



Überblick

1. Sucht – Definition und Erklärungsmuster
 - Definition Sucht nach DSM-V
 - Erklärungsmuster
2. Komorbidität: Fokus Essstörung
3. Sucht und Essstörung im familialen System
 - Familie im Wandel
 - Aufrechterhaltende Beziehungsmuster
4. Schlussbetrachtung & Diskussion

Definition Sucht im DSM-5

- Keine Unterscheidung mehr in Abhängigkeit und Missbrauch
- Begriff der Abhängigkeit taucht nicht mehr auf
- Ziel: Entstigmatisierung
- Stattdessen substance-use disorders (Substanzgebrauchsstörungen)
- Dimensionale Diagnostik: Abstufungen zwischen moderat und schwer
- Kriterien = Kombination der bisherigen Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit und neu dazu: Craving
- Suchtbezogene Probleme mit dem Gesetz nicht mehr eigens enthalten
- Glücksspielsucht neu als eigene Diagnose

Kriterien für Substanzgebrauchsstörung im DSM-5

1. Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum

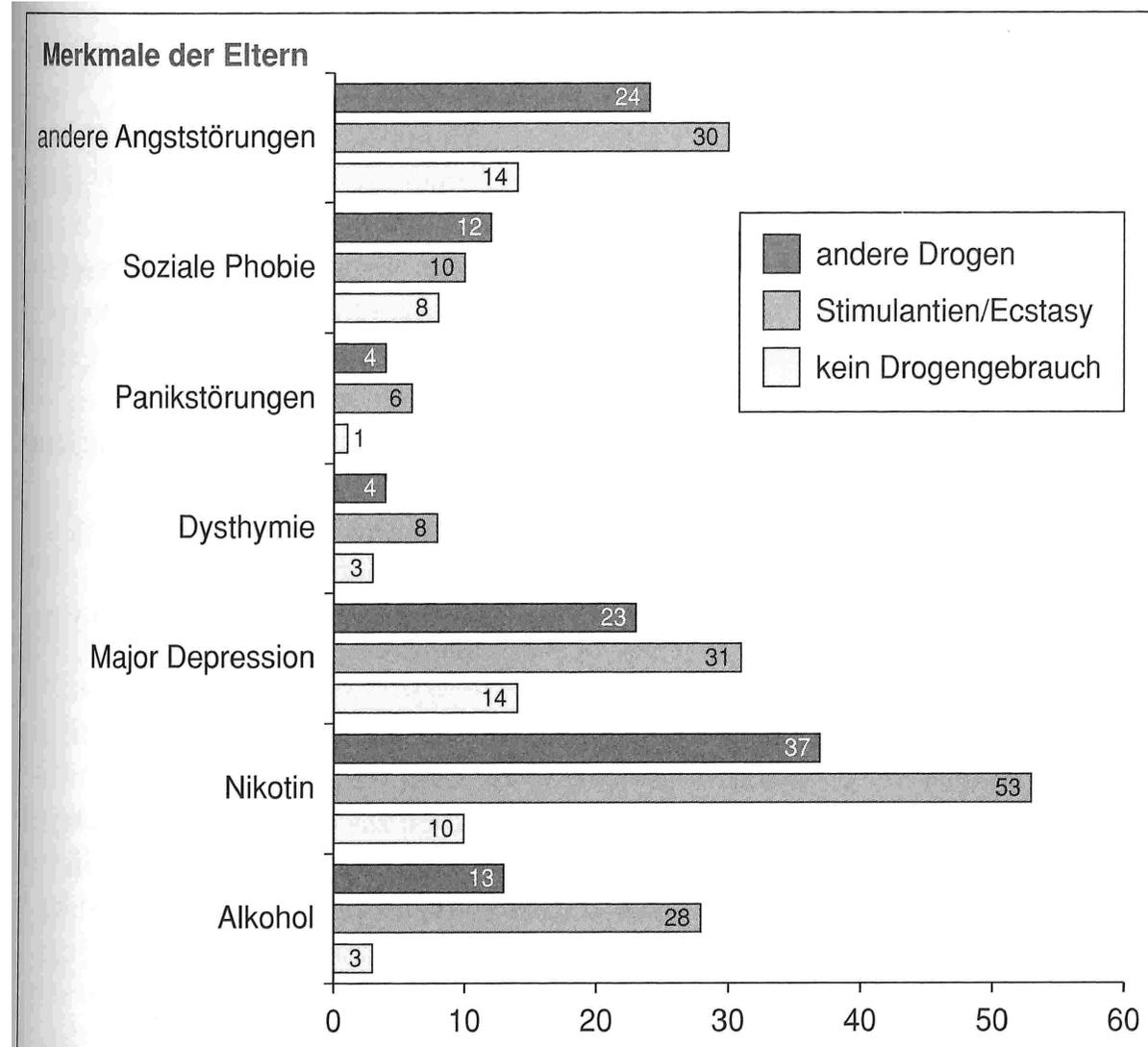
Kriterien für Substanzgebrauchsstörung im DSM-5

6. Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
11. Craving, starkes Verlangen die Substanz zu konsumieren

Kriterien für Substanzgebrauchsstörung im DSM-5

- Diagnose, falls 2 Merkmale innerhalb von 12 Monaten
- Spezifikation der Schwere der Symptomatik:
- 2–3 Kriterien: moderat
- 4-5: moderat
- 6 oder mehr: schwer

Erklärungsansätze

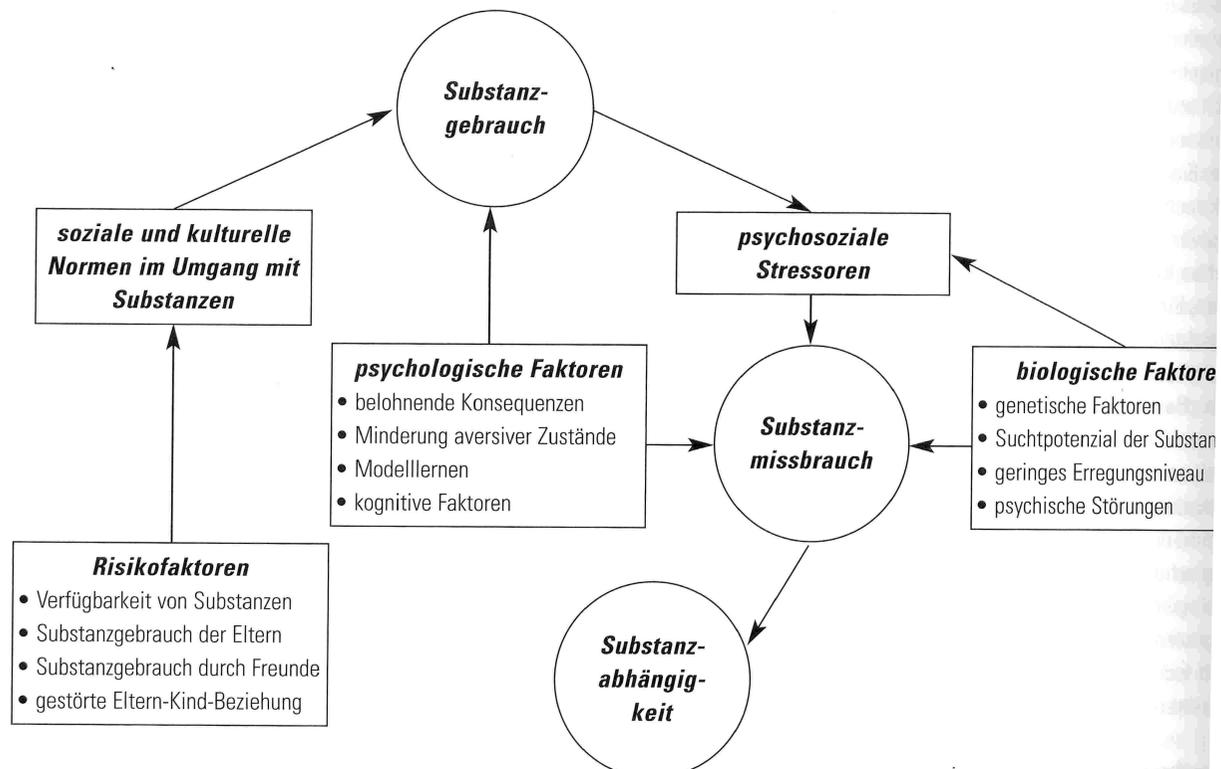


Aus Mühlig in
 Petermann, 2008a,
 S. 581

Abbildung 5: Häufigkeiten elterlicher Psychopathologie bei jugendlichen Drogenkonsumenten

Erklärungsansätze

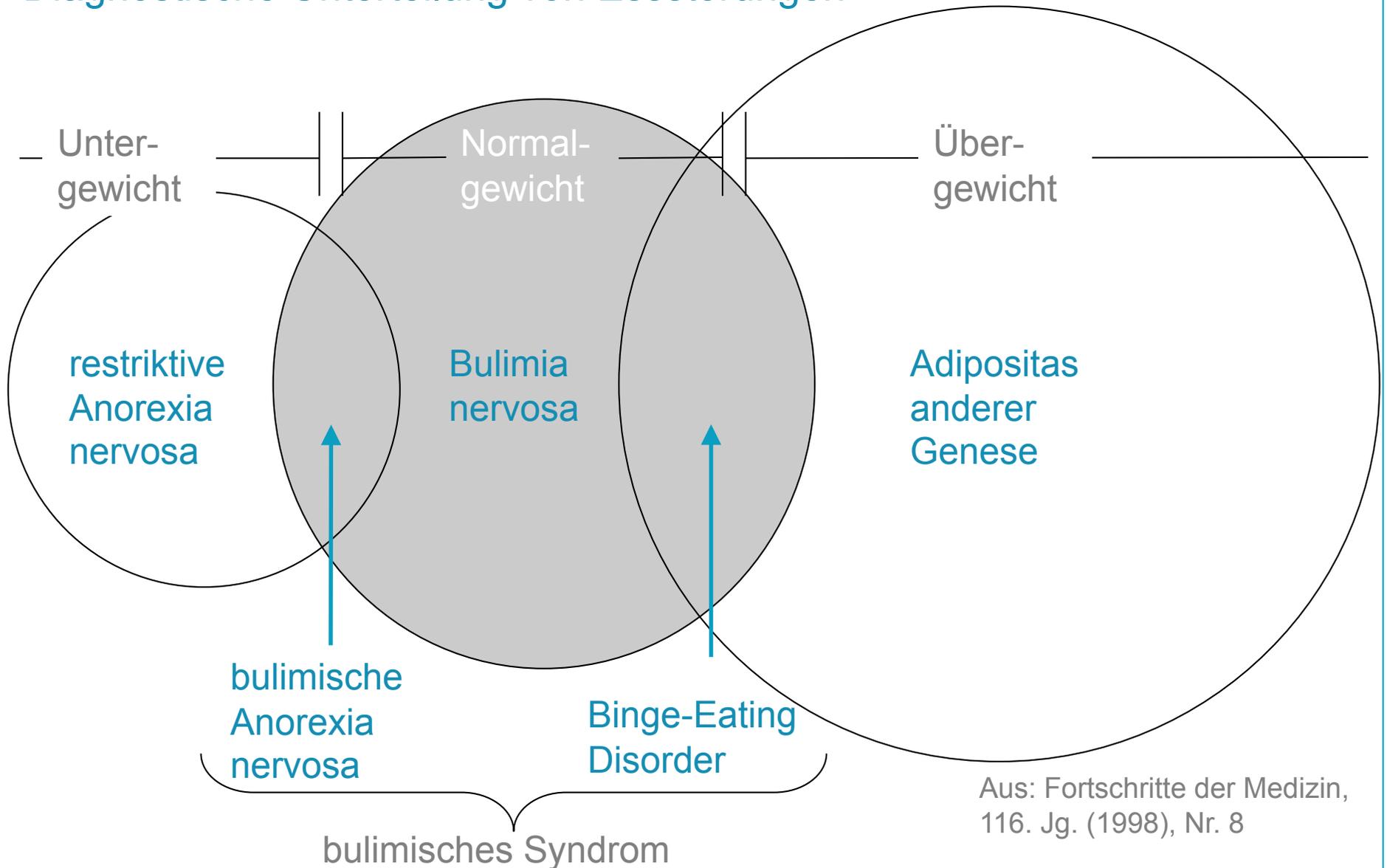
Abbildung 1: Das integrative Modell der Sucht



Aus Jahnke & Ihle in Mattejat, 2010, S. 524

Überblick Essstörungen

Diagnostische Unterteilung von Essstörungen



Aus: Fortschritte der Medizin, 116. Jg. (1998), Nr. 8

Diagnostische Kriterien der Essstörungen nach DSM-V:

Anorexia nervosa:

Kriterium A: Dauerhafte Einschränkung der Energieaufnahme trotz signifikant niedrigem Gewicht

Kriterium B: große Angst vor Gewichtszunahme, davor dick zu werden oder dauerhaftes Verhalten, das dazu führt einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken trotz deutlichem Untergewicht

Kriterium C: Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Gewichts, übertriebener Einfluss auf die Selbstbewertung oder fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig niedrigen Gewichts

Unterscheidung restriktiver oder purging Typ

Bulimia nervosa:

Kriterium A: Wiederholte Episoden von Essanfällen (Verzehr großer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum mit Gefühl des Kontrollverlustes)

Kriterium B: Wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtsregulation

Kriterium C: Kriterium A und B treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf

Kriterium D: Figur und Gewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung

Kriterium E: Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf

Binge-Eating-Störung

Kriterium A: Wiederholte Episoden von Essanfällen (Verzehr großer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum mit Gefühl des Kontrollverlustes)

Kriterium B: Mit den Essanfällen gemeinsam treten 3 der folgenden Symptome auf: Wesentlich schneller essen als normal, Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, Essen ohne sich hungrig zu fühlen, Alleine essen aus Scham, Ekel- und Schuldgefühle

Kriterium C: Deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle

Kriterium D: Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf

Kriterium E: Keine kompensatorische Maßnahmen, nicht ausschließlich im Verlauf einer BN oder AN

Essstörung und Substanzkonsumstörung:

Anorexia nervosa:

Alkohol- und Substanzkonsumstörung kann komorbid auftreten vor allem bei Betroffenen des Purging- Typs

Bulimia nervosa:

Bis zu 31% Lebenszeitprävalenz für Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit und 13% Substanzmissbrauch/-abhängigkeit. In der Regel geht die Essstörung der Substanzabhängigkeit voraus.

Auch im Kindes – und Jugendalter unter den häufigen komorbiden Störungen zu finden!!!

Binge-eating-Störung:

Insgesamt weisen Patienten eine ausgeprägte psychopathologische Belastung auf. Substanzkonsum analog zu AN und BN.

Familien im Wandel:

- geprägt durch Unsicherheit: wenig Verlässlichkeit, unklare Rollen
- horizontale statt vertikale Orientierung
- Patchworkfamilien
- Zeitmanagement
- Rasanter Wandel durch Medien

Die „Sucht“ Familie gibt es so nicht aber oft psychische Störungen oder Suchterkrankungen in der Familie bekannt.

Aufrechterhaltende Muster spielen eine große Rolle: Co-Abhängigkeiten -> Tiermetaphern

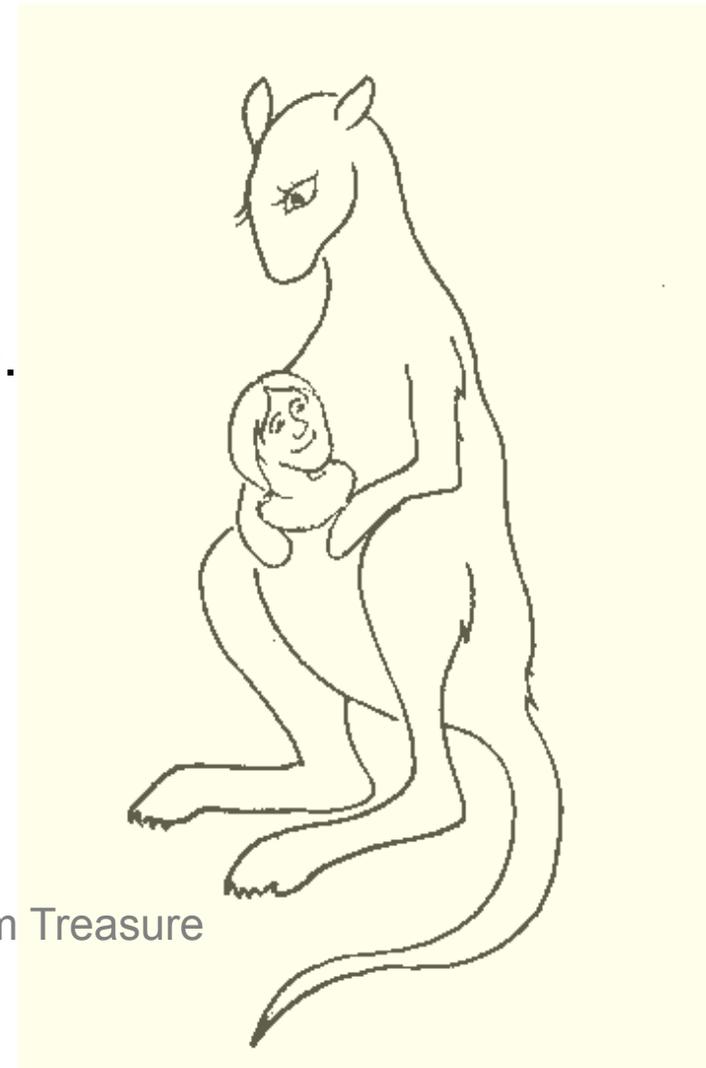
Aufrechterhaltende Beziehungsmuster

Känguru

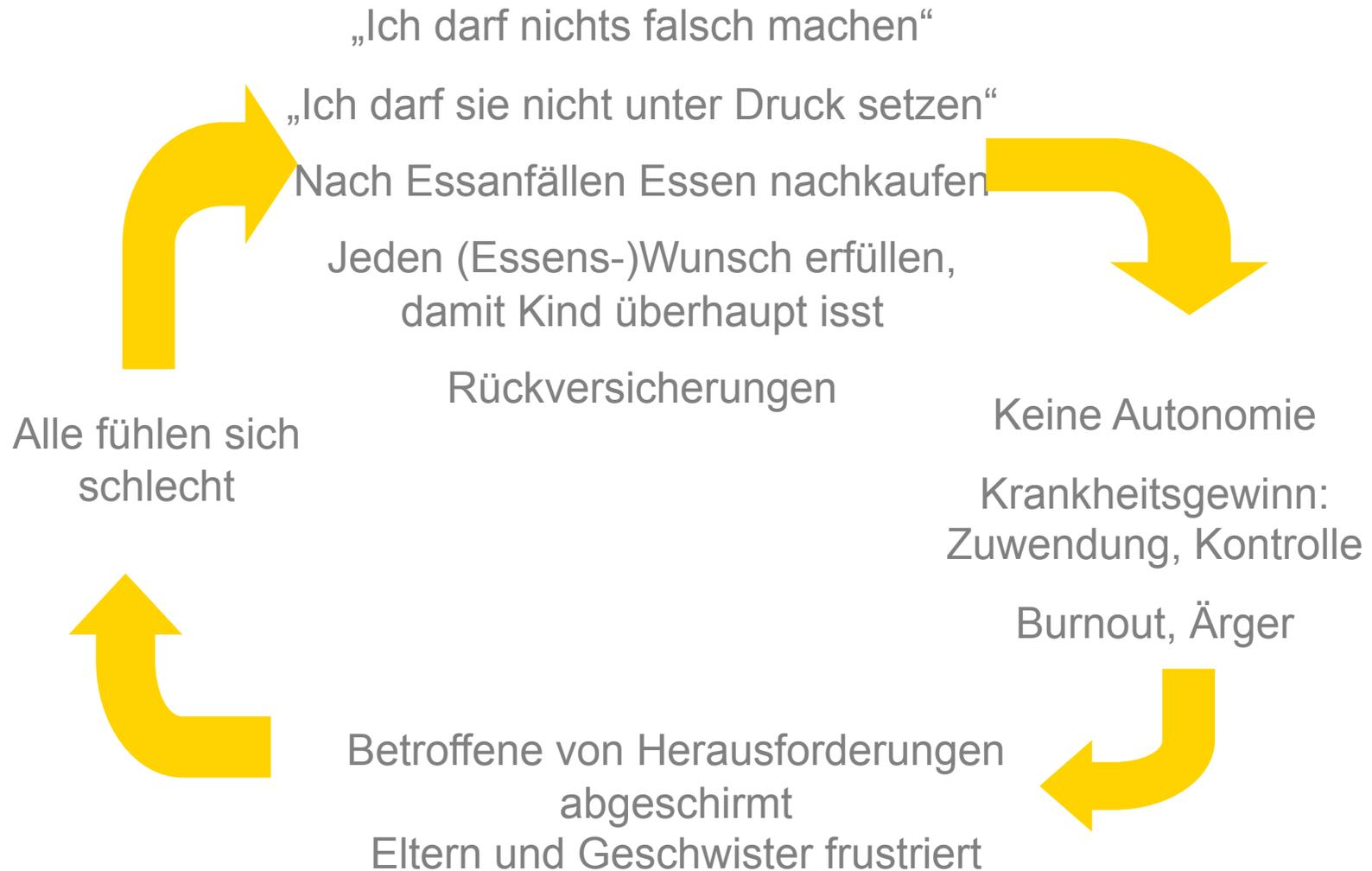
Übernimmt alle Verantwortung.

Bettet das kranke Kind in seinen Beutel,
versucht, ihm jede Aufregung zu ersparen.

Positiv: Sorge, Zuwendung



Teufelskreis Känguru (vgl. Treasure et al., 2007) = **Gehilfe der Sucht**

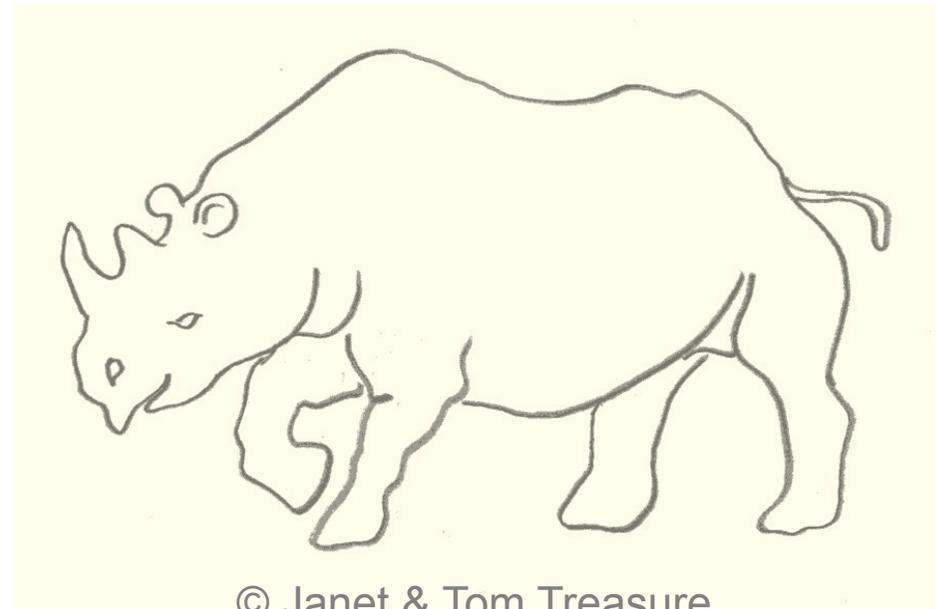


Rhinozeros

Prescht vor, um seinem Stress,
seiner Erschöpfung und Frustration
Herr zu werden.

Versucht mit (rat)schlagkräftigen
Argumenten und Konfrontation
zu überreden und verändern.

*Positiv: nicht wegschauen,
aktiv werden, Lösungen suchen*



© Janet & Tom Treasure

Teufelskreis Rhinozeros (vgl. Treasure et al., 2007)= Feuerwehrmann der Sucht

„Sie wird sich zugrunde richten“

„Ich muss die Kontrolle übernehmen; ich muss sie retten“

„Es muss endlich etwas geschehen“

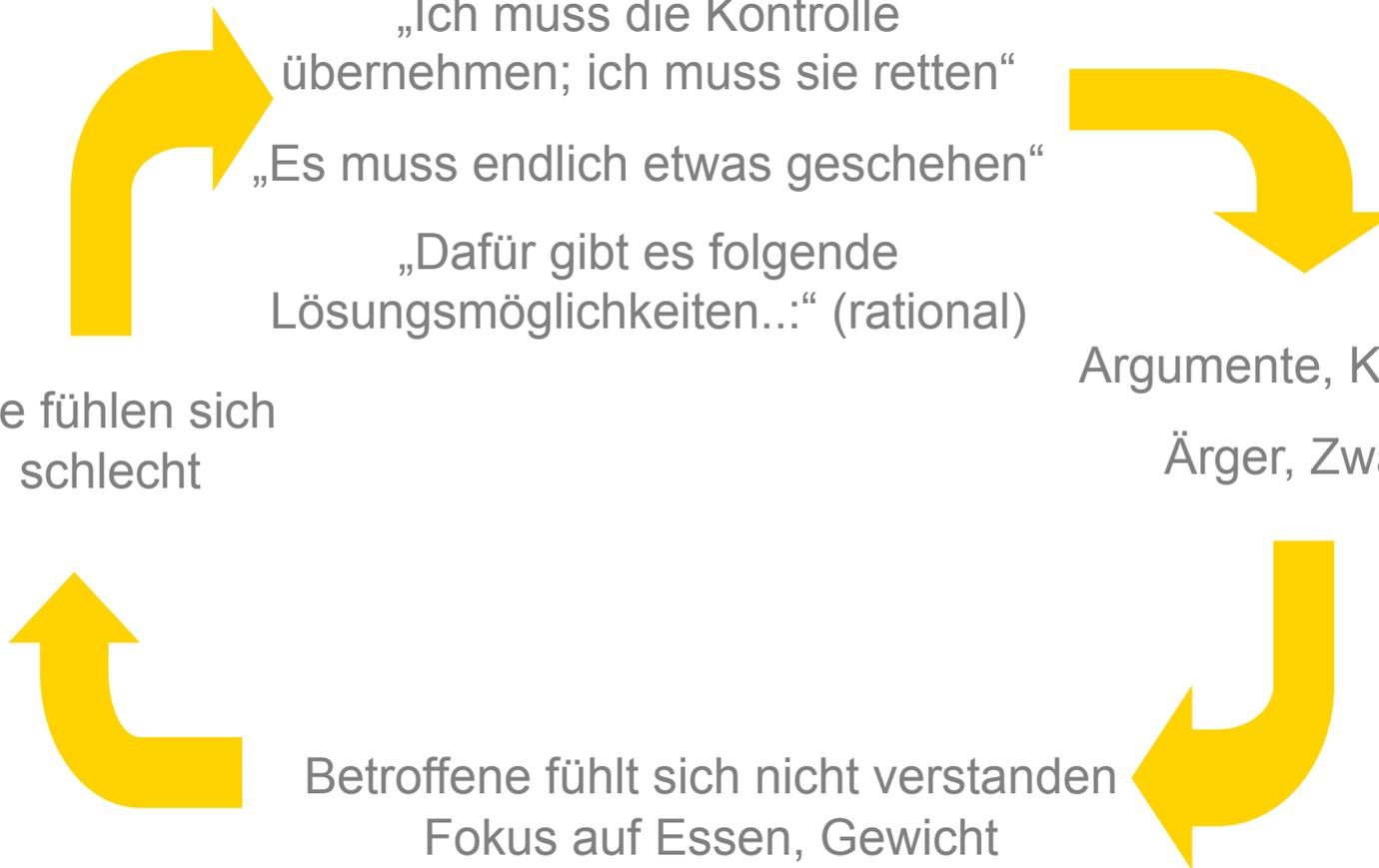
„Dafür gibt es folgende Lösungsmöglichkeiten...“ (rational)

Alle fühlen sich schlecht

Argumente, Kontrolle

Ärger, Zwang

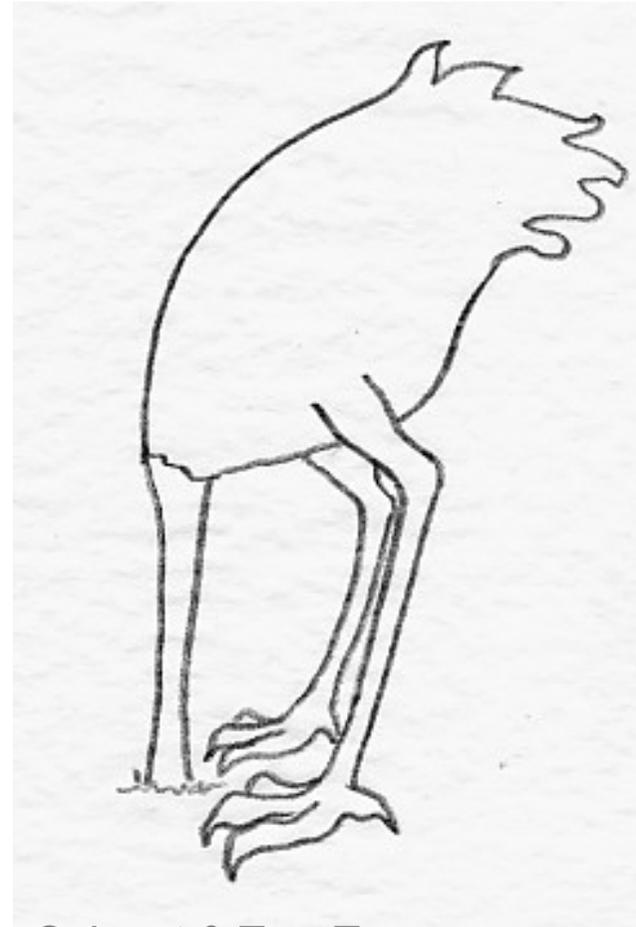
Betroffene fühlt sich nicht verstanden
Fokus auf Essen, Gewicht
Aggression



Vogel Strauß

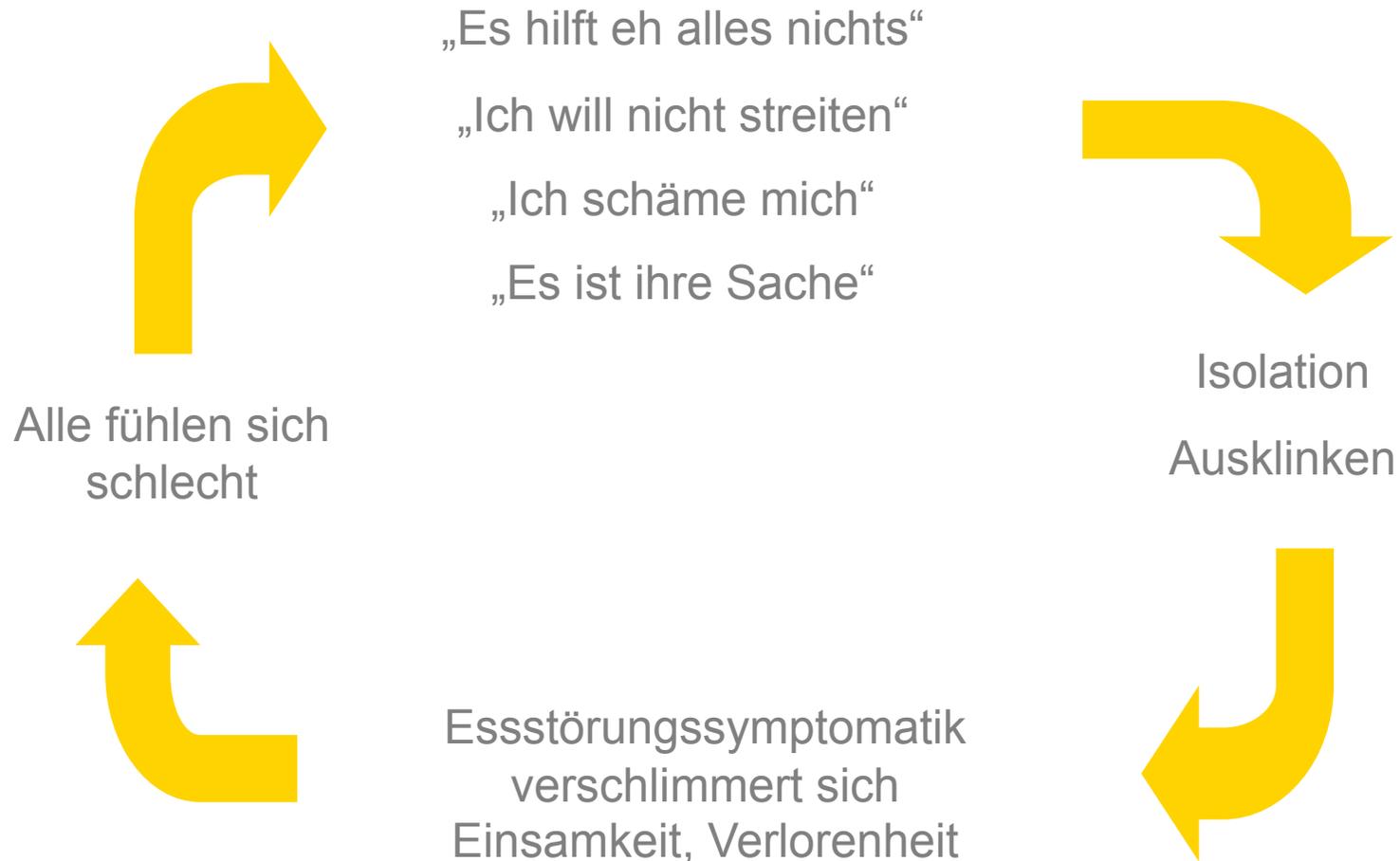
Will nicht hinsehen und nicht über die Essstörung nachdenken oder sprechen.

Positiv: schützt sich und andere



© Janet & Tom Treasure

Teufelskreis Vogel Strauß (vgl. Treasure et al., 2007) = Verschleierer der Sucht



Qualle

Ist stark emotional beteiligt
(Wut, Trauer, Angst).

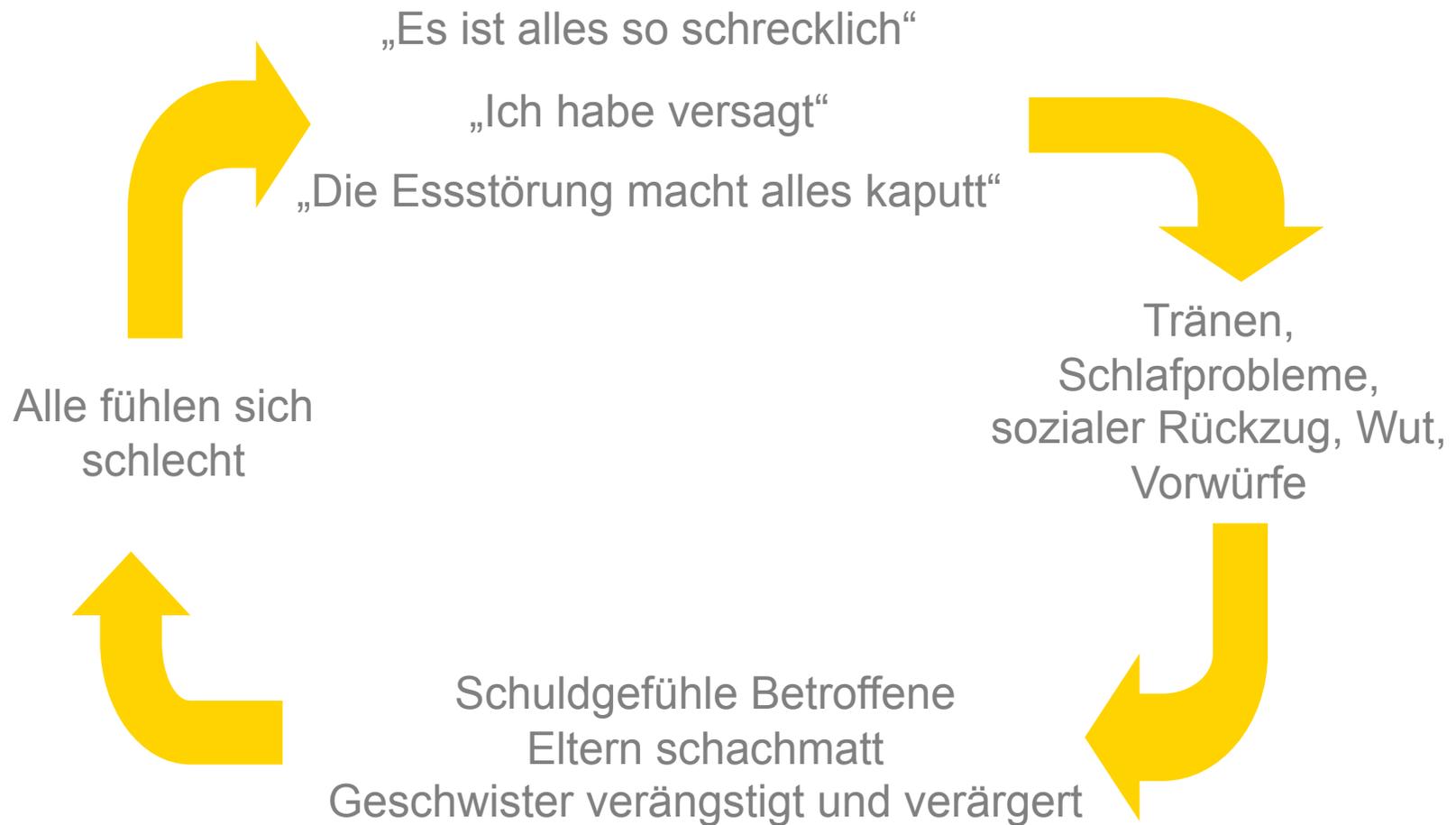
Weist sich selbst die Schuld zu,
hat perfektionistische Ansprüche
an die eigene Elternrolle.

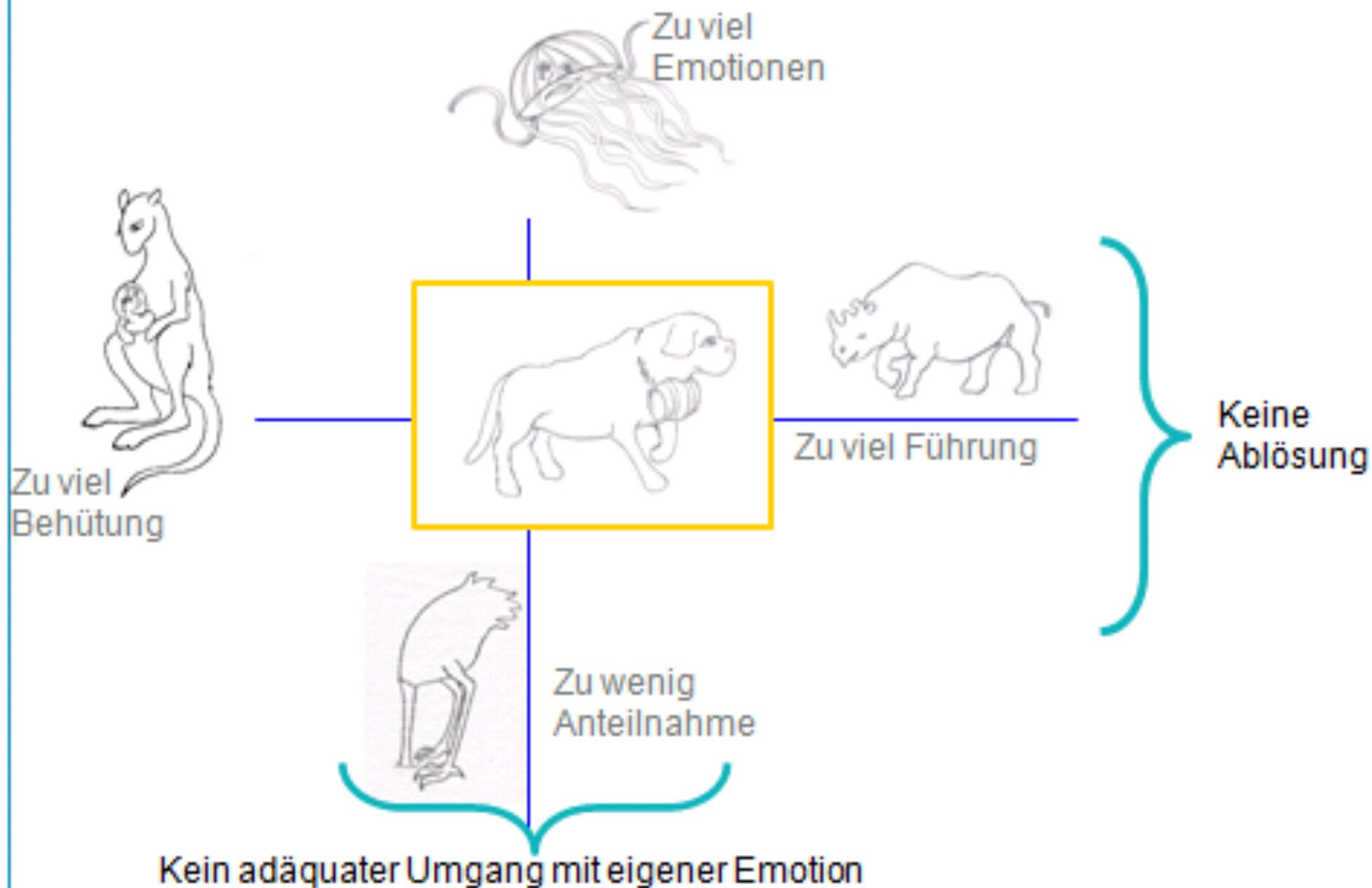
*Positiv: zeigt Gefühle und
Beteiligung*



© Janet & Tom Treasure

Teufelskreis Qualle (vgl. Treasure et al., 2007) = Mitleidender der Sucht





Beziehungsmuster positiv gestalten:

Bernhardiner

Verlässlich, warmherzig, konsequent.

Gibt dem Kind in allen Situationen Sicherheit,
bleibt auch in schwierigen Zeiten ruhig und zugewandt.

Gibt Hilfestellung wo nötig,
führt bei Gefahr,
bleibt sonst im Hintergrund.



© Janet & Tom Treasure

„Erste Schritte auf dem Weg zum Bernhardiner“ (Treasure et al., 2007)

- Keine extremen emotionalen Reaktionen (Vogel Strauß & Qualle)
 - ruhig, warm, unterstützend
- Nicht durch Essstörung und Sucht kontrollieren lassen (Känguru)
 - lässt sich nicht durchhalten und hilft nicht weiter
 - Eigenständigkeit ermöglichen
- Weg von rationaler Argumentation und Zwang (Rhinozeros)
 - führt zu Widerstand
 - Fokus weg von Problemverhalten

Gemeinsamkeiten zwischen Suchterkrankungen und Essstörungen:

- Verheimlichung
- Spannungsabfuhr
- Verdrängung unangenehmer Erlebnisse und

Gefühle

- Vor Beginn einer ambulanten Essstörungstherapie ist Abstinenz notwendig: Treffen von Vereinbarungen (z.B. Anti-Alkohol-Vertrag) und regelmäßige Kontrollen
- Immer mehr Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von Sucht und Essstörung ermöglichen (stationäres Setting!)
- Je nach Studie erwies sich ein Substanzmissbrauch als negativer prognostischer Faktor bei der Behandlung von Bulimie. Zumindest ist bei aktuellem Substanzmissbrauch jedoch eine längere Therapiedauer zu erwarten
- Bei 20-30% der Personen mit der Erstdiagnose einer Essstörung liegt zusätzlich ein Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Suchtmitteln vor (Vogelsang 2003)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.