

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 44 (2018)
Heft: 2

Artikel: Behandlung von Verhaltenssüchten
Autor: Wölfling, Klaus
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800933>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 31.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Behandlung von Verhaltenssüchten

Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltenssüchten sind insbesondere durch zugrundeliegende Lernmechanismen erklärbar, weshalb die Behandlung der Störungsbilder in der Regel auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen beruht. Aufgrund der grossen Ähnlichkeit zu substanzgebundenen Suchterkrankungen werden in der Verhaltenssuchttherapie viele therapeutische Techniken eingesetzt, die sich bereits in der klassischen Suchtbehandlung bewährt haben. Typische Elemente sind dabei der Motivationsaufbau, Ziel- und Verhaltensanalysen, Konfrontationstechniken sowie Copingstrategien und Rückfallprophylaxe. Kernziel der Therapie von Verhaltenssüchten ist es, eine Abstinenz vom problembezogenen Verhalten zu etablieren und diese auch nach Ende der Behandlung aufrechtzuerhalten. Wichtig ist dabei, zuvor gemeinsam mit den PatientInnen zu analysieren, welches Verhalten (z. B. Computerspielverhalten, chatten, oder Pornographiekonsum) mit dem Suchtverhalten verknüpft ist.

Klaus Wölfling

Dr.sc. hum., Ambulanz für Spielsucht, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Untere Zahlbacher Str. 8, D-55131 Mainz, +49 (0) 6131 176147, woelfling@uni-mainz.de

Schlagwörter: Verhaltenstherapie | Internetsucht | Glücksspielsucht | Abstinenzerrreichung | Verhaltensanalyse |

Einleitung

Die Behandlung von Verhaltenssüchten basiert weitestgehend auf einem lerntheoretisch orientierten Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchterkrankungen, das drei psychologische Lernmechanismen beinhaltet, die auch bei den substanzgebundenen Süchten eine zentrale Rolle spielen: Bei der Verhaltenssucht werden durch die Ausführung von suchtbezogenem Verhalten bei den Betroffenen positive Gefühle und physiologische Reaktionen ausgelöst, wobei parallel unangenehme Emotionen verdrängt werden können. Es wird angenommen, dass durch das Reiz-Reaktions-Lernen im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung eine enge Assoziation zwischen den positiv erlebten Emotionen (z. B. Spannungsreduktion) und individuellen suchtbezogenen Hinweisreizen (z. B. Anblick eines Spielautomaten) geknüpft wird. Des Weiteren wird angenommen, dass die negativ bzw. positiv verstärkenden Suchtmittelleffekte die Auftrittswahrscheinlichkeit des spezifischen Suchtverhaltens entsprechend einer operanten Konditionierung erhöhen. Durch besonders erregende und gleichzeitig belohnende Verhaltensmomente (z. B. das Erreichen eines neuen Levels im Computerspiel) kommt es zudem zu einer vermehrten Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin, der eine wichtige Rolle im körpereigenen Belohnungssystem einnimmt und bei den Betroffenen das Lustempfinden moduliert.

Mit zunehmendem Spielkonsum wird das dopaminerge Belohnungssystem schrittweise gegenüber verhaltenssuchtspezifischen Hinweisreizen sensitiviert, wodurch die Aufmerksamkeit und das persönliche Verlangen verstärkt auf die verhaltenssuchtrelevanten Reize ausgerichtet werden. Dieser dritte Lernprozess wird als

Neuroadaptation bezeichnet. Durch die permanente Überstimulation des Belohnungssystems kann das System mit der Zeit «unempfindlicher» gegenüber den ursprünglichen erregenden Verhaltensmomenten werden, sodass das Suchtverhalten stetig intensiviert werden muss, um eine entsprechende Wirkung zu erzielen. Aufgrund der hier beschriebenen Lernmechanismen, werden bei der Behandlung von Verhaltenssüchten in der Regel überwiegend kognitiv-behavioral geprägte Therapieansätze gewählt, mit dem Ziel, diese gelernten Verknüpfungen abzuschwächen.

Internetsucht

Zentrales Element der Therapie der Internetsucht ist die Identifikation von Gefühlen, auslösenden Situationen und Gedanken,¹ die das Onlinenutzungsverhalten begleiten. Oftmals wird dabei deutlich, dass bei den Betroffenen eine deutlich eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit für eigene Gedanken und Gefühle besteht. Diese Einschränkung kann einerseits eine Folge der Suchterkrankung sein, andererseits kann sie aber auch einen vorbestehenden Risikofaktor für Internetsucht darstellen.² Um die Wahrnehmung der eigenen intrapsychischen Zustände zu verbessern, können beispielsweise Techniken der Emotionsdiskrimination zum Einsatz kommen. Die Identifikation von Faktoren, die zum Verlangen nach dem jeweiligen Internetkonsum beitragen, sollte generell im Mittelpunkt der Therapie stehen.

Da Internetsucht häufig durch eine hohe Ambivalenz der Betroffenen gegenüber neuem Verhalten gekennzeichnet ist, wie dies auch bei anderen Abhängigkeitserkrankungen gut beobachtet werden kann, sollte bei Therapiebeginn ein Schwerpunkt auf den Aufbau von Änderungsbereitschaft gelegt werden. Als besonders vielversprechend gilt hier die motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick, bei der die aktuellen sowie möglicherweise zukünftigen Ambivalenzen der PatientInnen gezielt aufgegriffen werden und in diesem Zusammenhang ebenfalls ihr Selbstwirksamkeitserleben gefördert wird. Neben der motivierenden Gesprächsführung haben sich auch andere Massnahmen wie Kosten-Nutzen-Analysen oder Imaginationsübungen in Bezug auf ein Leben mit und ohne

suchtartige Internetnutzung in der klinischen Praxis bewährt. Motivationssteigernd wirkt auch die Definition eindeutiger Therapieziele, sowie die Erarbeitung erster Strategien, um diese Ziele zu erreichen. Wichtig ist es, darauf zu achten, dass die Ziele realistisch und gut erreichbar sind. Übergeordnete Ziele sollten deshalb in erreichbare Nah- und Teilziele aufgeteilt werden. Es empfiehlt sich, an einem frühen Punkt der Intervention eindeutige Ziele mit dem Patienten/der Patientin festzulegen und erste Strategien zu erarbeiten, die zum Erreichen des Ziels wichtig sind. Die PatientInnen erhalten so einen Überblick über die Therapie und ein konkretes Ergebnis vor Augen, auf das sie hinarbeiten können. Obwohl bei den Betroffenen zu Beginn der Behandlung nicht selten der Wunsch nach einer kontrollierten Nutzung besteht, sollte als übergeordnetes Therapieziel dennoch die vollständige Abstinenz von den problematisch genutzten Internetanwendungen (wie z.B. dem Computerspielverhalten) angestrebt werden, da auch bei kontrollierter Nutzung immer das Risiko einer suchtartigen Entgleisung bestehen bleiben würde. Eine vollständige und undifferenzierte Abstinenz vom Internet ist aber nicht nötig und in der Realität auch kaum umzusetzen (z.B. durch die Notwendigkeit des Internetgebrauchs in Arbeit oder Schule), kann aber als vorübergehender Zustand von Vorteil sein, um den Aufbau alternativer Verhaltensweisen sowie deren Integration in den Alltag zu erleichtern.

Analysen des Suchtverhaltens durch angeleitete Selbstbeobachtung

Um die angeleitete Selbstbeobachtung zu fördern, führen die PatientInnen über Wochen ein «Wochenprotokoll» über ihr erlebtes Verlangen, online zu sein, sowie ihr konkretes Onlineverhalten. Durch die Beobachtung und Aufzeichnung des bisher automatisiert ablaufenden Verhaltens werden die aktuell auslösenden externen und internen Bedingungen der dysfunktionalen PC-Nutzung sowie der damit verbundenen suchtspezifischen Grundannahmen und Erlaubnis erteilenden Gedanken identifiziert. Diese Verhaltensanalysen basieren in der Regel auf dem SORKC-Schema³ und bilden die Grundlage, um Strategien zur Abstinenzerrreichung und -erhaltung und zur Rückfallprophylaxe zu entwerfen.⁴

Durch die Auswertung dieser Protokolle kann ein Modell zum individuellen Bedingungsgefüge erstellt werden, das die Entstehung des Suchtverhaltens ganz oder zumindest in Teilen trans-

parent für PatientInnen und TherapeutInnen macht.⁶ Die damit verbundene Einnahme einer Meta-Perspektive erzeugt zudem eine Distanzierung vom eigenen Erleben und führt zu einer Stärkung der Selbststeuerungsfähigkeit. Ausserdem werden durch die Erkenntnis, dass Situationen auftreten, in denen zwar starkes Verlangen nach der Ausführung des dysfunktionalen Verhaltens besteht, dieses aber erfolgreich von den Betroffenen unterbunden werden kann, mögliche Copingstrategien identifiziert und die Selbstwirksamkeitserfahrung der PatientInnen gesteigert. Nicht selten kommt es allein durch die Protokollierung des eigenen Onlineverhaltens zu einer deutlichen Reduktion der Internetnutzung bei den Betroffenen. Im weiteren Therapieverlauf sollten Strategien des kognitiven Umstrukturierens angewandt werden, um dysfunktionale Gedanken (z.B. «Nur im Onlinespiel kann ich ein Held sein») und Erwartungen («Nur über die Leistung im Onlinespiel werde ich von anderen wahrgenommen und respektiert») hinsichtlich des Internetkonsums in funktionale Annahmen und Reaktionen umzuwandeln. Einige AutorInnen⁷ empfehlen, an diesem Punkt der Therapie Techniken zur Emotionsregulation und Stressbewältigung einzusetzen. Unterstützend können zusätzlich psychoedukative Elemente in den Behandlungsablauf integriert werden. Die dabei vermittelten Informationen zum Krankheitsbild können ein tiefergehendes Verständnis der basalen Wirkmechanismen schaffen und zugleich ein umfassendes Problembewusstsein etablieren, sodass die Ich-Syntonie des Problemverhaltens sinkt (also die Reduktion der Überzeugung, dass das Suchtverhalten zur Person der Betroffenen gehört). Darüber hinaus sollte insbesondere bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen auch das familiäre Netz in den Behandlungsprozess eingebunden werden.⁸ Durch die Vermittlung von Wissen hinsichtlich internetsüchtigen Verhaltens kann z.B. die pädagogische Kompetenz der Eltern erhöht und zudem die Medienerziehung verbessert werden.⁹ Des Weiteren finden sich in Familien von jugendlichen Betroffenen häufig hoch dysfunktionale familiäre Kommunikationsmuster, die einer Suchtentwicklung zuträglich sind (z.B. häufige Konflikte).¹⁰ Oftmals kann ein solches dysfunktionales Kommunikationsmuster nur dann erfolgreich bearbeitet werden, wenn das gesamte Familiensystem in die Therapie mit einbezogen wird.

Ein stabiles und informiertes soziales Umfeld ist ausserdem eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Übertragung der therapeutischen Techniken auf den Alltag der PatientInnen. Ein

Situation	Gedanken	Situation	Körper	Verlangen	Spiel-/ Nutzungsdauer (min)

Abb 1: **Schema Wochenprotokoll.**⁵

zusätzlicher Aspekt, der Interventionsangebote mit Einbeziehung der Angehörigen wünschenswert macht, ist das bezüglich Internetsucht noch nicht systematisch untersuchte Phänomen co-abhängigen Verhaltens seitens der Eltern, wie es von klassischen Suchterkrankungen bekannt ist.¹¹ Unter diesen Gesichtspunkten ist es durchaus naheliegend, dass sich systemische Therapieansätze auch bei Internetsucht als wirkungsvoll erweisen könnten.¹² Allerdings gibt es derzeit noch keine gesicherten Befunde zur Wirksamkeit entsprechender Beratungsangebote. Als sinnvolle Ergänzung können auch bestimmte Expositionstechniken eingesetzt werden, die den therapeutischen Effekt bei Internetsucht verstärken.¹³ Im Rahmen der Expositionsbehandlung werden die PatientInnen schrittweise mit Situationen konfrontiert, die das Verlangen nach der Ausführung des problematischen Verhaltens in der Vergangenheit ausgelöst und gesteigert haben. In der Regel wird mit einer Konfrontation auf imaginärer Ebene begonnen (z. B. mit der Vorstellung, eine Webseite zu öffnen), die dann im späteren Verlauf der Therapie auch in vivo (z. B. tatsächliches Öffnen der Webseite) erfolgt. Die Exposition sollte unter therapeutischer Anleitung und Begleitung stattfinden, wobei unbedingt darauf geachtet werden sollte, dass der Betroffene das Problemverhalten aktiv ausführt oder die belastende Situation verlässt, bevor das Verlangen nachgelassen hat. Während der Exposition schätzen die PatientInnen die Stärke ihres Suchtverhaltens ein und schildern ihre aufkommenden Gedanken und Gefühle. Bewusst zu erleben, dass in der Situation Verlangen erzeugt wird, dieses ansteigt aber im Verlauf sukzessive schwächer wird, ist Hintergrund der Expositionsbehandlung und soll die im Laufe der Erkrankung erlernte Reiz-Reaktionsverbindung abschwächen.¹⁴

In zahlreichen Studien konnte ausserdem gezeigt werden, dass das Störungsbild Internet- und Computerspielsucht eine vergleichsweise hohe Komorbiditätsrate aufweist.¹⁵ Deshalb empfiehlt es sich, bei der Behandlung von Internet- und Computerspielsucht zunächst die Wirkzusammenhänge zwischen Internetsucht und komorbiden psychischen Störungen, sowie deren zeitliche Abfolge zu erfassen. So ist es durchaus möglich, dass eine andere psychische Störung der übermässigen Internetnutzung zugrunde liegt und diese als Folge der anderen Störung angesehen werden kann. Im Falle einer sozialen Phobie könnte das Internet beispielsweise die Möglichkeit bieten, sozialen Kontakt durch die Anonymität der virtuellen Welt zu erleichtern und somit den zum Teil als bedrohlich oder beängstigend wahrgenommenen Beziehungsaufbau von Angesicht zu Angesicht aktiv zu vermeiden. Handelt es sich um besonders stark ausgeprägte komorbide Störungsbilder wie z. B. eine schwerwiegende Depression, so ist eine ambulante psychotherapeutische Behandlung meist nicht mehr indiziert. Vielmehr sollte dann eine stationäre Überweisung oder eine medikamentöse Behandlung der PatientInnen in Betracht gezogen werden. Im Rahmen von sozialen Kompetenz- und Selbstsicherheitstrainings kann ausserdem eine indikative Behandlung von sozialer Unsicherheit erfolgen, die ein aufrechterhaltender Faktor für Internetsucht sein kann. Auch Techniken zur therapeutischen Bearbeitung von Prokrastinationstendenzen (Tendenz zum Aufschieben von Aufgaben) können hilfreich sein, da Internetsucht häufig mit Defiziten im Bereich des Zeitmanagements, der Selbstregulation und der Zielplanungskompetenz einhergeht.¹⁶

Pathologisches Glücksspiel

Auch bei der Behandlung von Glücksspielsucht wird insbesondere auf kognitiv-behaviorale Therapieansätze zurückgegriffen. Die zentralen Ziele sind dabei Abstinenz, Rückfallprävention und langfristige Stabilisierung des psychosozialen Funktionsniveaus der PatientInnen. Die Therapie von pathologischem Glücksspiel wird häufig im ambulanten Setting durchgeführt. Dabei kommen sowohl Gruppensitzungen, als auch begleitende Einzelgespräche zum Einsatz. Ähnlich wie bei der Therapie der Internetsucht

werden unterschiedliche kognitiv strukturierende Module, wie beispielsweise Problemlösetrainings (einschliesslich Geld- und Schuldenmanagement), Aufbau alternativer Verhaltensmuster und Fertigkeiten, Training sozialer Fertigkeiten und konkretes Rückfallprophylaxetraining angewendet. Ein wichtiges Element vieler therapeutischer Programme ist auch hier die Expositionsbehandlung.¹⁷ Sollte eine ambulante Versorgung der Betroffenen nicht ausreichen, wurde diese schon mehrmals erfolglos durchlaufen oder tritt eine grosse Zahl an Begleiterkrankungen auf, so ist eine stationäre Behandlung in Betracht zu ziehen. Der isolierende Charakter einer stationären Therapie kann hilfreich sein, wenn eine instabile private Situation (Geldsorgen, Schulden, Arbeitslosigkeit etc.) bzw. ein mangelndes soziales Netz oder sogar destabilisierende soziale Kontakte den Therapiefortschritt der PatientInnen negativ beeinflussen oder hemmen. Allerdings sollte dann vor allem bei einer mehrwöchigen stationären Unterbringung in besonderem Masse auf eine geeignete Rückführung in das gewohnte häusliche Umfeld geachtet werden. Ergänzend kann auch hier die motivierende Gesprächsführung eingesetzt werden, die ihre Wirksamkeit bereits in Bezug auf substanzbezogene Süchte bewiesen hat. Auch pharmakologische Interventionen, wie der Einsatz von selektiven Serotoninwiederaufnahme-Hemmern (SSRIs) oder Opioidantagonisten¹⁸ werden derzeit auf ihre Wirksamkeit getestet und können möglicherweise das Behandlungsspektrum als ergänzende Massnahme komplettieren. Des Weiteren empfiehlt es sich auch hier abzuklären, ob weitere Begleiterkrankungen vorliegen, und diese dann adäquat zu behandeln. Unter dem grossen Spektrum an Komorbiditäten, die mit pathologischem Glücksspiel einhergehen können, finden sich bei etwa 90% der Betroffenen substanzgebundene Abhängigkeitserkrankungen, gefolgt von depressiven Störungen (57%) und Angststörungen (37%).¹⁹

Kaufsucht

Das Konzept der Kaufsucht lässt sich gut anhand eines kognitiv-behavioralen Modells von Kellett und Boloton²⁰ erklären. Dieses beschreibt die Kaufsucht und deren zentrale Mechanismen als vierstufigen Prozess.

Die erste Phase umfasst die individuelle Vorgeschichte des Patienten/der Patientin. Hierzu zählen insbesondere erste Erfahrungen mit dem Kaufen. Häufige Motive für exzessives Kaufverhalten sind die Suche nach Anerkennung oder ein bestimmtes menschliches Selbstverständnis für den Erwerb von Gütern, das oftmals auf den frühen familiären Kontext des Betroffenen zurückgeführt werden kann.

In der zweiten Phase werden erste Trigger des Verhaltens etabliert. Dabei unterscheidet man interne kognitive (z. B. depressive Verstimmungen, Ängstlichkeit oder eine ungünstige Selbstwahrnehmung) und externe umweltbezogene Auslöser (z. B. Werbe-Cues, die Interaktion mit Ladenbediensteten oder auch soziale Anerkennung). Darauf folgt eine Phase, die vor allem durch ein Zusammenspiel von Aufmerksamkeit, Verhalten und Emotionen gekennzeichnet ist. Die Aufmerksamkeit in Kaufsituationen ist besonders durch eine verminderte Selbstregulation und Absorption in Kaufsituationen geprägt. Auf der Verhaltensebene sind Betroffene häufig unorganisiert und einsam. Emotional verspüren Betroffene durch das Kaufen hingegen oftmals ein Gefühl der Erleichterung während des Kaufaktes, da sie sich anderen Personen näher fühlen. Die letzte Phase beschreibt die unmittelbaren Folgen der Käuferfahrung. Der Betroffene hat gelernt, dass der Kaufakt selbst positive Gefühle hervorrufen kann, was dazu führt, dass der komplette Selbstregulationsmechanismus in der Kaufsituation ausgeschaltet wird.²¹ Auf Gefühlsebene resultiert dies im Nachhinein in verschiedenen negativen Emotionen wie Schuldgefühlen, Scham, Bedauern und Verzweiflung. Gleichzeitig versuchen die Betroffenen, ihr Gewissen durch verschiedene Verhaltensweisen, wie das Verstecken, Verleugnen oder Ignorieren der Einkäufe zu beruhigen. Meist

wird durch diese negative Selbstwahrnehmung und depressive Verstimmung das Kaufverhalten weiter verstärkt, wodurch ein Teufelskreis entsteht, der das Kaufverhalten der Betroffenen aufrechterhält. Die Therapie von Kaufsucht konzentriert sich zu Beginn auf mit dem Kaufverhalten verbundene Emotionen und Kognitionen, wohingegen Selbstkonzept und biographische Einflussfaktoren erst im späteren Verlauf thematisiert werden. Als Kernziel der Behandlung gilt das Unterbrechen des kaufsüchtigen Verhaltens. Hierzu ist es unbedingt notwendig, den Einfluss eigener Persönlichkeitsanteile zu reflektieren und somit das Erlernen des kontrollierten Umgangs zu erleichtern. Die Identifikation und Vereinbarung von Zielen gestaltet sich oftmals schwierig, da ein normales und angemessenes Kaufverhalten in der Regel problematisch zu operationalisieren ist. Hintergrund ist, dass dieses unabhängig vom familiären, beruflichen oder finanziellen Hintergrund der betroffenen Personen zu betrachten ist.²²

Sexsucht

Bei der Behandlung von hypersexuellen Störungen (die diagnostisch am ehesten Symptome der Onlinesexsucht oder der klassischen Sexsucht abbildet) sollte die Störung nicht als isoliertes Phänomen behandelt werden, sondern es sollte auch an assoziierten Themenbereichen wie Beziehungsfertigkeiten, Wissen über Sexualität oder auch Selbstregulation gearbeitet werden.²³ Vor Beginn der Therapie sollten einige Sitzungen durchgeführt werden, deren Fokus auf der Beratung der Betroffenen liegt, um eine Annäherung an das Hilfesystem und erste Auseinandersetzungen mit dem exzessiven Verhalten und den einhergehenden Kontexten zu ermöglichen. Dabei kann Veränderungsmotivation entstehen und erste Hypothesen zur Funktionalität des exzessiven Sexualverhaltens können geprüft werden. Aufgrund der hohen Komplexität und Heterogenität des Verhaltens empfehlen erfahrene KlinikerInnen zur Behandlung einen integrativen Ansatz unter Verwendung von Kognitiver Verhaltenstherapie, Rückfallvermeidungstherapie, psychodynamisch orientierten Verfahren und ggf. pharmakotherapeutischen Bestandteilen. Die eigentliche Therapie beginnt mit der sogenannten «Symptomkontrolle». Dabei spielen neben einer differenzierten Diagnostik insbesondere die erweiterte psychiatrische und Sexualanamnese sowie Zielformulierung und Stimuluskontrolle eine entscheidende Rolle. Darauf aufbauend folgt dann ein Therapieteil mit Schwerpunkt Rückfallvermeidung, der sich aus Skills-Training, Stress- und Ärgermanagement, dem Training von sozialen Kompetenzen und der Auseinandersetzung mit Rückfällen zusammensetzt. In der abschliessenden Phase der Therapie wird schliesslich über die Arbeit an Beziehungen und interpersonale Diskriminationsübungen an der «Affektregulation» gearbeitet. Unterstützend kann die Teilnahme an Selbsthilfegruppen genutzt werden.

Fazit

Verhaltenssüchte sind exzessiv betriebene Verhaltensweisen, die das Leben der Betroffenen bestimmen und negativ beeinflussen. Hierzu gehören neben pathologischem Glücksspiel und Internetsucht auch weniger bekannte Störungsbilder, wie Kauf- oder Sexsucht. Für die Internetsucht (hier vor allem für die Online-Computerspielsucht) und die Glücksspielsucht liegen ausreichende klinische Studienergebnisse vor; die die Wirksamkeit der Behandlungsansätze bestätigen. Psychotherapien sollten danach vorrangig mittels kognitiv-behavioraler Verfahren durchgeführt werden und auf eine Aufgabe des (Glücksspiel- oder Online-Computerspiel-) Verhaltens abzielen. Gleichzeitig zählt das Wiedererlernen alternativer Verhaltensweisen sowie die (Wieder-)Aufnahme (realer) sozialer Kontakte zu den

viel versprechenden Interventionen. Insgesamt besteht noch Forschungsbedarf zur Wirksamkeit und Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für Verhaltenssüchte. ●

Literatur

- Beranuy, M./Oberst, U./Carbonell, X./Chamarro, A. (2009): Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students: The role of emotional intelligence. *Computers in Human Behaviour* 25 (5): 1182-1187.
- Briken, P./Basdekis-Josza, R. (2010): Sexuelle Sucht? Wenn sexuelles Verhalten ausser Kontrolle gerät. *Bundesgesundheitsblatt* 53(4): 313-318.
- van den Brink, W. (2012): Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Current drug abuse reviews* 5(1): 3-31.
- Du, Y. S./Jiang, W./Vance, A. (2010): Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44(2): 129-134.
- Eidenbenz, F. (2013): Therapie von Online-Sucht-systemisches Phasenmodell. *Psychotherapie-Wissenschaft* 2(2): 81-89.
- Faber, R.J./Vohs, K.D. (2004): To buy or not to buy?: Self-control and self-regulatory failure in purchase behavior. S. 509-524 in: R.F. Baumeister/ K.D. Vohs (Hrsg.), *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications*. New York: Guilford Press.
- Kalaitzaki, A.E./Birtchnell, J. (2014): The impact of early parenting bonding on young adults' Internet addiction, through the mediation effects of negative relating to others and sadness. *Addictive behaviors* 39(3): 733-736.
- Kanfer, F.H./Phillips, J.S. (1970): Learning foundations of behavior therapy. *Ko, C.H./Yen, J.Y./Yen, C.F./Chen, C.C./Chen, C.C.* (2012): The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry* 27(1), 1-8.
- Meyer, C./Rumpf, H.J./Kreuzer, A.et al. (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport. University of Greifswald, Lübeck.
- Müller, A./Voth, E.M. (2014): Suchtartiges Kaufverhalten in: O. Bilke-Hentsch/K. Wölfling/A. Batra (Hrsg.). *Praxisbuch Verhaltenssucht: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Georg Thieme Verlag.
- Smith, D.P./Battersby, M.W./Harvey, P.W./Pols, R.G./Ladouceur, R. (2015): Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy* 69: 100-110.
- Wölfling, K./Jo, C./Bengesser, I./Beutel, M. E./Müller, K.W. (2013): *Computerspiel- und Internetsucht. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wölfling, K./Müller, K.W. (2008): Phänomenologie, Forschung und erste therapeutische Implikationen zum Störungsbild Computerspielsucht. *Psychotherapeutenjournal* 7(2): 128-133.
- Yen, J.Y./Yen, C.F./Chen, C.C./Chen, S.H./Ko, C.H. (2007): Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *CyberPsychology & Behavior* 10(3): 323-329.
- Young, K.S. (2007): Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior* 10(5): 671-679.

Endnoten

- 1 Vgl. Young 2007.
- 2 Vgl. Beranuy et al. 2009.
- 3 Vgl. Kanfer/Phillips 1970.
- 4 Vgl. Wölfling et al. 2013.
- 5 Vgl. ebd.
- 6 Vgl. ebd.
- 7 Vgl. Young 2007.
- 8 Vgl. Du et al. 2010.
- 9 Vgl. Kalaitzaki/Birtchnell 2014.
- 10 Vgl. Yen et al. 2007.
- 11 Vgl. Wölfling et al. 2013.
- 12 Vgl. Eidenbenz 2013.
- 13 Vgl. Wölfling/Müller 2008.
- 14 Vgl. Wölfling et al. 2013.
- 15 Vgl. Ko et al. 2012.
- 16 Vgl. Du et al. 2010.
- 17 Vgl. Smith et al. 2015.
- 18 Vgl. van den Brink 2012.
- 19 Vgl. Meyer et al. 2011.
- 20 Vgl. Müller/Voth 2014.
- 21 Vgl. Faber/Vohs 2004.
- 22 Vgl. Müller/Voth 2014.
- 23 Vgl. Briken/Basdekis-Josza 2010.

