



Leseprobe aus Ehret, Verhaltenssüchte und Impulskontrollstörungen,
ISBN 4019172101305 © 2023 Beltz Verlag, Weinheim Basel
[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/
gesamtprogramm.html?isbn=4019172101305](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=4019172101305)

Inhalt

1 Einführung	2
2 Wie kann man die Karten verwenden?	2
3 Inhaltliche Struktur	3
4 Die Karten im Überblick	7
Literatur	26
Bildnachweis	26
Über den Autor	26

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Hinweis/Disclaimer: Soweit in diesem Kartenset Personen fotografisch abgebildet sind und ihnen vom Lektorat fiktive Namen, Berufe und Ähnliches zugeordnet oder diese Personen in bestimmte Kontexte gesetzt werden, dienen diese Zuordnungen und Darstellungen ausschließlich der Veranschaulichung und dem besseren Verständnis des Inhalts.

GTIN 4019172101305

© 2023 Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Lektorat: Dr. Svenja Wahl

Herstellung, Satz: Myriam Frericks, Marah Ehret

Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen sowie Titeln finden Sie unter:

www.beltz.de

1 Einführung

Dieses Booklet ist eine Gebrauchsanweisung für die 75 Therapiekarten und richtet sich an Sie als Behandelnde. Die Problemstellungen, bei denen Sie den Patient:innen mit diesen Karten behilflich sein können, stammen aus dem Bereich der Verhaltenssuchte und der Impulskontrollstörungen. Verhaltenssuchte können als eine Teilmenge der Impulskontrollstörungen gesehen werden. Diese umfassen aber darüber hinaus seltener auftretende Verhaltensweisen und die betreffenden Patienten können auch anderen Personen Schaden zufügen. Eine größere Rolle als die Häufigkeit spielt bei beiden Störungsarten die Ein- und Auswirkung (Impact) auf das gesamte Leben der Patientinnen und Patienten. Die Kriterien und Behandlungsstrategien für Verhaltenssuchte und Impulskontrollstörungen überschneiden sich stark. Auch auf viele Verhaltensweisen, die im Bereich der forensischen Psychotherapie deliktpräventiv behandelt werden, treffen diese Kriterien zu. Alle drei Störungsklassen werden daher im Folgenden übergreifend auch als Addiktionen oder als addiktives Verhalten bezeichnet. Die Bezeichnung stammt vom lateinischen Wort »addictus«, das eine wegen Schulden oder Diebstahl versklavte Person meint und das Wesen dieser Erkrankungen gut charakterisiert.

Transdiagnostischer Einsatz. Das Leitsymptom der defizitären Impulskontrolle kommt nicht nur bei den Impulskontrollstörungen als solchen vor, sondern auch bei vielen anderen Störungsbildern. Die Karten können daher im Rahmen einer transdiagnostischen Sichtweise auch für weitere Störungsbilder, z.B. Zwangsstörungen oder neurokognitive Störungen eingesetzt werden. Diese Störungsbilder können eine ähnliche Topografie (als eine Art horizontale Makroanalyse) aufweisen, d.h., die Zusammenschau des Problemverhaltens mit konkurrierenden und kompensierenden Verhaltensweisen, mit Auslöser-Typen und Verstärker-Kontingenzen kann sich ähneln (Ehret, 2019). Da sich die empfohlenen verhaltenstherapeutischen Strategien sehr stark überschneiden, können die für die jeweiligen

spezifischen Störungsbilder entwickelten Behandlungsstrategien auch leicht auf andere Störungsbilder mit impulsivem Verhalten angewendet werden. Der Fokus liegt jedoch bei den Beispielen in diesem Set auf den Verhaltenssuchten.

2 Wie kann man die Karten verwenden?

Die auf den Therapiekarten beschriebenen Modelle und Interventionen beruhen im Wesentlichen auf der Verhaltenstherapie und der Schematherapie. Für die Verwendung der Karten sind daher Grundkenntnisse in diesen psychotherapeutischen Verfahren hilfreich. Die Karten erlauben es dann, den therapeutischen Schwerpunkt mehr auf die Verhaltenstherapie, mehr auf die Schematherapie oder idealerweise auf ein Verweben der beiden Verfahren zu legen. Je nach therapeutischem Setting können die Karten aber auch in der Beratung und im Coaching verwendet werden. Für die Selbsthilfe sind sie nur bedingt geeignet.

In der Regel werden Sie nur eine bestimmte Auswahl der Karten einsetzen. Wählen Sie für jeden Patienten bzw. jede Patientin individuell die Karten aus, die Sie als Orientierung für die Therapieplanung und -durchführung verwenden wollen. Bei der Auswahl der Karten können die Patient:innen auch mit einbezogen werden. Dies stellt insbesondere im Gruppensetting eine kreative und motivierende Strategie dar.

In der Regel betrachten Patient und Therapeutin gemeinsam die Karten. Dadurch werden das Problem und seine Lösungsmöglichkeiten nach außen geleitet, eine Befragungs- oder Verhörsituation wird vermieden und es entsteht ein partnerschaftliches Gefühl der Zusammenarbeit. Dies erlaubt eine emotionale Distanzierung von den oft schambesetzten Problemen und führt häufig zu einer korrektiven Beziehungserfahrung beim Patienten.

Die Karteninhalte bestehen aus psychoedukativem Material und aus diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen. Dazu gehören auch die verwendeten Fotos und Grafiken. Die Karten können als Anregungen für

Übungen und für Hausaufgaben verwendet werden. Zu jeder Karte werden im Booklet zusätzliche Anregungen zur Verwendung gegeben oder Informationen ergänzt, die von Ihnen, aber nicht unbedingt von den Patient:innen benötigt werden.

3 Inhaltliche Struktur

Die Gliederung der 75 Karten in 10 Module soll es Ihnen erleichtern, nach aktuellem Ziel oder Stand der Behandlung die entsprechenden Karten auszuwählen. Das Kartenset ist dabei *nicht* nach Störungsbildern gegliedert, da viele Behandlungsschritte diagnoseübergreifend identisch sind. Je nach Bedarf wählen Sie aus den Modulen Karten zur Psychoedukation, Motivation oder Interventionen aus und arbeiten mit ihnen. Im Folgenden werden die Module beschrieben. Darüber hinaus ist am Ende dieses Abschnitts tabellarisch aufgeführt, bei welchen Störungsbildern sich welche Module und Karten besonders anbieten.

HOCHSCHULINFORMATIONSTRAINING

Verpflichtungserklärung

Ich habe meine Motivation überprüf und verpflichte mich, ab dem _____ mit der Intervention _____ untätlich einzusetzen.

- meine bisher festgestellten effektiven Bewältigungsstrategien weiter zu üben
- mit dem Training von weiteren Bewältigungsstrategien im _____ am in der Zeit bis zur Abschlussprüfung meine Selbstvertrauen zu steigern
- _____ Imaginations zur Veränderung des Selbstbildes von _____ einzusetzen / zur Verfügung zu stellen
- sonstige Unterstützung durch folgende Maßnahmen abzusichern:
 - offiziellen Verpflichten und Informieren von Partner:innen, Partner:innen, Freunden und Familien, Arbeitskollegen usw.
 - Zurückgang und soziale Verstärkung von allen Seiten
 - Abstand halten zu anderen, die mit dem Problemverhalten weitermachen
 - Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Datum und Unterschrift _____

Menschen, die Hochsituationen erleben, berichten, dass den Situationen vorausgingen:

15 % zwischenmenschliche Konflikte

35 % negative affektive Zustände beim Alleinsein

20 % sozialer Druck

10 % positive affektive Zustände mit anderen

Behandlungsbeginn

Modul 1: Die eigene Situation verstehen (Psychoedukation)

Karten 1-10 • 10 Karten



Welches Verhalten ist in welchem Ausmaß und in welcher Art und Weise bei dem Patienten außer Kontrolle geraten? Eigentlich kann das jedes Verhalten sein. Warum laden aber ganz bestimmte Verhaltensweisen eher zur exzessiven Ausübung ein und andere nicht? Lerntheoretisch gesehen kann das an der schnellen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit des Verhaltens, an der Attraktivität der angestrebten Objekte bzw. am Ausmaß der Deprivation, an der Intensität der Verstärker, am Vorhandensein von Modellen oder einer Kombination dieser Faktoren liegen (Bilke-Hentsch et al., 2014). Auf den Karten 1 bis 9 wird das Gemeinsame der vielfältigen Verhaltensweisen, die im Laufe des Lebens »aus dem Ruder laufen« können, herausgearbeitet. Daraus können erste Anhaltspunkte für Therapieziele und eine differentielle Therapieplanung gewonnen werden. Es ergeben sich erste Hinweise zur Bestimmung der Ätiologie der Störung. Karte 10 beschreibt die Therapie-modelle, die sich als am effektivsten erwiesen haben.

Modul 2: Innere Anteile kennenlernen und bearbeiten (Schematherapie)

Karten 11-19 • 9 Karten



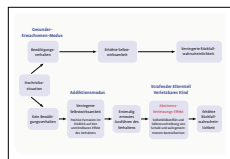
Das Therapiemodell der Schematherapie kann auf viele Verhaltenssüchte und Addiktionen angewendet werden. Die klassischen kognitiven Theorien stellen bei Rückfällen für sich allein gesehene verzerrte, irrationale oder unrealistische kognitive Schemata in den Vordergrund. Aus ihnen bilden sich kohärente Strukturen heraus, die das eigene Verhalten und das anderer Menschen erklären und vorhersagen. Wenn solche Überzeugungen einen impliziten (unbewusst ablaufenden) und rückfallfördernden Charakter haben, werden sie im forensischen Bereich als implizite Theorien bezeichnet.

Die Schemata und Modi als basale Elemente der Schematherapie haben dagegen eine andere Funktion. Die Aktivierung dieser Art von Schemata ist vor allem emotionaler und physiologischer Natur und kann in lern- und entwicklungstheoretischem Sinne in der Regel auf eine sehr frühe und vor allem vorsprachliche Zeit im Leben eines Menschen zurückgeführt werden. Die verbal-kognitiven Formulierungen sind dabei den emotionalen Reaktionen untergeordnet, die eher visuelle Erinnerungen an zumeist frühere Erlebnisse als an gegenwärtige verbale Selbstabwertungen auslösen.

In diesem Modul wird eine Auswahl der wichtigsten Elemente der Schematherapie für die Verwendung bei Addiktionen vorgestellt. Gut ergänzen kann man diese Karten mit den Karten 24 bis 27 aus Modul 3, die erlebnisorientierte Strategien der Schematherapie vorstellen.

Modul 3: Motivation nach Rückfällen finden (Verhaltensanalyse)

Karten 20-28 • 9 Karten

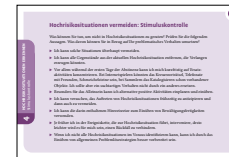


Was ist das Typische an Verhaltenssüchten und Impulskontrollstörungen? Es sind die Rückfälle! Ein Rückfall ist in der Regel kein Einzelereignis, sondern ein Prozess von Ereignissen, der sich auf der Zeitdimension entfaltet. Ein erster kleiner Rückfall nach einer längeren Abstinenzphase wächst sich erst dann zu einer Wiederkehr zur Häufigkeit und zum Muster des Auftre-

tens wie vor einer zuvor durchgeführten Behandlung aus, wenn ein Abstinenz-Verletzungs-Effekt auftritt (Karte 42). Aufgrund der Häufigkeit von Rückfällen ist es bei den hier behandelten Störungsbildern wichtig, schon früh im Therapieverlauf auf diese Thematik einzugehen. In diesem Modul sind Motivationsstrategien zusammengestellt wie sie im Rückfall-Präventions-Modell von Marlatt und Gordon (1985) und von Kellogg (2015) vorgeschlagen werden. Hier ist auch schon das engere Verweben mit dem schematherapeutischen Ansatz (Jacob & Arntz, 2015; Reusch & Valente, 2015; Valente & Reusch, 2017) möglich. Daneben werden wichtige verhaltenanalytische Strategien vorgestellt.

Modul 4: Hochrisikosituationen erkennen (Stimuluskontrolle)

Karten 29-35 • 7 Karten



In diesem Modul werden Werkzeuge zur Bearbeitung von Aufgaben und Schwierigkeiten zur Verfügung gestellt, die zumeist zu Beginn der Behandlung auftreten. Die Motivation kann damit stabilisiert, Bewältigungsfertigkeiten können erweitert und mit wichtigen Strategien des Modells der Stimuluskontrolle kann begonnen werden. Das Modell der Stimuluskontrolle ist das grundlegende verhaltenstherapeutische Modell bei der Behandlung von Addiktionen und kommt immer dann infrage,

- ▶ wenn unterschiedliche Handlungsketten zu verschiedenen Hochrisikosituationen führen,
- ▶ wenn die Hochrisikosituationen in einem bestimmten Verteilungsmuster auftreten,
- ▶ wenn die Hochrisikosituationen vermieden,
- ▶ wenn die entsprechenden Bewältigungsstrategien eingeübt und
- ▶ wenn alternative Situationen ohne extreme Reduzierung der Verstärkerbilanz hergestellt werden können.

Behandlungsverlauf

Modul 5: Mit Rückfällen und Verlangen umgehen (Stimuluskontrolle, Rückfallprävention)

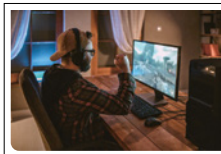
Karten 36-42 • 7 Karten



In diesem Modul werden den Patientinnen und Patienten Strategien im Umgang mit anscheinend irrelevanten Entscheidungen, mit geplanten Rückfällen, mit Verlangen, mit dem Abstinenz-Verletzungs-Effekt und mit stattgehabten Rückfällen vermittelt. Strategien des Modells der Stimuluskontrolle bzw. der Rückfallprävention können dabei mit schematherapeutischen Strategien kombiniert werden. Mit Rückfällen ist im Therapieverlauf zu rechnen! In aller Kürze ist ein möglicher Verlauf: (Mikro-)Verhaltensanalyse/Imaginationen von Rückfällen • Verpflichtungserklärung • Bewältigungsfertigkeiten und Bewältigungsimaginationen einüben • Alternativen von anscheinend irrelevanten Entscheidungen einüben • Falls extremes Verlangen auftritt: geplante Rückfälle. Falls es zum Rückfall kommt: Abstinenz-Verletzungs-Effekt bekämpfen.

Modul 6: Lernen, sich den auslösenden Reizen zu stellen (Reizexposition ohne/mit Reaktionsmanagement)

Karten 43-48 • 6 Karten



Das verhaltenstherapeutische Therapiemodell der Rückfallprävention durch Stimuluskontrolle und Training von Bewältigungsfertigkeiten kann

als alleinige Behandlung eingesetzt werden oder als anfängliche Behandlungsgrundlage dienen. Parallel dazu müssen oft spezialisiertere symptombezogene Therapiemodelle angewendet werden. Eines der wichtigsten davon ist das Modell der Reizexposition (Karten 43 bis 45). Es ist insbesondere dann heranzuziehen,

- ▶ wenn das addiktive Verhalten bisher sehr oft (hochfrequent) und ausschließlich nur (exklusiv) in einer eingegrenzten (restringierten) Situation aufgetreten ist,
- ▶ wenn diese Hochrisikosituation nicht vermieden oder entsprechende Bewältigungsstrategien nicht eingeübt werden können und
- ▶ wenn alternative Situationen ohne extreme Reduzierung der Verstärkerbilanz nicht hergestellt werden können.

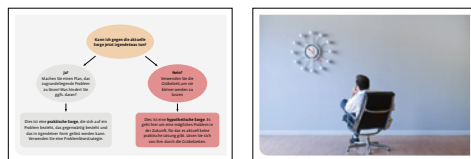
Die Reizexposition ist in der Regel die wichtigste Behandlungsstrategie für internetbezogene Addiktionen. Am effektivsten ist dabei die In-Vivo-Durchführung in der realen Hochrisikosituation (zumeist ist das die eigene Wohnung).

In diesem Kartenset geht es nicht um die Behandlung von Zwangsstörungen, aber viele addiktive Verhaltensweisen wie Horten, hypochondrische oder körperdysmorphe Störungen gehören zur Gruppe der Zwangsstörungen. Für diese stellt das auf den Karten 46 bis 47 vorgestellte Modell der Exposition mit Reaktionsmanagement oft die verhaltenstherapeutische Behandlung der Wahl dar.

Addiktive Verhaltensweisen sind nur sehr selten singuläre Ereignisse, die man in Form eines eingliedrigen SORKC-Modells darstellen kann. Oft bestehen sie aus mehreren Gliedern in einer spezifischen Reihenfolge, die man in Form von Verhaltensketten (mehreren hintereinander geschalteten SORKC-Modellen) darstellen muss. Die Symptomatik besteht dabei aus einer Verhaltenskette mit zwei bis drei Gliedern. Sie beginnt mit einer Bedrohungsseite, der möglicherweise ein addiktives Verhalten vorausgehen kann. Das Bedrohungsgefühl löst dann auf der Abwehrseite ein bestimmtes Verhalten aus. Je enger und je häufiger die Glieder der Handlungskette zusammen aufgetreten sind (bis hin zu einer 1-1-Beziehung), desto mehr wird das addiktive Verhalten gezeigt.

Modul 7: Sorgen und Grübeln reduzieren (Vermeidungsbezogene mentale Prozesse)

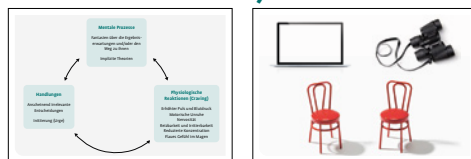
Karten 49-57 • 9 Karten



Bei einigen Verhaltenssüchten und Impulskontrollstörungen dominieren Sorgen, Metasorgen (Sorgen über Sorgen) oder Grübeln das Störungsbild extrem und können auch einen addiktiven Charakter erlangen. Dann muss ihr Auftretensmuster zuerst reduziert oder verändert werden, bevor andere behaviorale oder schematherapeutische Strategien effektiv eingesetzt werden können. Es geht daher anfänglich nicht so sehr um den Inhalt als um das Auftretensmuster der mentalen Prozesse. Entsprechende Strategien werden in diesem Modul vorgestellt.

Modul 8: Deliktrelevante Fantasien bearbeiten (Annäherungsbezogene mentale Prozesse)

Karten 58-62 • 5 Karten



Die Behandlung annäherungsbezogener mentaler Prozesse ist häufig bei Patienten aus dem forensischen Bereich erforderlich. So entwickeln sich problematische sexuelle Fantasien oft aus unproblematischen sexuellen Vorstellungen. Werden die sexuell geprägten Vorstellungen häufig abgerufen, entsteht ein Skript. Die Fantasie wird zu einer dynamischen (manchmal filmartigen) Geschichte, die sich mit der Zeit verändert. So kann es zu einer immer problematischeren sexuell geprägten Vorstellung kommen. Die Indikation für die Behandlung ist in der Regel erst dann gegeben, wenn

die Kriterien für eine sexuelle Hochrisikofantasie (Karte 61) bzw. für deliktrelevante Fantasien erfüllt sind. Eine Kombination aus Imaginationstechniken und achtsamkeitsbasierten Techniken wird mittlerweile als am sinnvollsten angesehen. Entsprechende Strategien werden in diesem Modul vorgestellt.

Modul 9: Unterbrechen eingefahrener Abläufe (Verhaltensketten-Unterbrechung)

Karten 63-66 • 4 Karten



Aus juristischen und ethischen Gründen sollte bei bestimmten deliktrelevanten Störungsbildern das Rückfallrisiko möglichst schnell reduziert werden. Ein Rückfall würde schnell zu juristischen Konsequenzen führen. Die Behandlungstechnik selbst sollte anfänglich in Imaginationenform durchgeführt werden. In diesem Modul werden Strategien zur Unterbrechung von Verhaltens- bzw. Handlungsketten vorgestellt.

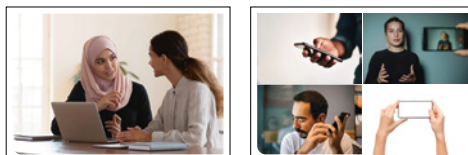
Die Anwendung dieses Therapiemodells ist insbesondere dann indiziert, wenn das Verhalten aus einer überwiegend von außen beobachtbaren Handlungskette mit vielen Gliedern besteht. Die Handlungskette kann bis zu ihrer Vollendung mehrere Stunden oder Tage umfassen, wobei es auch zu längeren Verzögerungen zwischen den Gliedern kommen kann. Der Beginn ist oft schleichend und der Ablauf ist automatisiert. Auch mögliche begleitende periphere psychophysiologische Erregungen, anscheinend irrelevant erscheinende Entscheidungen und/oder unrealistische Überzeugungen aus impliziten Theorien werden oft nicht bewusst.

Die Handlungskette kann in multiplen situativen Settings auftreten. Es sollte aber möglich sein, eine mehr oder weniger repräsentative Handlungskette herauszuarbeiten. Diese sollte bisher schon mittel- bis hochfrequent (mindestens 20- bis 30-mal) aufgetreten sein. Die durchschnittliche

Auftretenshäufigkeit liegt bei ca. einmal pro Woche. Bei Unterbrechung besteht ein Bedürfnis nach Komplettierung der Handlungskette.

Modul 10: Lernen am eigenen Modell (Einsatz von Videoaufnahmen)

Karten 67-75 • 9 Karten



Das Arbeiten mit dem Videofeedback beschleunigt die direkten verhaltenstherapeutischen Therapieeffekte und die Generalisierung deutlich. Oft ist es die letzte Lösung, wenn alle andere Therapiestrategien längerfristig wirkungslos geblieben sind. Auf den Karten 67 bis 75 werden unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten vorgestellt. Die Anwendung dieses Therapiemodells ist insbesondere dann indiziert,

- ▶ wenn das Verhalten (oder die Verhaltenskette) einen deutlich beobachtbaren behavioral-motorischen und/oder einen sprachlich-expressiven Charakter hat,
- ▶ wenn mentale Prozesse bei den Störungsbildern (wie z.B. bei Störungen der neuronalen oder der mentalen Entwicklung) eine untergeordnete Rolle spielen,
- ▶ wenn das Verhalten bisher resistent gegenüber traditionellen Interventionen war,
- ▶ wenn das Verhalten einen iterativen Charakter hat und/oder
- ▶ wenn das Verhalten chronifiziert (schon lange und in hoher Anzahl aufgetreten) und extrem automatisiert ist. Iteratives Verhalten ist durch eine hohe Anzahl von Wiederholungen gekennzeichnet. Das Verhalten wird eher von Unruhe oder von Spannungsgefühlen als von kontrastreich oder prägnant erlebten Gefühlen ausgelöst oder begleitet. Informatives und instruktives Feedback ist wichtiger als Belohnungen oder Bestrafungen im engeren Sinne.

Bei welchem Störungsbild verwende ich welche Karten und Module?

Verhaltenssuchte und Impulskontrollstörungen	Modul	Spezifische Karten
Deliktrelevante Fantasien	1-4, 5, 8, 9	9, 14, 30, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66
Exzessives/zwanghaftes Sexualverhalten, Paraphilie	1-10	9, 11, 14, 30, 35, 38, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66
Exzessives Sorgenmachen	1-4, 7	
Intermittierend explosives Verhalten	1-4, 8, 9, 10	9, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75
Kaufsucht	1-4, 5, 6, 7, 9	9, 14, 21, 23, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 67
Motorische Störungen und Tics	1-4, 10	9, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75
Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)	1-4, 7, 9	9, 49, 63, 64, 65, 66
Pathologische Eifersucht, Stalking	1-4, 6, 7	9, 46, 47, 48, 49
Pathologisches Spielen (Glücksspielen, Gaming Disorder, Intersucht)	1-4, 6, 7, 9	5, 8, 9, 14, 20, 35, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 63, 64, 65, 66
Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)	1-4, 6, 7, 9	9, 43, 44, 49, 63, 64, 65, 66
Selbststimulierungen und -verletzungen wie Trichotillomanie (Haarausreißen), Haut verletzen, Fingernägel kauen	1-4, 10	9, 67, 68, 69, 79, 71, 72, 73, 74, 75
Zwanghaftes Sammeln/Horten	1-4, 7, 10	9, 14, 49, 67, 73, 74, 75

Welche Verhaltensweisen können aus dem Ruder laufen?

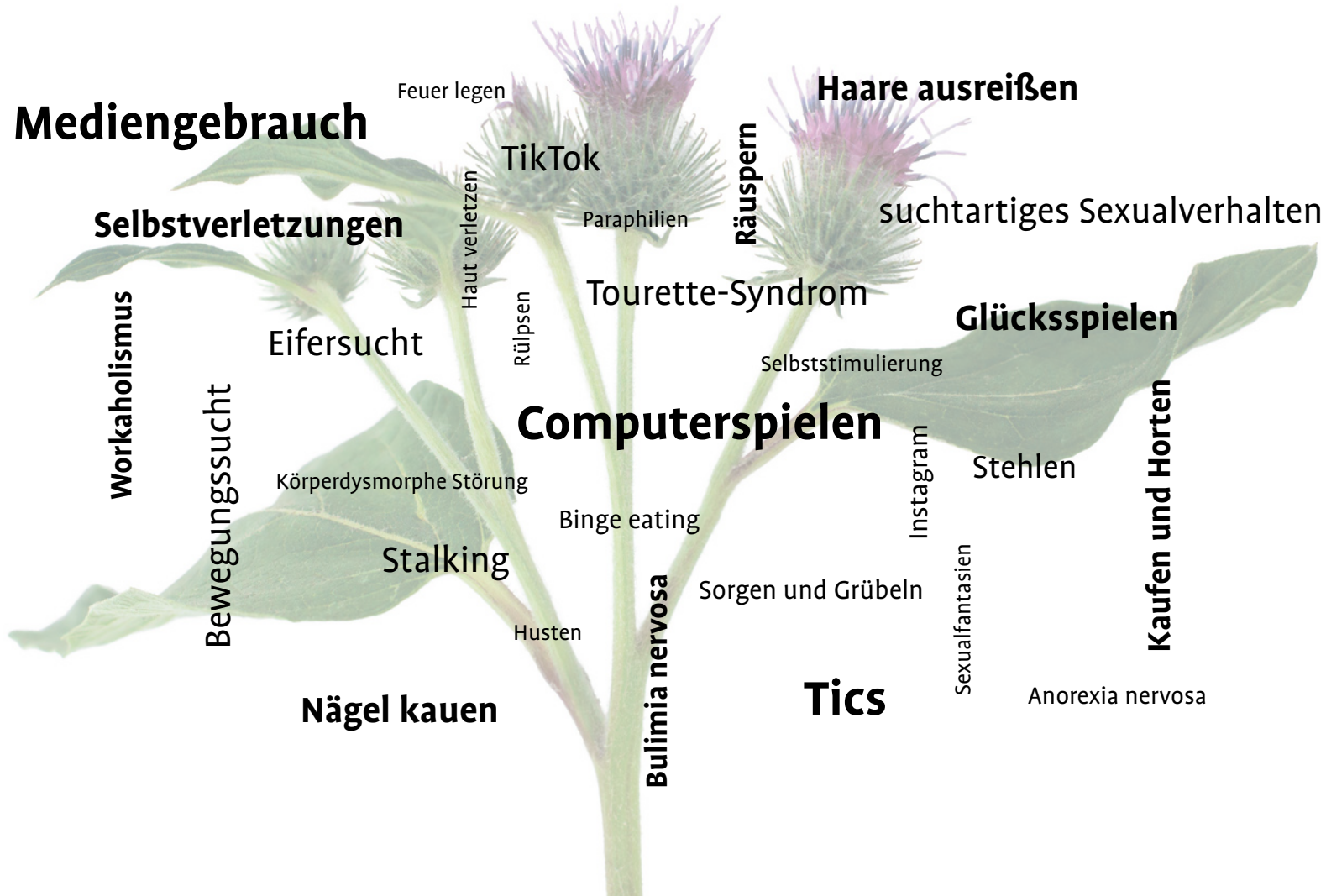
- ▶ Viele alltägliche Verhaltensweisen, exzessive Hobbys oder Leidenschaften können aus dem Ruder laufen und uns viel Zeit, Geld und Liebe rauben, obwohl wir sie eigentlich sehr schätzen. Dann sind sie wie Disteln mit Kletten. Auf der Wiese sind sie schön. Aber wenn sie an uns haften, sind sie lästig und nur schwer wieder zu entfernen. Dann kann man sie als Verhaltenssuchte oder Addiktionen bezeichnen.

Die Bezeichnung Addiktion stammt vom lateinischen Wort »addictus« ab, das im alten Rom eine wegen Schulden oder Diebstahl versklavte Person meinte.

- ▶ **Fällt Ihnen noch eine Leidenschaft ein?**

Wo findet sie statt? Auf was bezieht sie sich? In der realen Welt, d.h. zuhause, in Geschäften, vor dem Kühlschrank, in Spielhallen oder Kasinos, in Parks, in Sportstätten, im Pkw? In klassischen Medien wie in Druckerzeugnissen, auf CDs, in Filmen oder im Fernsehen? In Offline-Medien wie auf dem Smartphone, im Computer oder in Spielekonsolen? In den Online-Medien (Internet)?

- ▶ Was und wie ist es bei Ihnen? Welches Verhalten läuft aus dem Ruder? Schreiben Sie es auf!



Häufige Kindheitserfahrungen bei Menschen mit Verhaltenssüchten

Wenn in Ihrer Kindheit und Jugend Ihre Bindungen zu den betreuenden Personen nicht sicher und nicht versorgend genug waren und wenn es für Sie keine stabilen unterstützenden Umwelten gab, dann sind bei Ihnen wahrscheinlich wichtige emotionale Grundbedürfnisse nicht befriedigt worden.

Welche »vergiftenden« Lebenserfahrungen mit den entsprechenden schmerzhaften Gefühlen haben Sie gemacht?

- fehlende positive Erlebnisse (z.B. zu wenig Stabilität oder Zuwendung)
- Übermaß an bestimmten Erlebnissen (z.B. zu viel Nähe, zu viel Verstrickung, zu strenge Grenzen)
- Misshandlungen oder Traumatisierungen
- Identifikation mit wichtigen Personen und der Verinnerlichung ihrer Emotionen, Ansichten oder Haltungen

Unter diesen Bedingungen entstehen häufig leidvolle persönliche Muster von Gedanken und Gefühlen. Mit der Zeit entwickeln sich daraus verschiedene innere Teile, die diese Belastungen ausgleichen sollen. Diese ausgleichenden Teile des Selbst versuchen dann später, in gewissem Maße die nicht-erfüllten emotionalen Grundbedürfnisse zu ersetzen.

Die Umwelt, in der Sie aufgewachsen sind, und Ihre verantwortlich erziehenden Personen waren dann die Modelle für die Auswahl Ihrer Ersatzaktivitäten (z.B. Spielen, Sexualität, Drogen, Alkohol, Kaufen, Essen).

Wie war das in Ihrer Kindheit?



Welche Therapiemodelle kommen für Sie in Frage?

Welche Behandlung bietet sich für Sie an? Das hängt von den Ursachen und Formen Ihres problematischen Verhaltens und der Art und Vielfaltigkeit der auslösenden Situationen ab.

Sind in Ihrer Kindheit viele emotionale Grundbedürfnisse nicht erfüllt worden und ist dabei Ihr problematisches Verhalten entstanden?

➔ Schematherapie

Gibt es viele unterschiedliche Auslösesituationen für Ihr Problemverhalten?

➔ Stimuluskontrolle und Bewältigungsfertigkeiten

Besteht nur eine einzige Auslösesituation?

➔ Reizexposition

Besteht Ihr Problemverhalten aus zwei bis drei Elementen, etwa einer Verlangenseite, einer Bedrohungsseite und einer Abwehrseite?

➔ Exposition und Reaktionsmanagement

Sind überwiegend Gedanken, z.B. Sorgen und Grübeln, das Problem?

➔ Gedanken- oder Fantasie-Management

Besteht das problematische Verhalten aus vielen Gliedern einer Verhaltenskette und ist deren Unterbrechung das Problem?

➔ Verhaltensketten-Unterbrechung

Sind kurze und schnelle motorische Handlungen in hoher Häufigkeit das Problem?

➔ Sich selbst videogestützt bei der Durchführung eines unzuvereinbarenden Verhaltens sehen

Stehen eher Wiederholungen und nicht so sehr Gefühle im Vordergrund?

➔ Sich selbst videogestützt bei der Verwendung von besseren Selbstinstruktionen sehen

Wie würden Sie Ihr Problemverhalten beschreiben? Wo liegen Ihre Schwierigkeiten hauptsächlich? Welche Erfahrungen haben Sie mit auslösenden Situationen gemacht?

Was kann ich nach dem Rückfall tun?

In den meisten Fällen ist ein einzelner kleiner Rückfall noch keine Katastrophe. Solange Sie nicht andauernd das addictive Verhalten ausführen, besteht weiterhin erneut Abstinenz. Nutzen Sie diesen einzelnen Rückfall vielmehr als eine Gelegenheit für Verstehen und korrekatives Lernen.

Führen Sie eine (Mikro-)Verhaltensanalyse durch. Ihr Therapeut befragt Sie dazu über den Rückfall oder leitet eine Imagination an. Folgende Fragen sollten Sie danach für sich beantworten können:

- ▶ War das Verlangen und/oder die Symptome des Kontrollverlustes zu stark?
- ▶ War die Motivation zu gering?
- ▶ Waren Ihre Bewältigungsfertigkeiten nicht geeignet?
- ▶ Haben Sie sich in den ersten 6 Monaten nach einer spezifischen Behandlung befunden? (70-80 Prozent der Rückfälle finden in diesem Zeitraum statt.)
- ▶ War der Rückfall ein Ereignis, das Sie eher auf externe, besondere, einzigartige oder unkontrollierbare Faktoren zurückführen können?

Falls diese Faktoren alle **nicht** zutreffen, versuchen Sie,

- ▶ dem Abstinenz-Verletzungs-Effekt entgegenzuwirken,
- ▶ für die anscheinend irrelevanten Entscheidungen alternative Verhaltensweisen herauszuarbeiten und diese in Imaginationen oder in Dialogen auf Stühlen einzuüben,
- ▶ angeleitet durch Ihre Therapeutin einen Stühle-Dialog zwischen dem Addiktionsmodus und dem Modus des gesunden Erwachsenen über den Rückfall durchzuführen.

Beispiel Internetsucht: Durchführung einer Reizexposition

Stellen Sie sich vor, wie Sie in Anwesenheit Ihres Therapeuten Ihren PC hochfahren und wie Sie sich kurz vor dem Anklicken Ihres Lieblingsportales befinden. Der Therapeut würde dabei verhindern, dass Sie weiterklicken.

- ▶ Wie geht es jetzt weiter?
- ▶ Welche körperlichen Symptome bemerken Sie an sich?
- ▶ Welche Gedanken oder Fantasien entstehen?
- ▶ Wie entwickelt sich Ihr Wunsch weiterzuklicken?

Wenn Sie etwaige Aktivierungen der Modi der Addiktion, des strafenden Elternteils oder des gesunden Erwachsenen bemerken, schauen Sie diese ebenfalls ganz genau an, ohne sie zu verändern.

Wenn Sie möchten, führen Sie an dieser Stelle mithilfe des Therapeuten mit dem Addiktionsmodus und dem Gesunden-Erwachsenen-Modus einen Dialog auf Stühlen durch.

Können Sie sich vorstellen, wie sich Ihr Impuls weiterzuklicken reduziert?

Teufelskreis der Sorgen

- ▶ **Sich aufdrängende Gedanken:** Regelmäßiges, der Situation nicht angepasstes negatives Denken kann sprachlich oder bildhaft-szenisch (Bilder und Imaginationen) sein oder eine Kombination aus beidem. Oft drängen sich solche Gedanken gegen unseren ausdrücklichen Willen auf, obwohl wir versuchen, sie nicht zu denken. Dann haben sie schon für sich allein gesehen einen impulsiven Charakter.
- ▶ **Form:** Solche sich aufdrängenden vermeidungsbezogenen gedanklichen Ereignisse treten oft als Grübeln, Sorgen und Fantasien mit angsterhöhendem und/oder angstreduzierendem Inhalt auf.
- ▶ **Inhalt:** Häufig beschäftigen sich die Gedanken mit angstreduzierendem Inhalt mit addiktiven Verhaltensweisen wie Spielen oder zwanghafter Sexualität.
- ▶ **Teufelskreis:** Diese gedanklichen Prozesse treten oft in einer Art Teufelskreis von Sorgen, körperlichen Symptomen und angstreduzierendem oder addiktivem Verhalten auf. Oft wechseln sich dabei die Themen ab oder treten in Themenketten in der gesamten Zeit, in der man wach ist, auf. Das Vermeidungsverhalten ist dabei eher passiv, d.h. man versucht, nicht an den Sorgeninhalt zu denken.

Welche Ihrer Gedanken haben solch einen Charakter und lösen Vermeidungsgedanken oder Vermeidungsverhalten aus?

