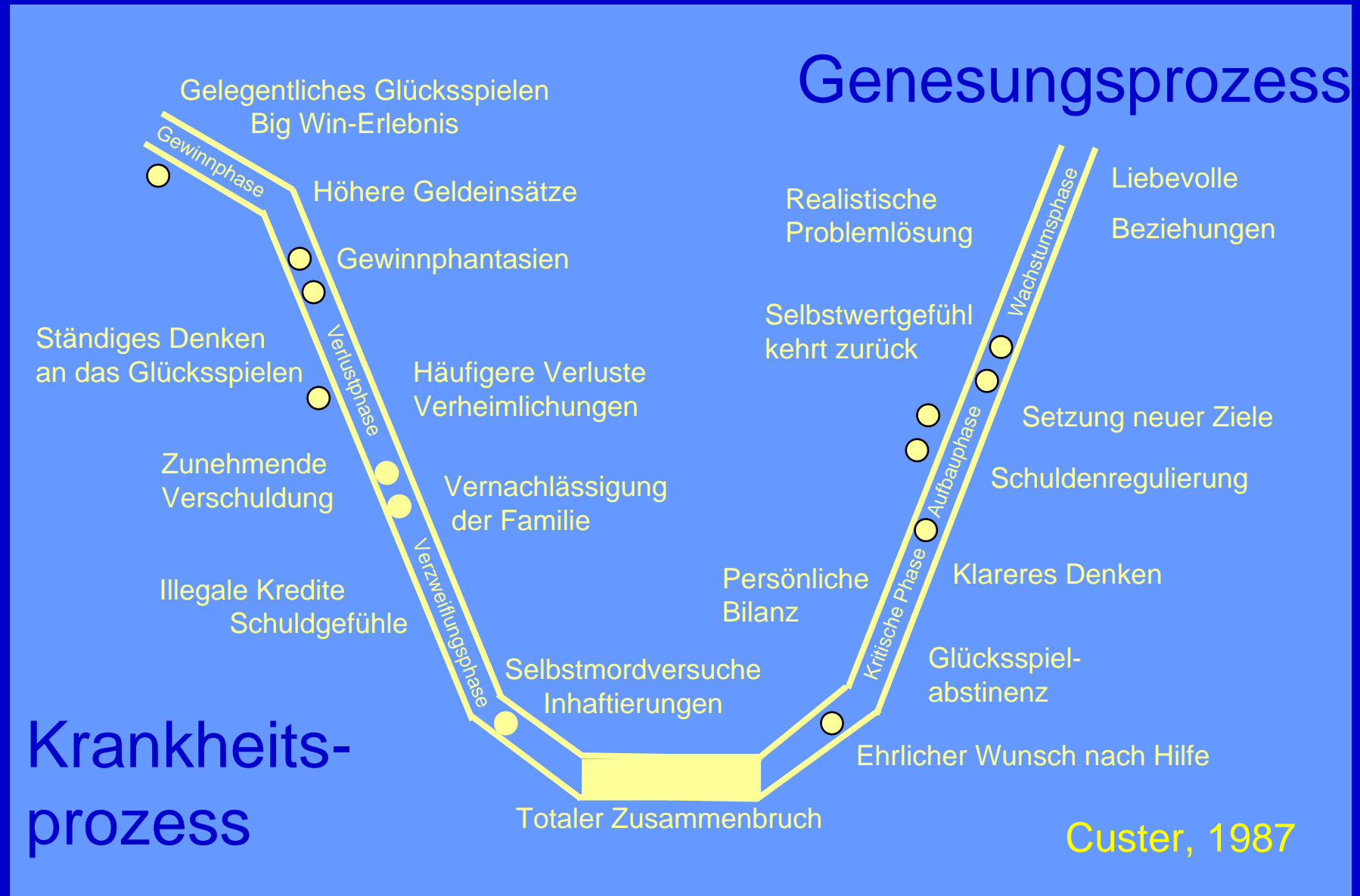
Auf dieser zweifelhaften Grundlage ist es verwunderlich, dass dieses Modell von Custer (1987) einfach auf die Glücksspielsucht übertragen wurde und ohne jegliche empirische Überprüfung weiter verbreitet wird.

Funke, W. & Siemon, W. (1989). Phasenfolge des Alkoholismus nach Jellinek. Bad Tönissteiner Blätter, 1, 1-19.

Glatt, M.M. (1958). Group Therapy in Alcoholism. British Journal of the Addictions, 12, 1097-1141

Custer, R. (1987). The Diagnosis and Scope of Pathological Gambling. In T. Galski (Ed.): The Handbook of Pathological Gambling (pp. 3-7). Springfield: Thomas.

Talsolesenmetapher



Exzessive Gelüste

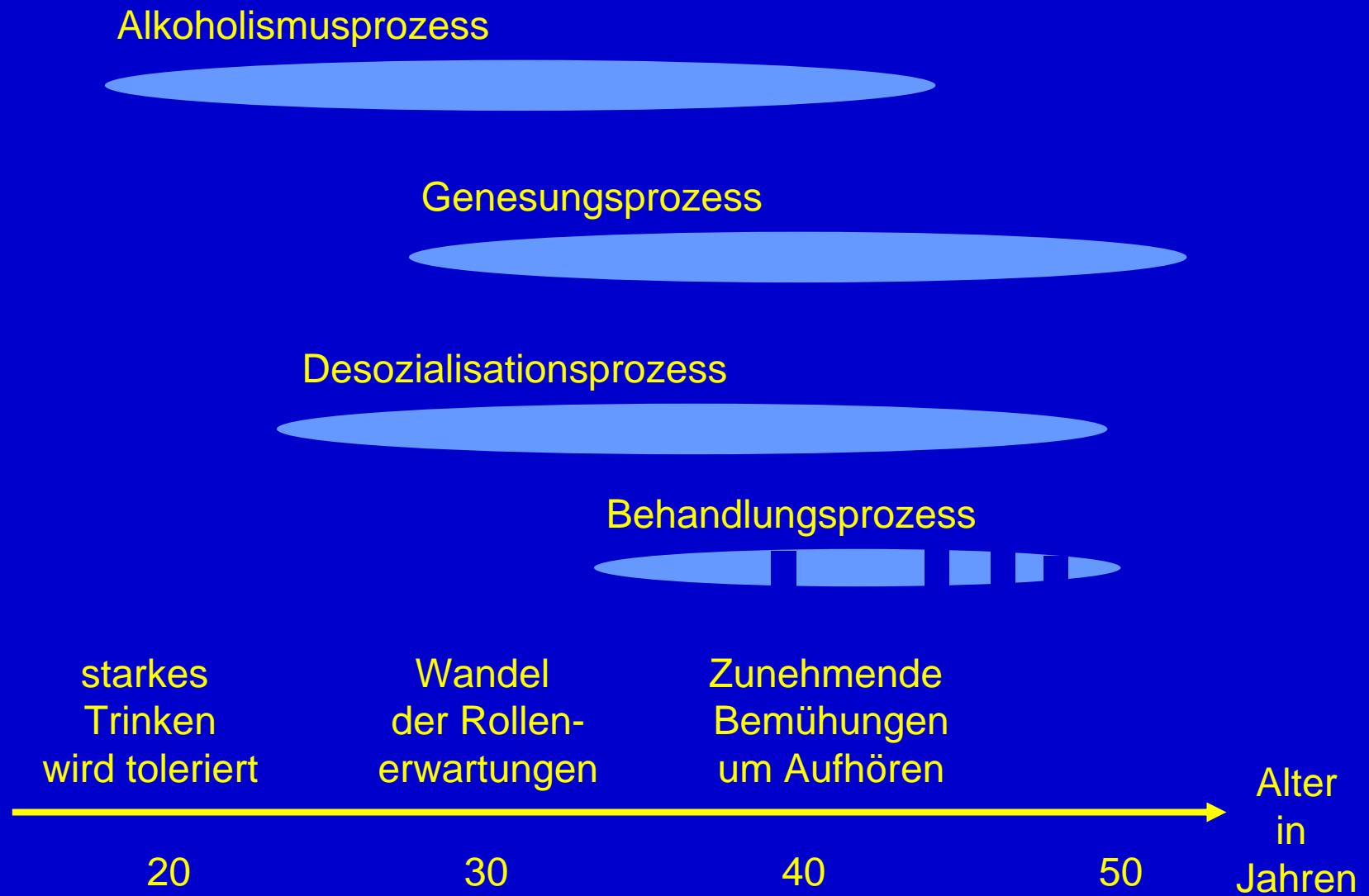
Es handelt sich um unterdrückte Neigungen (*restrained inclinations*), also menschliche Bedürfnisse, die durch negative Einflüsse, insbesondere soziale Restriktionen, in Grenzen gehalten werden.

Gleichzeitig besitzen diese „Gelüste“ durch ihren starken Belohnungswert (Möglichkeit der Gefühlsmodulation) eine starke Tendenz, in einem komplexen Lernprozess zu eskalieren.

Die Wechselwirkung zwischen starken Anreizen (*incentives*) und dagegen gerichteten Einschränkungen (*restraints*) manifestiert sich in einem Prozess, der zunächst eine zunehmenden Bindung (*attachment*) an den Erlebniszustand des Suchtverhaltens erbringt.

Die spätere Überwindung der Abhängigkeit ist als natürliche Konsequenz der suchttypischen Folgekosten (*costs*) und der damit verbundenen intrapsychischen Konflikthaftigkeit (*conflict*) anzusehen.

Systemmodell



Mulford, H.A. (1972). Becoming an Ex-problem Drinker. Amsterdam: 30th Congress on Alcoholism and Drug Dependence (Unpublished Paper).

Selbstveränderung (Bevölkerungsstudien)

Die Wege zur Überwindung von Suchtproblemen (pathways to recover) sind vielfältig und individuell.

Die Mehrheit (ca. 80 %) der Betroffenen erholt sich ohne professionelle Interventionen (self-change).

Dieser Hauptweg zur Erholung gilt eher für Personen, die weniger stark abhängig sind.

Der zentrale Mechanismus besteht in einer kognitiven Bewertung (cognitive appraisal) der Vor- und Nachteile bei Fortsetzung oder Einstellung des Suchtverhaltens.

Klingemann, H. & L.C. Sobell (2006). Selbstheilung von der Sucht. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (Engl. Original, 2001).

Ersatzabhängigkeiten

Retrospektive katamnestische Befragungen von Langzeitabstinenten ergeben Hinweise auf Selbstheilungsfaktoren:

Externe Anreize (chronische Erkrankungen; gerichtliche Auflagen)

Ersatzabhängigkeiten (exzessives Arbeiten; Hobbys; auch Suchtverlagerung)

Stärkende Beziehungen (insbesondere neue Partnerschaften)

Übergeordnete Sinn- und Wertorientierung (religiöse Überzeugungen; Selbsthilfegruppen wie AA)

Vaillant, G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and Paths to Recovery*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Bildungsprozesse der Suchtbewältigung bei Langzeitabstinenten

Aktive Kompensation von biographischen Risiken
Durchhaltestrategien zur Kompensation von Defiziten
Erkennen von abstinenzgefährdender Unzufriedenheit
Angemessene Umsetzung eigener Bedürfnisse
Aufbau eines abstinenzorientierten sozialen Netzes
Ausbau der sozialen, speziell beruflichen Kompetenz
Entwicklung positiv-realistischer Lebenseinstellungen
Übernahme gesellschaftlicher Normen und Werte

VERGLEICHENDE SUCHTFORSCHUNG

Unter vergleichender Suchtforschung lassen sich alle theoretischen Modelle und empirischen Untersuchungen fassen, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der klassischen Suchtformen beschreiben.

Der derzeitige Wissensstand besitzt lediglich typisierenden Charakter, da nur im angelsächsischen Bereich sporadische Forschungsbefunde vorliegen.

Es herrscht das Erfahrungswissen von klinischen Suchttherapeuten seit der Wende zum 20. Jahrhundert vor.

Fischer, H. (1905). Spieler-Moral: Eine irrenärztliche Studie über die Spielsucht und ihr Verhältnis zu Trunksucht und Morphinsucht für Staatsanwälte, Richter und Laien. Berlin: Curt Wigand.

Vergleichende Wirkungsforschung

Aktivität Zustand	Glücksspielen		Alkoholkonsum		Überessen	
	Patienten	Normale	Patienten	Normale	Patienten	Normale
Trancezustand	79%	5%	62%	17%	41%	5%
Als andere Person	79%	21%	73%	36%	44%	21%
Außerhalb des Selbst	50%	8%	34%	12%	30%	7%
Gedächtnislücke	38%	4%	73%	15%	14%	4%
Dissoziativer Gesamtwert	64%	6%	67%	16%	35%	6%

D.F. Jabobs (1988). Evidence for a Common Dissociative-Like Reaction among Addicts. *Journal of Gambling Studies*, 4, 27-37.

Vergleichende Rückfallforschung

Rückfall-Situationen \ Patienten- gruppe	Alkoholiker (N=70)	Raucher (N=64)	Heroinabh. (N=129)	Glückssp. (N=19)	Überesser (N=29)
Negative Gefühle	38%	37%	19%	47%	33%
Negative Körperempfindung	3%	2%	9%	-	-
Positive Gefühle	-	6%	10%	-	3%
Test der Eigenkontrolle	9%	-	2%	16%	-
Drang und Versuchungen	11%	5%	5%	16%	10%
Soziale Konflikte	18%	15%	14%	16%	14%
Sozialer Druck	18%	32%	36%	5%	10%
Soziale Einsamkeit	3%	3%	5%	-	28%

Cummings, C., Gordon, J.R. & Marlatt, G.A.: Relapse: Prevention and Prediction. In W.R. Miller (Ed.): The Addictive Behaviors (pp. 291-321). Oxford, U.K.: Pergamon, 1980.

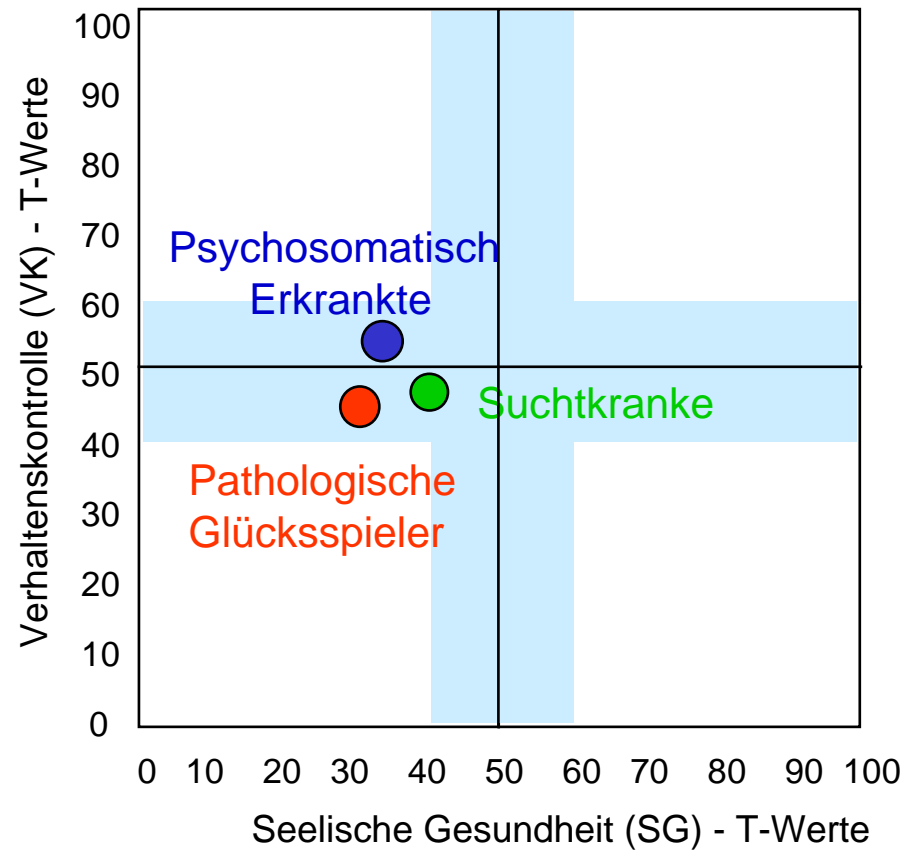
Methodik

Vergleich von pathologischen Glücksspielern, Suchtkranken und psychosomatisch Erkrankten

Matching-Variablen	Pathologische Glücksspieler (N=48)	Suchtkranke (N=48)	Psychosomatisch Erkrankte (N=48)
Alter			
Mittelwert (MW)	34,75	35,33	35,08
Standardabweichung (s)	7,7	7,7	7,7
Geschlecht			
- männlich	43	43	43
- weiblich	5	5	5
Schulbildung			
- Hauptschule	37	37	37
- weiterbildene Schule (Realschule/ Gymnasium)	11	11	11
Erwerbstätigkeit			
- Arbeitstätigkeit (Vollzeit-, Teilzeitbeschäftigung, in Ausbildung)	29	29	31
- arbeitslos	19	19	17

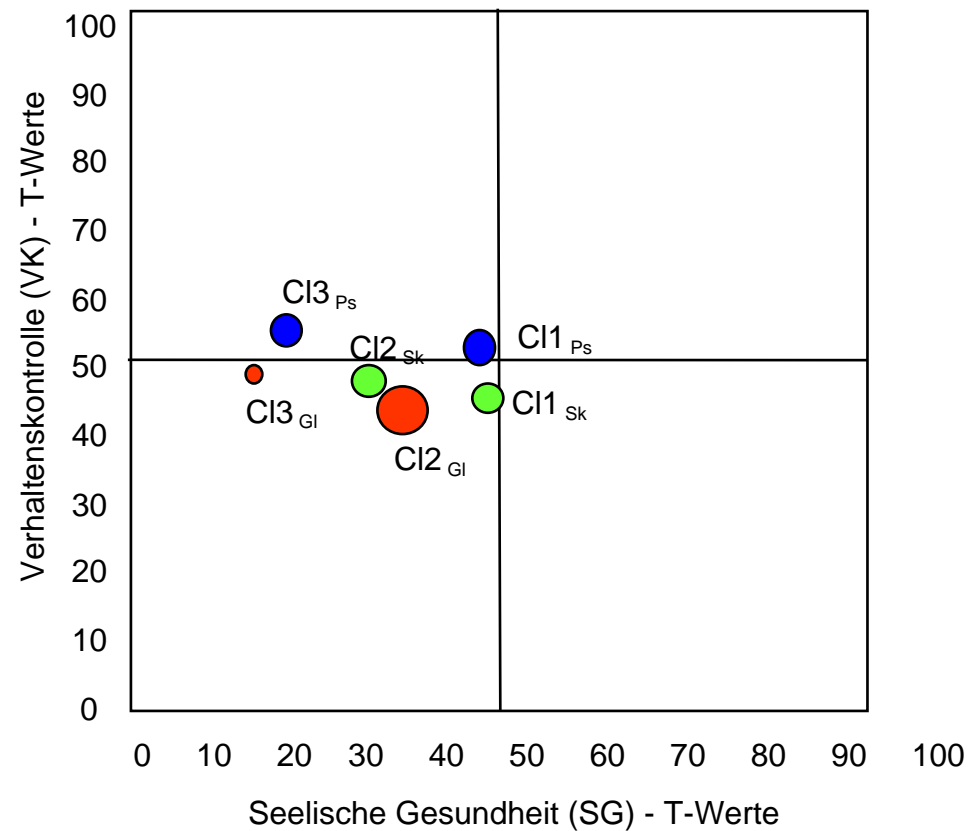
Vergleichende Typologie

„Pathologische Glücksspieler“, Suchtkranke und psychosomatisch Erkrankte



Vergleichende Typologie

Die sechs Untertypen von „pathologischen Glücksspielern“,
Suchtkranken und psychosomatisch Erkrankten (N=144)

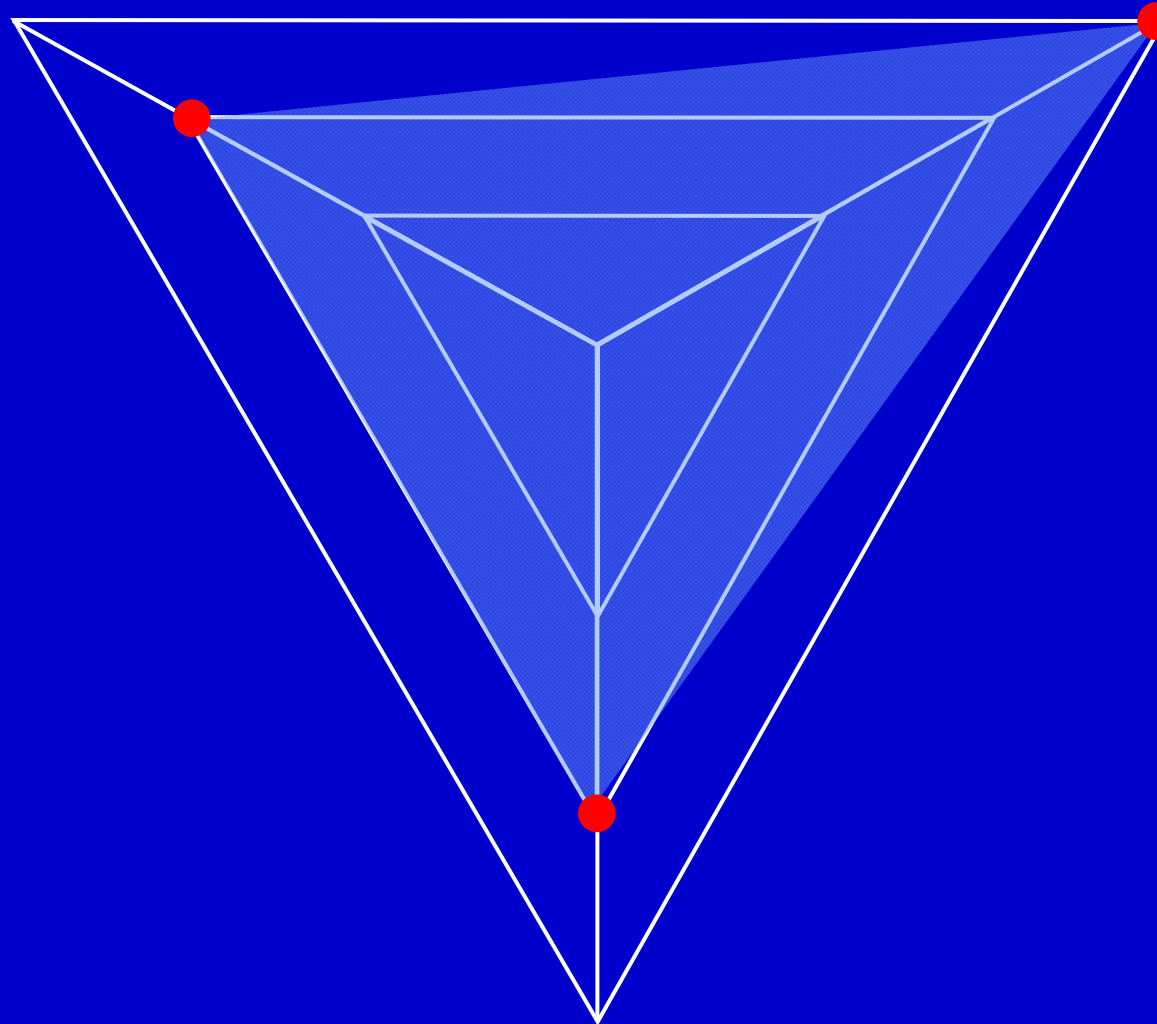


■ Pathologische Glücksspieler ■ Suchtkranke ■ Psychosomatisch Erkrankte

ALKOHOLISMUS

Erregung

Handlung



Soziale Normen

ALKOHOLISMUS



ALKOHOLISMUS

Der Alkohol ist das historisch und geographisch verbreitetste Suchtmittel.

Vielfältige alkoholische Getränke bieten ein verträgliches und sozial integriertes Suchtmittel mit einem breiten Wirkungsspektrum.

Die Problemrate korreliert hoch mit dem gesellschaftlichen Durchschnittskonsum.

Alkoholismus und seine Behandlung ist mit der Durchsetzung des Krankheitskonzeptes (Magnus Huss, 1849; Jellinek, 1960) paradigmatisch für alle Süchte.

ALKOHOLISMUS

Anfällig sind Personen, die viel Alkohol ohne aversive Folgen vertragen, den Alkohol zur Kompensation psychischer Probleme einsetzen und/oder sich in einer depravierten Lebenssituation befinden.

Das Trinkverhalten hat die Funktion der unmittelbaren Stressbewältigung / Gefühlsmodulation bei Vernachlässigung der bestehenden und durch das Suchtverhalten noch verstärkten Lebensproblematiken. Gleichzeitig dient der Alkoholkonsum der Herstellung sozialer Verbundenheit. (sozial maskiertes Wirkungstrinken).

Der gesellschaftliche Ausgrenzungsprozess von Alkoholikern führt zu einer schweren Identitätskrise und damit ausgeprägten Abwehrmechanismen (Externalisierung, Bagatellisierung).

ALKOHOLISMUS

Neben der Unterdrückung des Trinkverhaltens (Abstinenz) sind allgemeine (Emotionstraining, Problemlösetraining) oder spezifische Kompetenztrainings (Komorbidität) und eine moralische Umorientierung (Sinn- und Wertklärung) zur Genesung erforderlich.

Es galten die Grundprinzipien der Arbeit, Andacht und Abgeschiedenheit, wobei mit Einführung des Abstinenzprinzips (ca. 1880) die erfolgreichste Behandlungsform aller chronischen Erkrankungen vorliegt.

Die Behandlung ist komplex, aber noch polypragmatisch.

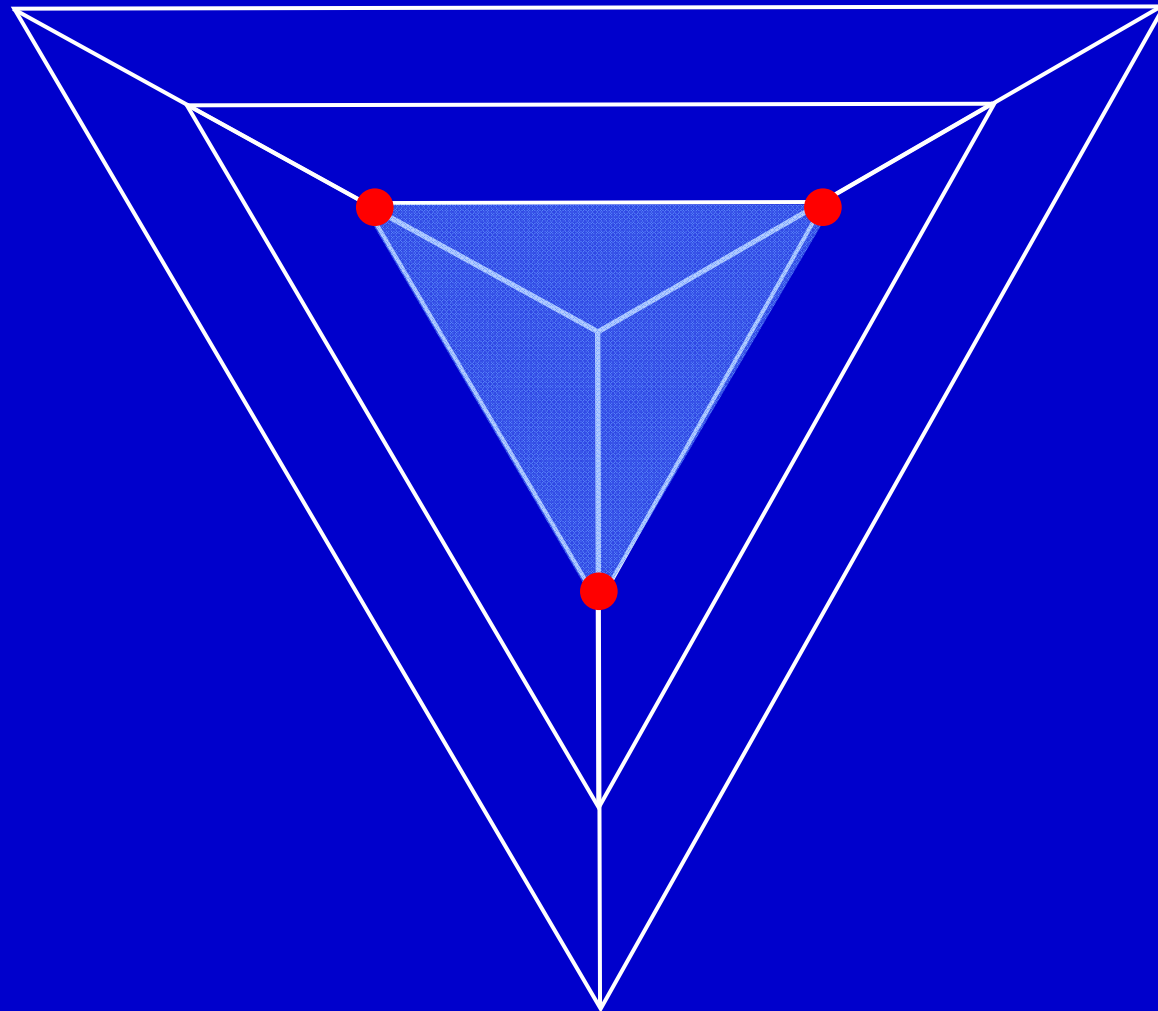
Mit dem sozialkognitiven Rückfallpräventionsmodell (Marlatt & Gordon, 1985) und der nichtkonfrontativen Motivationsarbeit (Miller & Rollnick, 2002²) liegen genuin suchtherapeutische Behandlungsstrategien vor, die über den Suchtbereich ausstrahlen.

DROGENABHÄNGIGKEITEN

am Beispiel der Tabakabhängigkeit

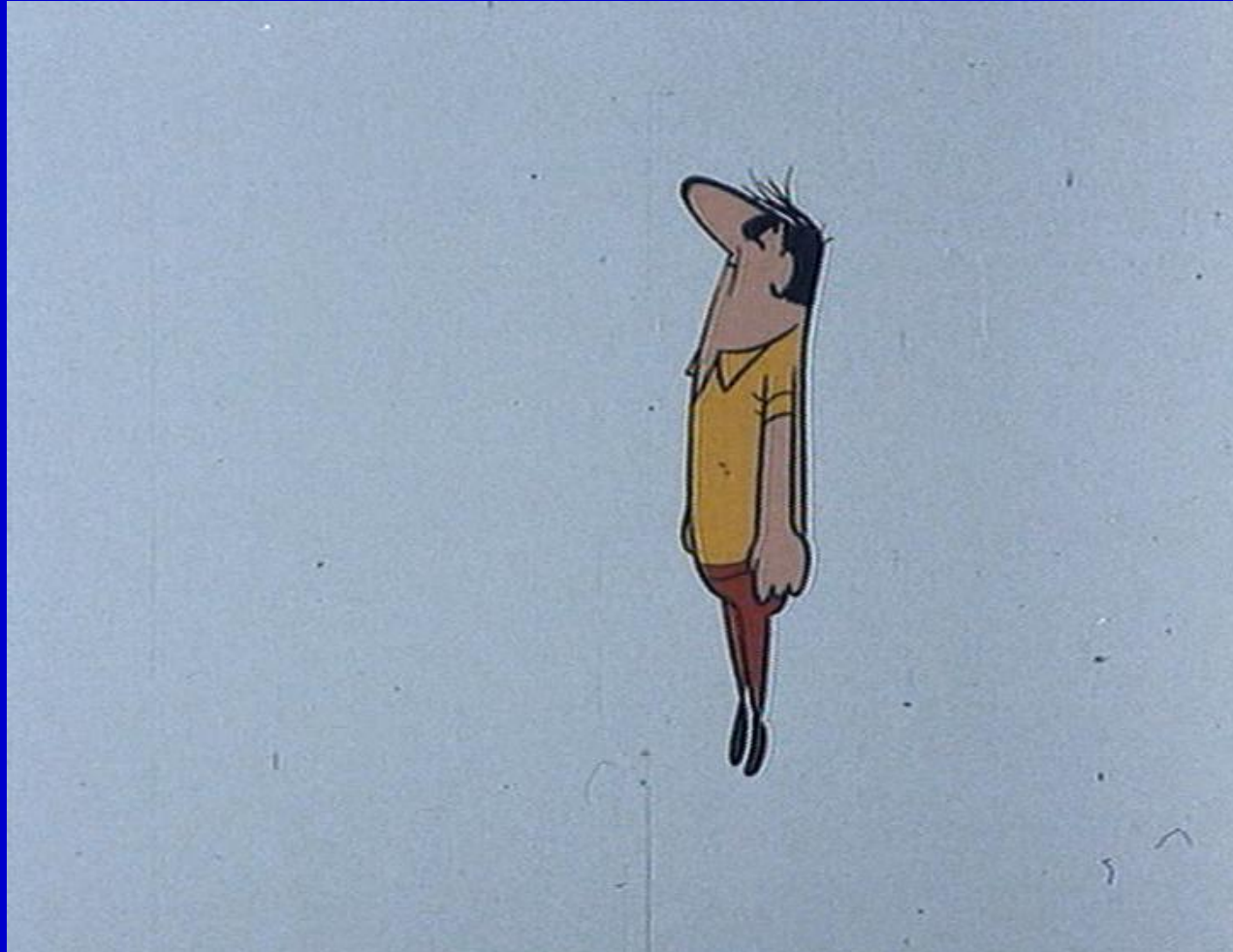
Erregung

Handlung



Soziale Normen

Tabakabhängigkeit



Quelle: Roland Töpfer: Das HB-Männchen in seinen besten Spots. Köln: Tacker Film.

Tabakabhängigkeit

Der gewandelte Tabakkonsum (vom Halluzinogen zur Alltagsgewohnheit) ist ökonomisch sehr bedeutsam (Steueraufkommen, Arbeitsplätze, starke Lobbyisten).

Es ist ein sehr griffnahes Suchtmittel (Zigarette als schnelle Applikationsform, niedriger Preis, hohe Automattendichte).

Das Nikotin hat ein hohes Suchtpotential (angenehmes Wirkungsspektrum, schnelle Wirkung, schnelle Entwicklung von Toleranz und körperlicher Abhängigkeit) mit einem hohen Anteil süchtiger Raucher unter den Konsumenten.

Der Tabak ist das gesundheitlich schädlichste Suchtmittel mit den individuell und gesellschaftlich höchsten Kosten (hohe Krankheits- und Todesrate).

Batra, A. (2000). Tabakabhängigkeit: Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Darmstadt: Steinkopff.

Tabakabhängigkeit

Die gesundheitspolitische Versorgung Tabakabhängiger ist desolat (keine Anerkennung als Erkrankung, keine Übernahme der Behandlungskosten) und die Behandlungseffektivität ist relativ unbefriedigend.

Die vom Raucher und seiner Umgebung erlebten Einschränkungen sind gering (milder Rausch, geringe soziale Auffälligkeit, lange Verzögerung der organischen Folgen), so dass eine geringe Veränderungsmotivation besteht.

Die Behandlungsmethoden sind nicht optimal (Dominanz pharmakologischer Strategien mittels Nikotinersatz; Symptomorientierte Psychotherapie nach dem klassischen Selbstkontrollansatz).

Petry, J. (2005). Kritische Betrachtungen über den aktuellen Stand der Behandlung von Tabakabhängigen. Sucht, 51, 175-186.

Tabakabhängigkeit

Aktuell sollten verhältnispräventive Maßnahmen im Mittelpunkt stehen (Preispolitik, Einschränkung der Konsummöglichkeiten, sozialrechtliche Einbindung).

Das Behandlungsangebot sollte gestuft und komplex sein (von der Kurzintervention bis zur intensiven Entwöhnung).

Ein zentrales Thema der Intervention ist die Stressbewältigung (Überwindung von Ängsten vor dem Verzicht, Aufbau gesunder Lebensformen).

Wie bei allen Süchten ist die Selbstwertproblematik zu bearbeiten (Werte- und Sinnklärung, soziale Verantwortung, individuelle Autonomie).

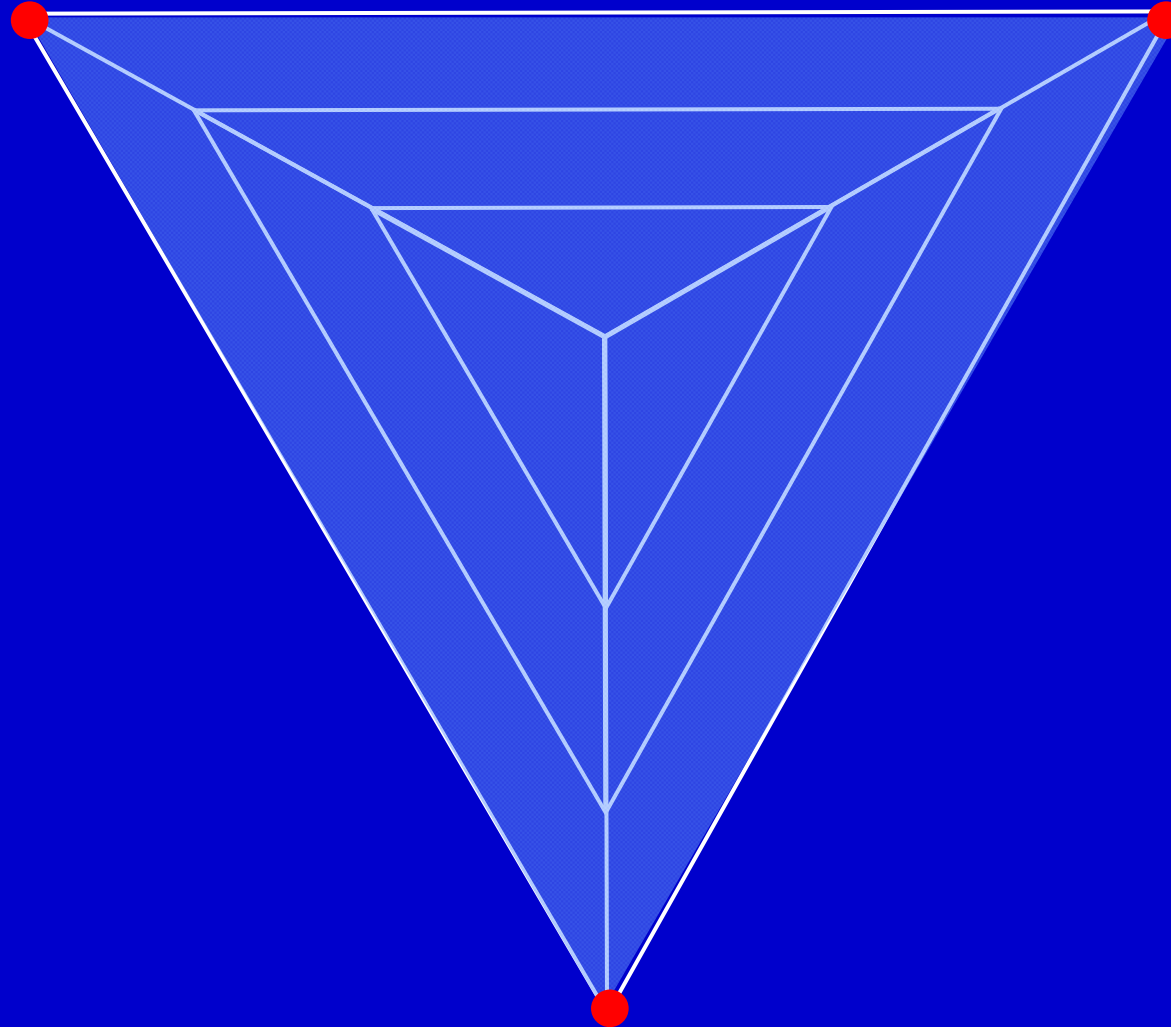
Petry, J. (2005). Kognitiv-behaviorale Therapie der Tabakabhängigkeit. Münchwieser Hefte, 29, 30-46..

DROGENABHÄNGIGKEITEN

am Beispiel der Opiatabhängigkeit

Erregung

Handlung



Soziale Normen

Opiatabhängigkeit

Sachlicher Bericht über das Glück, ein Morphinst zu sein.

Hans Fallada

.

.

„Ach, das Leben ist schön und sanft. – Auch an dich denke ich, mein süßes Mädchen, das ich längst verlor, meine einzige Geliebte ist jetzt das Morphinum. Sie ist böse, sie quält mich unermesslich, aber sie belohnt mich weit über jedes Begreifen hinaus.“

.

.

Neue Illustrierte, Köln 19.11.1955.

Opiatabhängigkeit

Das Opium als Rauchmittel ist seit Jahrtausenden bekannt. Aufgrund des hohen Suchtpotentials gab es schon früh (z. B. durch Karl den Großen) Einschränkungsmaßnahmen. Die synthetische Herstellung von Morphin (1827) und Heroin (1898) und die große Verbreitung durch die modernen Kriege im 19. und 20. Jahrhundert führte unter dem politischen Druck der Großmacht USA zu einer repressiv-prohibitiven Gesetzgebung (internationales Opiumabkommen 1912 und Versailler Vertrag 1920). Diese Doktrin (Nixons War on Drugs, 1971) hat bis heute Gültigkeit.

Gastpar, M. (1996). Opiatabhängigkeit, historische und aktuelle Perspektiven. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.): Sucht (S.33-40). Stuttgart: Gustav Fischer.

Opiatabhängigkeit

Aufgrund der Illegalisierung des Opiums und der sehr intensiven und schnellen Wirkung (Kick) ist der „Junkie“ die HAUPTerscheinungsform der Opiatabhängigkeit (neben dem ärztlich behandelten Schmerzpatient), wobei aktuell stärker polytoxikomane Konsummuster vorliegen.

Es bestehen ausgeprägte Sozialisationsdefizite, eine mangelnde Moralentwicklung, persönliche Reifungsdefizite, antisoziale Tendenzen und eine insgesamt gestörte Identität im Rahmen eines drogenspezifischen Lebensstils.

Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2001). Therapie der Drogenabhängigkeit. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht (S. 395-438). Göttingen: Hogrefe.

Opiatabhängigkeit

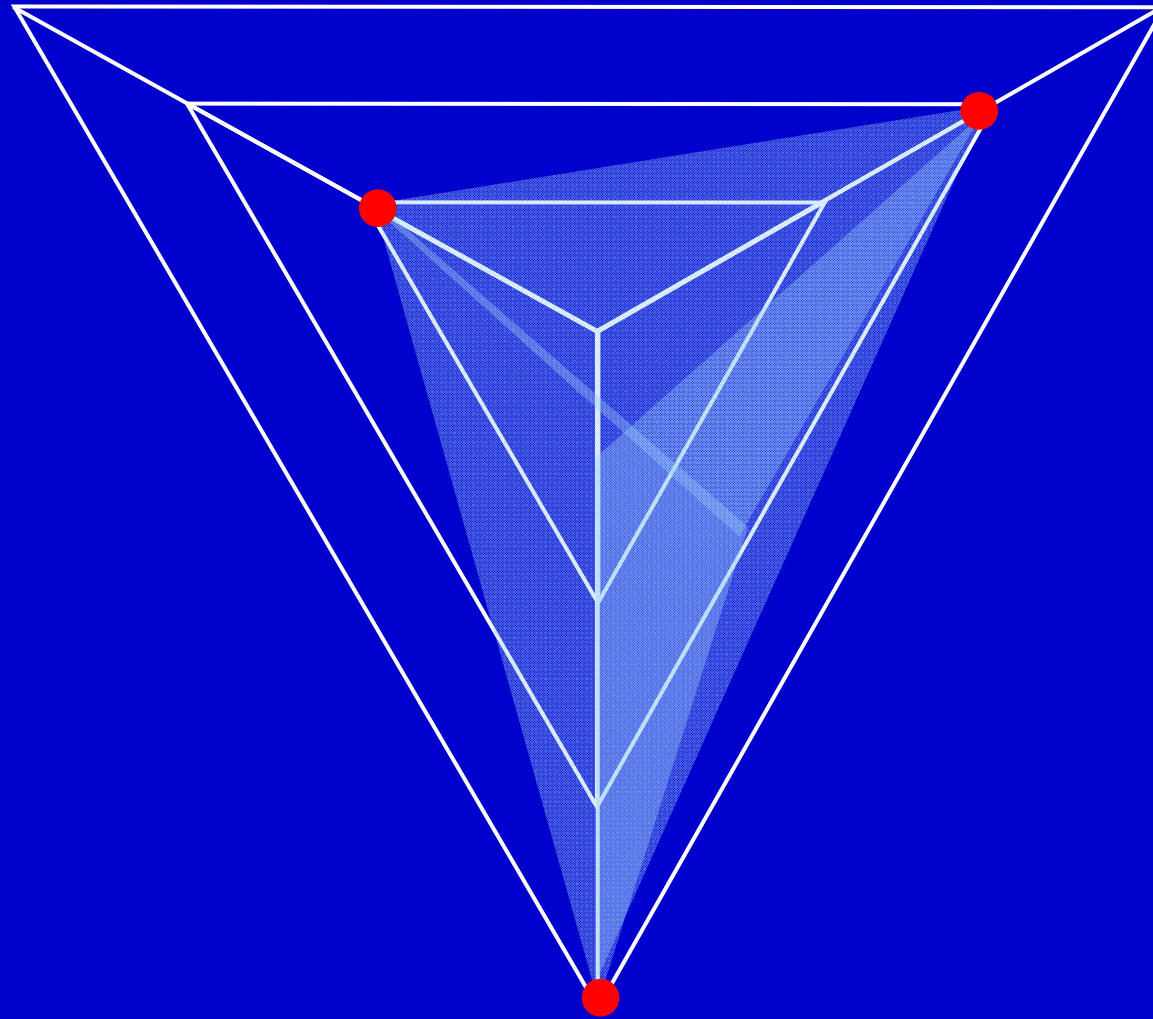
Die Behandlung enthält pädagogische Elemente zur Bearbeitung der Sozialisationsdefizite (Therapiegemeinschaft), beansprucht Zeit zur Persönlichkeitsentwicklung und hat einen Schwerpunkt auf der Arbeitstherapie / beruflichen Integration. Die Substitution als Behandlungsform (Schadensminderung) nimmt einen breiteren Raum ein. Aus dem konfrontativen Therapieerlebnis mit intensiver Dysphorie und Selbstzweifeln resultiert eine anfänglich hohe Abbruchquote. Der Rückfallprävention (starkes Verlangen, Bindung an das Drogenmilieu) kommt große Bedeutung zu, wobei eine Neugestaltung der Lebensumgebung erforderlich ist.

Küfner, H. (1996). Abbruchgedanken und deren Bewältigung bei Drogenabhängigen in stationärer Therapie (S. 289-301). In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.): Sucht (S.33-40). Stuttgart: G. Fischer.
Hämmig, R. (2004). Differentielle Behandlungsindikation: Indikation für Substitutionsbehandlung und Schadensminderung. *Abhängigkeiten*, 10, 55-62.

(FR)ESSSUCHT

Erregung

Handlung



Soziale Normen

(Fr)esssucht

Die Riesendame der Oktoberwiese
Joachim Ringelnatz

:

Nacht war es worden. Emmy ließ sich dort,
Wo sie gestanden, dumpf zum Nachtmahl nieder.
Sie schlang mit Gier, doch regte kaum die Glieder.
„Sag Emmy, würdest du ein gutes Wort,
Das keinen Witz und keine Neugier hat,
Von einem, der dich tief betrauert hören?“
Sie sah nicht auf. Sie nickte kurz und matt:
„Nur zu! Beim Essen kann mich gar nichts stören.“

:

Joachim Ringelnatz: Gedichte und Prosa. Zürich: Diogenes, 1994.

(Fr)esssucht

Die Einordnung der Essstörung als Suchterkrankung ist umstritten. Es handelt sich um kein neues Phänomen, da Fressanfälle und künstliches Erbrechen seit der Antike beschrieben werden. Die Diskussion wird aktuell auf die spezifischen Formen der Anorexie und Bulimie sowie neuerdings die Essanfallsstörung (binge eating disorder) eingeeengt.

Damit wird die größte Gruppe der übergewichtigen Überesser (mit und ohne Essanfällen) ausgeklammert, obwohl es sich um die zentrale Gruppe der (Fr)esssüchtigen handelt. Diese Form der psychogenen Essstörung lässt sich als eigenständiges Störungsbild weder unter den Suchterkrankungen noch den Essstörungen in den internationalen Klassifikationssystemen finden.

Jacobi, C.; Paul, T. & Thiel, A. (2004). Essstörungen. Göttingen: Hogrefe.

(Fr)esssucht

Zentrales Merkmal aller Erscheinungsformen ist der dauerhafte / exzessive Einsatz des Essens zur Gefühlsregulation (Frustration, Einsamkeit, Trost, Behaglichkeit und im Verlauf Schuld- und Schamgefühle).

Ein Störungsbild, mit einer biologischen Vulnerabilität (Störungen der hormonell-neuronalen Regulationssysteme) und Kulturspezifität (Industrialisiertes Nahrungsangebot ohne sozial-emotionale Einbindung mit Reduktion auf den Nahrungsaspekt). Es bestehen Defizite der interozeptiven Wahrnehmung (Außenreizabhängigkeit), ein geringer Selbstwert, Sorgen über das Gewicht/Aussehen, gezügeltes Essen/Diäthalten und Abwehrmechanismen.

Davis, C. & Claridge, G. (1998). The Eating Disorders as Addiction: A Psychological Perspective. *Addictive Behaviours*, 23 (4), 463-475.

Rose, L. (2005). „Überfressende Kinder – Nachdenklichkeiten zur Ernährungs- und Gesundheitserziehung. *Neue Praxis*, 35(1), 19-34.

(Fr)esssucht

Die Gewichtsregulation steht nicht mehr im Mittelpunkt (außer bei gravierenden Folgeerkrankungen / lebensbedrohlichen Zuständen). Symptomatisch wird gleichgewichtig die Normalisierung des Ess- und Bewegungsverhaltens angestrebt.

Eine Besserung des Selbstwertes, des Körperbildes, der Affektivität, der sozialen Kompetenzen und der Lebensqualität ist erforderlich.

Selbstmanagement-Methoden (Essprotokolle, Verhaltensanalyse, Reizkontrolle, kognitive Umstrukturierung, Stressmanagement, soziale Unterstützung) und Ansätze der Suchttherapie (Bearbeitung von Abwehrmechanismen sowie Rückfallprävention) sind bestimmend.

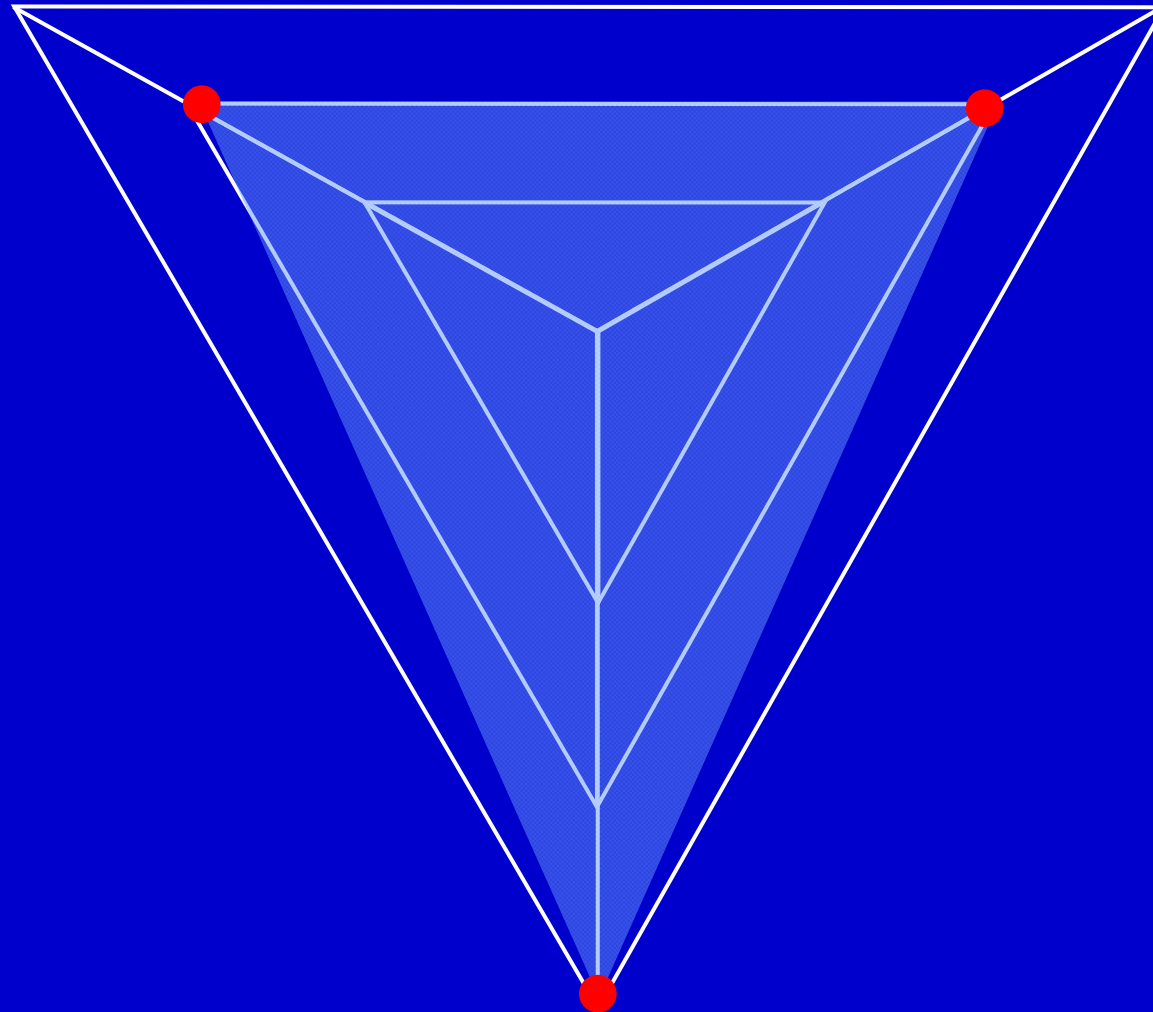
Benecke, A. (2003). Adipositas – eine therapeutische Herausforderung. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 35, 729-742.

Shaw, R. (2001). Essstörungen. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.): *Psychologische Therapie der Sucht* (S.487-502). Göttingen: Hogrefe.

GLÜCKSSPIELSUCHT

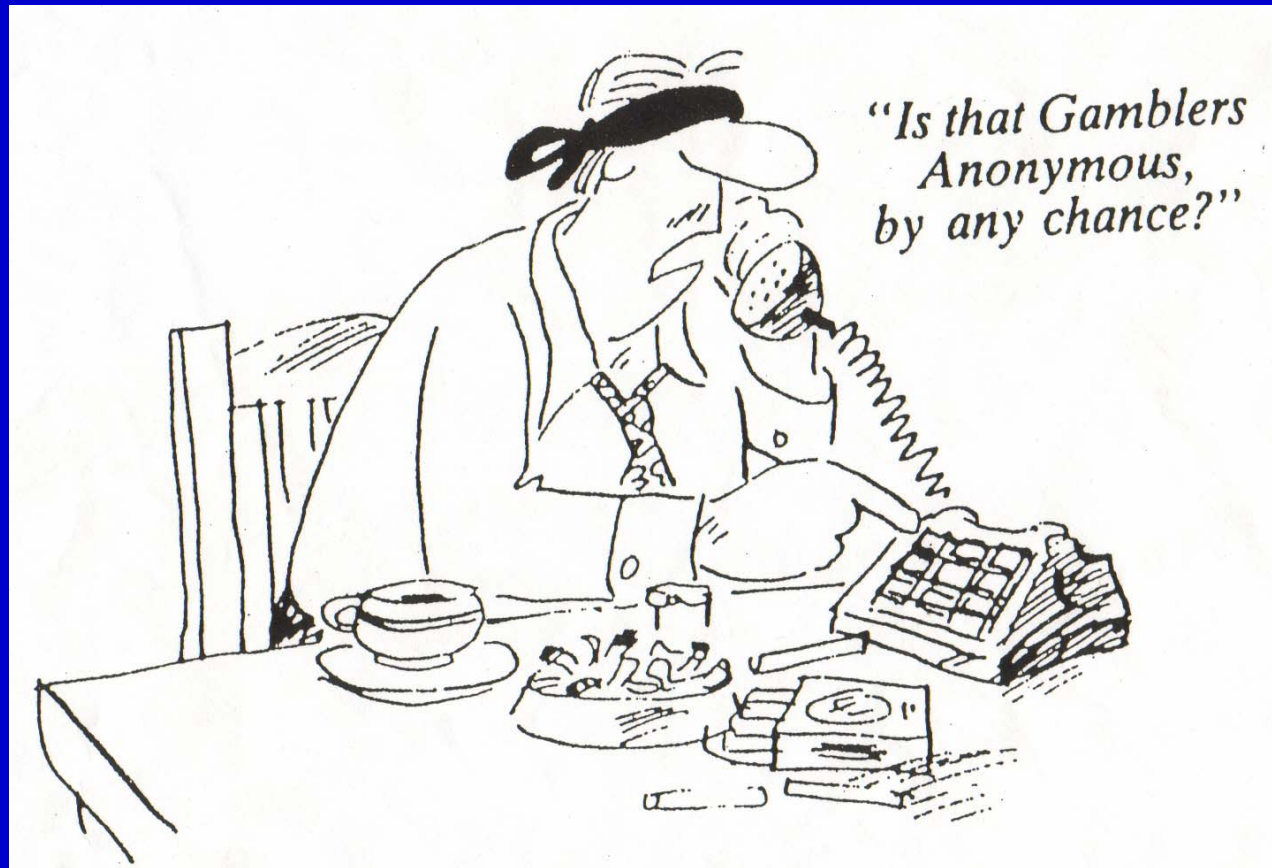
Erregung

Handlung



Soziale Normen

Glücksspielsucht



Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht kann als Paradigma einer Tätigkeitssucht angesehen werden, also einer Sucht bei der keine psychotrope Substanz beteiligt ist, aber ein intensiver Rauschzustand und ein destruktiver Suchtprozess entsteht.

Aufgrund der ausgeprägten Selbst- und Fremdschädigung (Hazardieren) und durch Infragestellung der ökonomischen Grundlagen der gesellschaftlichen Reproduktion (vgl. Protestantische Arbeitsethik) unterliegt das Glücksspielen schon seit Jahrtausenden einem strafrechtlichen Verbot, das jedoch Ausnahmen zulässt.

Glücksspielsucht

Es zeigen sich vielfältige Erscheinungsformen des pathologischen Glücksspielens: Geldautomatenspieler, Casinospieler, Legale und Illegale Karten- und Würfelspieler, Lotto- und Totosystemspieler, Sportwetter und Börsenspieler.

Die verschiedenen Varianten weisen spezifische Bedingungsgefüge auf, so dass die Betroffenen typische psychosoziale Besonderheiten aufweisen.

Es besteht ein gemeinsames, sehr charakteristisches Vulnerabilitätsprofil: Eine schwere Selbstwertproblematik mit Minderwertigkeitsgefühlen, eine Gefühlsdysregulation mit Vermeidung unangenehmer Gefühle und eine distanzierte Beziehungsbildung aus Angst vor Nähe.

Glücksspielsucht

Die symptomatische Behandlung der Glücksspielsucht ist abstinenzorientiert.

Charakteristisch ist die Bearbeitung glücksspielerspezifische Kontrollillusionen (Annahme von Gesetzmäßigkeiten in einer Zufallssituation).

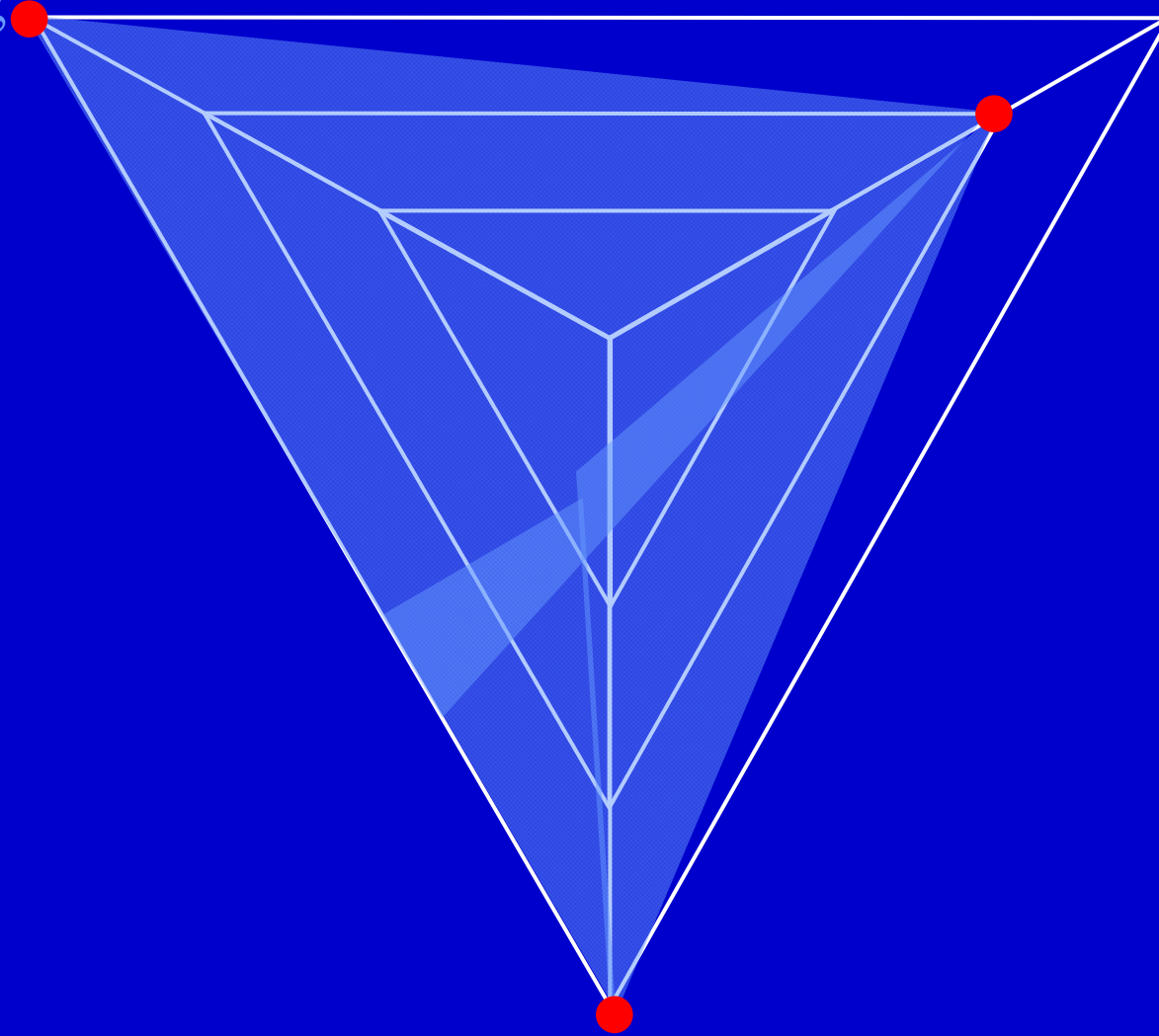
Aufgrund der hohen psychopathologischen Auffälligkeiten (vor allem Persönlichkeitsstörungen) ist eine intensive Therapie der zugrundeliegenden Selbstwert- Gefühlsregulations- und Beziehungsstörung erforderlich.

Zusätzliche Bedeutung besitzt der Abbau von Problemlösedefiziten (underachievement) und die Verbesserung des Geld- und Schuldenmanagements.

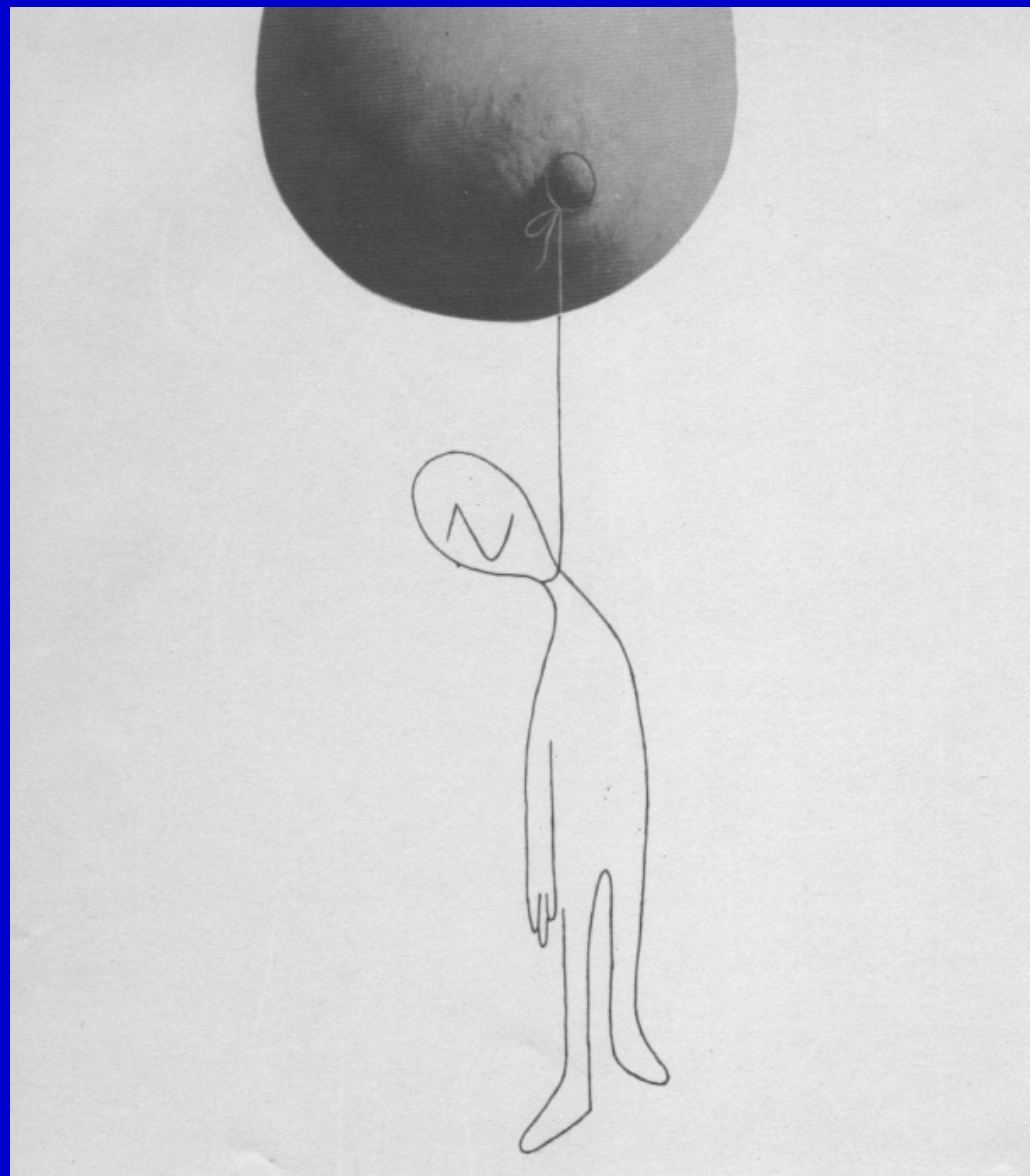
SEXZESS

Erregung

Handlung



Soziale Normen



Sexzess

Quelle: Bohumil Štěpán: Galerie.
Prag: Mladá fronta, 1968.

Sexzess

Es handelt sich um exzessives Sexualverhalten – unabhängig davon, ob es sich um verbreitete oder „abweichende“ Sexualpraktiken handelt. Die häufigsten Erscheinungsformen sind exzessive Selbstbefriedigung und häufiger Wechsel des Sexualpartners (Satyriasis / Don-Juanismus, Nymphomanie, anonyme Homosexuellenscene).

Ein besonderes Phänomen stellen sexuelle Aktivitäten im Internet (cybersex) dar, die eine große Verbreitung haben. Dies reicht von pornographischen Websites, über erotische Chatrooms bis zur gegenseitigen Beobachtung (Webcams) und den Austausch sexueller Manipulationen mittels Ganzkörperanzügen (data suit).

Roth, K. (2004). Wenn Sex süchtig macht. Berlin: Ch. Links.

Seikowski, K. (Hrsg.). (2005). Sexualität und Neue Medien. Lengerich: Pabst.

Sexzess

Auf dem Boden von traumatisierenden Erlebnissen mit starken Selbstwertproblemen dient die Sexualität dem Ausleben von Machtgefühlen oder der Flucht in eine Scheinwelt.

Im Zentrum steht die Phantasietätigkeit mit individuellen Formen der selbst bezogenen Sexualbefriedigung, die als Lüsternheit bezeichnet wird.

Die Sexualisierung aller Lebensbereiche führt zu einem Teufelskreis der Selbstabkapselung mit starken Schuld- und Schamgefühlen.

Als Folgen kommt es zu schwerwiegenden psychischen (extreme Schamgefühle mit hoher Suizidrate), gesundheitlichen (Geschlechtskrankheiten, Hepatitis, AIDS), sozialen (Ächtung und Selbsthass) und finanziellen Folgen.

Selby, H. (1984). Der Dämon. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.

Sexzess

Ziel der Therapie ist eine gesunde, begrenzte und beziehungsorientierte Sexualität.

Eine individuelle Abstinenzphase unterbricht den Teufelskreis von Exzess und Scham-/Schuldgefühlen, stärkt das Selbstwertgefühl und macht unangenehme Gefühle erlebbar. Ein neues sexuelles Verhaltensrepertoire wird nach der Ampel-Metapher (rot = verboten; gelb = gefährlich; grün = erlaubt) und den Prinzipien der Rückfallprävention (Scheinbar irrelevante Entscheidungen, Umgang mit Verlangen etc.) aufgebaut.

Ein alternativer Lebensstils (Arbeit, Freunde, Essen, Bewegung, Freizeit) und die Bearbeitung der gestörten geschlechtlichen Identität (Selbstwert, Gefühlsregulation, Beziehungsgestaltung) sind erforderlich.

Carnes, P. (1991). Don't Call it Love. New York: Bantam Books (Dt. 1992, Kösel).

Roth, K. (2004). Wenn Sex süchtig macht. Berlin: Ch. Links.

