

Pathologisches Glücksspielverhalten: Diagnose – Komorbidität – Behandlung

Malgorzata Zanki und Gabriele Fischer

1. Kontroverse um die nosologische Klassifikation des Pathologischen Glücksspielverhaltens

Die offizielle Anerkennung des Pathologischen Glücksspielverhaltens als eigenständige psychische Störung begann 1980 mit der Aufnahme in das psychiatrische Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-III) der American Psychiatric Association (APA). 1991 folgte dann die Aufnahme in die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation WHO. Die beiden Klassifikationssysteme ordnen das Pathologische Glücksspielverhalten den Störungen der Impulskontrolle zu.

Im ICD-10 wird das Pathologische Glücksspielverhalten (F63.0) im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) unter abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63) eingeordnet. Im DSM-IV gehört Pathologisches Glücksspielverhalten zu den Störungen der Impulskontrolle, die nicht andernorts klassifiziert sind (312.31), wie z. B. Kleptomanie. Die diagnostischen Leitlinien sind in beiden Klassifikationssystemen unterschiedlich ausführlich. Im DSM-IV müssen für die Klassifikation pathologischen Spielverhaltens zumindest fünf von zehn diagnostischen Kriterien erfüllt werden. Die auf der kognitiven, emotionalen, sozialen und auf der Verhaltenzebene beschriebenen Symptome, wie das Kontrollverlustphänomen, Toleranzentwicklung (*Steigerung der Einsätze*), Entzugserscheinungen (*Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spiel zu kontrollieren, einzuschränken oder auf-*

zugeben) oder die Fortsetzung des Verhaltens trotz starker negativer Konsequenzen (*illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens, Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, von Arbeitsplatz und Zukunftschancen*), erinnern sehr stark an Kernmerkmale der substanzgebundenen Abhängigkeit. Die Leitlinien von ICD-10 sind weniger präzise, sie berücksichtigen lediglich spielbedingte negative Konsequenzen auf der sozialen Ebene, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse.

Die Diskrepanz zwischen nosologischer Klassifikation des Pathologischen Glücksspielverhaltens als Impulskontrollstörung, bei gleichzeitiger Operationalisierung als Abhängigkeit, erschwert die inhaltliche Ableitung eines klaren Behandlungskonzeptes für das Störungsbild (Grüsser et al. 2005; Meyer & Bachmann 2003).

Neben der Zuordnung zur Impulskontrollstörung (Dilling et al. 2005; Saß et al. 1998) bzw. der Suchtstörung (Petry 2006; Potenza 2006; Grüsser et al., 2005) wird auch die Zugehörigkeit zur Zwangsspektrumstörung (Hand 1997) diskutiert.

Die nächste Hürde in der Diagnostik der Glücksspielsucht bilden die Ausschlusskriterien. Im ICD-10 wird differenzialdiagnostisch die Diagnose für Pathologisches Glücksspielverhalten bei manischen Patienten und bei Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen, da es in diesen Fällen lediglich ein Symptom einer anderen Störung darstellt. Das Pathologische Glücksspielverhalten wird auch differenzialdiagnostisch von „gewöhnheitsmäßigem Spielen“ abgegrenzt, weil es sich dabei um Personen handelt, die ihr exzessives Spielverhalten angesichts negativer Auswirkungen selbsttätig einschränken können.

Die diagnostischen Kategorien für pathologisches Glücksspielverhalten im Rahmen der Impulskontrollstörung werden als unbefriedigend empfunden (Bühringer 2004), die Diagnosestellung selbst ist wegen der zu berücksichtigenden Differenzialdiagnose komplex (Bühringer et al. 2007). Die Kriterien orientieren sich hauptsächlich an von außen beobachtbaren Symptomen des Pathologischen Glücksspielens. Intrapsychische Prozesse, wie Selbstwertproblematik, emotionale Störungen, Auffälligkeiten der Persönlichkeitsentwicklung und kognitive Verzerrungsmuster, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens mitverantwortlich sind, werden nicht erfasst (Petry 1996).

In der Kontroverse über die Einordnung der Glücksspielsucht als Suchterkrankung, Zwangsspektrumsstörung oder Impulskontrollstörung geht es nicht nur um eine theoretische Problemstellung. Im Vordergrund steht die Frage nach alternativen Behandlungsstrategien. Die Beantwortung dieser Frage fällt gleichzeitig mit der Entscheidung für einen entsprechenden Behandlungsrahmen zusammen.

Die Reduzierung der Glücksspielsucht auf eine Störung der Impulskontrolle kann verhindern, dass geeignete Elemente aus der Behandlung suchtkranker Patienten in der Therapie eingesetzt werden (Potenza 2006; Meyer & Bachmann 2005; Bühlinger 2004, Petry 1996). Sowohl die Diagnosestellung als auch die Betrachtungsweise, wie es zu der Entwicklung der Störung gekommen ist, beeinflussen die Behandlung.

Die Erreichung eines Konsensus über die Klassifikation des Glücksspielverhaltens als einer Suchterkrankung und eine erhöhte Aufmerksamkeit auf die mögliche Komorbidität stellen wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung von adäquaten Therapieformen dar.

2. Genese und Verlauf der Spielsucht

Die Suchtentwicklung unterliegt einem dynamischen Prozess, der sich auf einem Kontinuum, vom Gebrauch über Missbrauch bis zur Abhängigkeit bewegt. Biologische, psychologische und soziale Faktoren bedingen eine individuelle Vulnerabilität, die als Prädisposition betrachtet werden kann. Ob sich aufgrund einer Prädisposition ein Suchtverhalten entwickelt, ist größtenteils von ungünstigen Lebensumständen und Komorbiditäten abhängig. Nicht bei allen Glücksspielern wirken alle Faktoren und Mechanismen gleichermaßen.

Die Ursachen für stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeit sind weitgehend vergleichbar. Im Gehirn laufen ähnliche biochemische Prozesse ab, die den Weg in das süchtige Verhalten bis zum totalen Kontrollverlust leiten. Die aktuellen psychophysiologischen Befunde von bildgebenden Verfahren (fMRT) veranschaulichen eindrucksvoll die angenommene Parallelität zwischen Substanzabhängigkeit und Pathologischem Glücksspielverhalten (Reuter et al. 2005).

Als prädisponierende Faktoren werden folgende Aspekte in der Literatur diskutiert: ein chronisch erhöhtes oder erniedrigtes Erregungsniveau, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Angst und Depressivität, eine geringe Frustrationstoleranz mit dem Drang nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung, Störung der Gefühlsregulation und der Beziehungsbildung, Suche nach Erregung, Stimulation und Risiko. Die Erfassung dieser Bereiche hilft, die Funktionalität des Glücksspielens zu verstehen. Das Glücksspielverhalten bietet Ersatzhandlungen an, die darauf gerichtet sind, das Selbstwertgefühl zu steigern, unangenehme Gefühle zu vermeiden, Spannungen abzubauen, einen aktionsreichen Erregungszustand zu erleben und Interaktionsmuster herzustellen, die nahe Beziehungen und damit die Angst vor Zurückweisung ausschließen (Petry 2003b).

Das Glücksspielverhalten wird zu Beginn durch positive Gefühle und Gewinnerwartungen motiviert. Im weiteren Verlauf wird es durch depressive Stimmungen angetrieben und durch das starke Verlangen, diesen Zustand zu überwinden. Für den Spieler verdichtet sich das ganze Leben auf das Spiel, als einzig wahre Realität. Alles andere wird als Störung empfunden. Das soziale Umfeld verliert immer mehr an Bedeutung. Er leidet unter Spannungszuständen, Angstzuständen, bis zu Schlafstörungen. Wenn er spielt, kommt es zu kurzfristiger Erleichterung, meist aber auch zu großen Schuldgefühlen, die dann wieder zu Spannungszuständen führen, und diese Spannungszustände sind dann wieder der Ausgangspunkt zum Spielen. Er ist ein Gefangener seines Spielsuchtverhaltens.

Der Spieler hat keine Kontrollfähigkeit, seine Handlungen zu reflektieren, Entscheidungen zu treffen und zwischen Verhaltensalternativen zu wählen. Sein gesamtes Verhalten und Erleben konzentriert sich auf das Glücksspiel (Petry 1996).

Die meisten Glücksspielsüchtigen versuchen, so lange es geht, ihre Krankheit zu verheimlichen, die Normalität nach außen aufrechtzuerhalten und verwickeln sich immer mehr in ein dichtes Lügengerüst. Meist dauert es Jahre, bis sich ein Spieler seine Krankheit eingesteht. Oft erst im Zustand der totalen psychischen Erschöpfung und des finanziellen Ruins wird professionelle Hilfe aufgesucht. Ein relativ hoher Anteil der süchtigen Glücksspieler, die hilfesuchend in die ambulanten oder stationären Institutionen kommen, ist zu diesem Zeitpunkt suizidal.

3. Therapiebezogener diagnostischer Prozess

Zur Urteilsbildung über die Schwere der Erkrankung können vielfältige Kriterien, wie z. B. die negativen Folgen des Glücksspiels, Befunde aus Screeningverfahren, Persönlichkeitsmerkmale und glücksspielspezifische irrationale Einstellungen herangezogen werden. Eine therapiebezogene Diagnostik soll neben der mittels Erstinterview erfassten Anamnese der Glücksspielsucht und psychiatrischer Abklärung auch die Funktionalität des Glücksspielverhaltens (Motive zum Glücksspiel, Wirkungen des Glücksspiels), und kognitive Variablen (verzerrende Einstellungen, Attributionen, glücksspielspezifische Informationsverarbeitungsmechanismen) einbeziehen (Petry 1996).

Die störungsspezifische Diagnostik der Glücksspielsucht befindet sich noch in ihren Anfängen. Als Messinstrumente für Glücksspielverhalten haben sich Screeningverfahren bewährt, die das Vorhandensein und die Schwere der vorliegenden Problematik erfassen können (Petry 2003b). Der von Petry und

Baulig (Petry 1996) entwickelte Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) orientiert sich an dem Phasenkonzept der Glücksspielsucht von Custer und Lesieur, das eine zunehmende Einschränkung der Wahlmöglichkeiten im Verlauf der fortschreitenden Involviertheit in das Glücksspielverhalten gut beschreibt (Petry 2003b). Am weitesten verbreitet und weltweit eingesetzt, sowohl in der klinischen Praxis als auch in der epidemiologischen Forschung zu pathologischem Spielen, ist das von Lesieur & Blume 1987 entwickelte Screeninginstrument „South Oaks Gambling Screen“ (SOGS). SOGS kann in der Therapie auch zur Evaluierung der Veränderungen im Spielverhalten in den letzten 30 Tagen eingesetzt werden. Die Validität dieses Zugangs ist jedoch fraglich, weil ein Monat eine zu kurze Zeitspanne für eine genaue Einschätzung der Veränderungen in Bezug auf die glücksspielspezifische Problematik sein kann (Petry 2005).

Im Vordergrund der therapiebezogenen Diagnostik steht das klinische Interview, d.h. die Erfassung der Entwicklungsgeschichte der Glücksspielsucht, einschließlich der psychosozialen Entstehungsbedingungen und vorliegenden Bewältigungsversuche.

Ein Erstinterview ist eine emotional belastende Situation für den Glücksspielsüchtigen, weil er sich den Lebensproblemen stellen muss, denen er mit Hilfe des Glücksspiels ausgewichen ist. Durch eine einfühlsame und behutsame Gesprächsführung wird eine schrittweise Annäherung an die Spielproblematik angestrebt (Petry 1996).

Faktoren, die im Individualfall zur Entwicklung des süchtigen Glücksspielverhaltens geführt haben und im therapeutischen Prozess entdeckt werden, bestimmen Inhalte im therapeutischen Vorgehen.

Die therapeutische Arbeit an den Faktoren der Genese verfolgt das Ziel, Ursachen für die Spielproblematik zu beleuchten, Verständnis für Zusammenhänge zu fördern und alternative Verhaltensweisen zum Glücksspielen zu entwickeln (Meyer & Bachmann 2005).

Die Anamneseerhebung orientiert sich an der lerntheoretisch begründeten Verhaltensdiagnostik und kognitiven Psychodiagnostik. Es werden erfasst: die Art des bevorzugten Glücksspiels und Glücksspielortes, der Beginn und Verlauf der Glücksspielproblematik, die Häufigkeit und Intensität des vorliegenden Glücksspielverhaltens, die Motive und unmittelbaren Wirkungen des Glücksspiels sowie die langfristigen negativen Konsequenzen. Neben familiären Belastungsbedingungen, einschließlich bestehender Suchtprobleme im Familiensystem, werden bereits erzielte Abstinenzzeiten, körperliche und psychische Reaktionen, aufgrund des Einstellens des Glücksspielverhaltens, und bereits vorliegende Behandlungserfahrungen erfragt. Es wird die vorliegende Veränderungs- und Behandlungsmotivation eingeschätzt.

Im zweiten Schritt erfolgt eine weitergehende Erfassung der Funktionalität des Glücksspielverhaltens und damit verbundener verzerrender Informations-

verarbeitungsmechanismen, d.h. Kontrollillusionen, Kontrollüberzeugungen, verzerrte Bewertungen von Gewinn- und Verlustwahrscheinlichkeiten, kognitive Verarbeitung von Geldgewinnen und -verlusten sowie von Beinahegewinnen, Fehlattritionen und irrationale Denkweisen. Weiters werden erhoben: subjektive Wahrnehmung des Glücksspielverhaltens und seine Begründung, Erhebung, Bewältigungsformen und Selbstaussagen, bezogen auf das Selbstwertgefühl (Petry 1996).

Die Aufgabe therapiebezogener Diagnostik ist, alle Problembereiche und Funktionalitäten der Spielsucht zu erfassen, um für den Einzelfall geeignete Methoden mit konkreten Therapiezielen und Veränderungsschritten auszuwählen (Petry 1996).

4. Komorbidität

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass pathologische Glücksspieler häufig an komorbiden psychischen Erkrankungen leiden, und dass das Vorliegen von psychiatrischer Komorbidität wesentlich das Risiko für die Entstehung und Aufrechterhaltung des problematischen oder Pathologischen Glücksspielens erhöht. Dabei divergieren die Angaben für das Auftreten komorbider Störungen sehr stark auseinander und lassen keine eindeutigen Schlüsse zu. Grüsser und Albrecht (2007) berichten von Studien, in denen sich die Angaben zur Prävalenz bei Angststörungen zwischen 9 % und 38 %, und bei affektiven Störungen zwischen 21 % und 75 % bewegen. Bei bis zu 60 % der Glücksspieler wird neben der Glücksspielsucht eine substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung, wie Koffein-, Nikotin-, Alkohol- und/oder Kokainabhängigkeit, diagnostiziert (Grüsser & Albrecht 2007). Studien zur Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und pathologischen Glücksspielen zeigen ebenfalls große Schwankungen in Prävalenzraten. Unter Glücksspielern werden vor allem Impulsivität als Persönlichkeitsmerkmal, Borderline, antisoziale, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Die Raten schwanken, je nach Persönlichkeitsstörung, von 18 % bis zu 93 % (Grüsser & Thalemann 2006).

Das gemeinsame Vorkommen von Spielsucht mit anderen psychischen Erkrankungen lässt auf eine tiefer liegende Problematik schließen, die sich nach außen als exzessives Spielen manifestiert. Es wird vermutet, dass Pathologisches Glücksspielverhalten im Sinne einer Selbstmedikation zur effektiven, wenn auch inadäquaten, Gefühlsregulation (zur Reduktion von Angstgefühlen bzw. Erregungszuständen, zur Stressverminderung oder zur Unterdrückung von traurigen Gefühlen) eingesetzt wird. Die bisherigen Forschungsbefunde konnten aber nicht hinreichend klären, ob bestimmte psychische Auffälligkeiten

bereits vor der Glücksspielsucht präsent waren, oder ob sie infolge der Glücksspielsucht entstanden sind (Grüsser & Albrecht 2007).

Die Diagnose der Komorbidität ist nicht nur wichtig für ein genaueres Verständnis der Psychopathologie des jeweiligen Patienten, sondern auch für eine umfassende Therapie. Die Wechselwirkungen und Beeinflussungen zwischen Glücksspielsucht und komorbiden psychischen Störungen können den Krankheitsverlauf und die Behandlungsergebnisse negativ beeinflussen. Eine genaue psychiatrische Abklärung zu Beginn der Behandlung und anschließende therapeutische Bemühungen, die Funktionalität des Glücksspielens zu entdecken, mit dem Ziel, eine umfassende und individuelle Intervention zu planen, kann ein weiteres Glücksspielen oder die Entwicklung eines weiteren psychischen Krankheitsgeschehens verhindern.

5. Behandlungsschwerpunkte

Eine multifaktorielle Genese und die Funktionalität der Glücksspielsucht sind im Behandlungskonzept zu beachten. Glücksspieler bilden keine homogene Gruppe, daher sollte sich die Behandlung idealerweise an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. Biopsychosoziale Aspekte, die Entstehung und Aufrechterhaltung problematischen Glücksspiels beeinflussen, sollten Behandlungsschwerpunkte bestimmen. Als prädisponierende Faktoren werden psychosoziale Bedingungen (z. B. sozialisationsbedingte Selbstwertproblematik) und neurobiologische Anfälligkeiten angenommen. Störungen des dopaminergen und serotonergen Systems werden mit Persönlichkeitseigenschaften, wie Impulsivität, in Verbindung gebracht und als ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines problematischen Spielverhaltens diskutiert (Meyer & Bachmann, 2005). In diesem Zusammenhang richtet sich der Focus der Behandlung auf inadäquate Bewältigungsstile in Problemsituationen. Eine verminderte Aktivierung des mesolimbischen Belohnungssystems bei pathologischen Spielern konnte nachgewiesen werden (Reuter et al., 2005). Die Daten stützen die Annahme, dass der Spielsucht eine zu geringe Aktivierbarkeit des Belohnungssystems durch alltägliche Belohnungssituationen zugrunde liegt. Um das Belohnungssystem zu aktivieren, greifen die Betroffenen zu stärkeren Belohnungsreizen, wie z. B. Kokain oder Glücksspiel. Eine Fehlfunktion des dopaminergen Systems kann die Wirkung des Spielens verstärken. Pharmakotherapie, die zur Behandlung der Fehlfunktion des dopaminergen und serotonergen Systems eingesetzt wird, scheint auch einen positiven Einfluss auf die Reduktion der Glücksspielsymptomatik zu haben (Raylu & Oei 2002, Petry 2005). Aufrecht erhaltende Faktoren, wie z. B. kognitive Verzerrungen, irratio-

nale Überzeugungen, Einstellung zum Glücksspiel und zum Geld machen einen wesentlichen Teil der Psychotherapie aus.

Im Rahmen individueller Therapiepläne wird durch Stärkung allgemeiner und rückfallspezifischer Kompetenzen die Veränderung des Lebensstiles gefördert (Petry 1996).

Die Behandlung sollte ressourcenorientiert verlaufen. Der Schwerpunkt liegt darauf, in Anknüpfung an Ressourcen des Spielers Problemlösungsstrategien auszuarbeiten, Copingfertigkeiten zu erlernen sowie die Eigenverantwortung des Spielers und seine Kompetenzen zu stärken (Meyer & Bachmann 2005).

5.1. Motivation

Die ersten therapeutischen Bemühungen zielen auf den Aufbau der Motivation zu einer umfassenden Veränderung ab. Den Veränderungsaufgaben werden ambivalente Gefühle entgegengebracht. Die Veränderung bedeutet Verzicht auf Lebensführung, die zwar massive negative Konsequenzen mit sich gebracht hat, aber gleichzeitig zum Lebenssinn geworden ist und noch immer mit Hoffnungen und guten Erinnerungen verbunden ist. Der Spieler kommt bereits mit Erfahrungen von gescheiterten Versuchen, dem Verlangen zu widerstehen und sein Spielverhalten einzuschränken bzw. aufzugeben.

Es ist im Erstinterview von Bedeutung, die Erwartungen und Ziele des Spielsüchtigen zu erfahren, und ihm zu erklären, dass in der Therapie seine aktive Rolle auf der Suche nach Problemlösungsstrategien erwartet und unterstützt wird.

Auch die Krankheitseinsicht bildet, neben der notwendigen Motivation, eine wichtige Voraussetzung für die Therapie. Es macht keinen Sinn, mit dem Patienten an den Ursachen seiner Erkrankung zu arbeiten, wenn er sich nicht als behandlungsbedürftig erlebt und keine Krankheitseinsicht zeigt (Meyer & Bachmann 2005).

5.2. Therapeutisches Geld- und Schuldenmanagement

Die massive Verschuldung eines Glücksspielers ist ein wesentliches Motiv, eine Behandlung aufzusuchen. Die Klärung bzw. Verbesserung der finanziellen Situation ist eine relevante therapeutische Aufgabe.

Das Geldmanagement umfasst zwei Aufgaben: Haushaltsplanung und Schuldenregulierung. Das therapeutische Grundprinzip des Geldmanagements besteht darin, die Selbstkontrolle und Selbstverantwortung bei Veränderung des finanziellen Verhaltens sowie des Umgangs mit bestehenden Schulden zu fördern. Eine Fremdkontrolle soll nur in einer Krisensituation im Sinne einer vorübergehenden Unterstützung stattfinden. Die wesentliche therapeutische

Strategie zur Veränderung des glücksspielspezifischen Umgangs mit Geld besteht darin, die im Laufe der Spielsucht eingetretene Geldentwertung – Geld als Spielgeld – stufenweise abzubauen. Im Sinne eines therapeutisch geleiteten Lernprozesses werden detaillierte Haushaltslisten erstellt und Haushaltsanalysen durchgeführt. Der Glücksspieler muss lernen, dass er nicht über sein gesamtes Gehalt oder das gerade in der Brieftasche vorhandene Geld verfügen kann, sondern nach der Festlegung seiner festen und variablen Monatsausgaben nur über einen verbleibenden Restbetrag frei entscheiden kann (Petry 1996). Ein möglicher Zugriff auf verfügbares Geld und der Besitz einer Bankomatkarte, bzw. von Bargeld, stellen für den Spieler primär eine Risikosituation, in der er dem Spielverlangen nicht widerstehen kann, dar. Daher müssen mit dem Betroffenen Lösungen ausgearbeitet werden, die darauf ausgerichtet sind, den Kontakt mit dem Bargeld auf ein Minimum einzuschränken.

Trotz einer hohen Verschuldung, und daraus resultierenden geringen finanziellen Möglichkeiten, muss von Anfang an darauf geachtet werden, dass der Betroffene kleine Beträge an seine Gläubiger leistet und somit ein Zeichen der Verantwortungsübernahme für sein Spielverhalten setzt. Der Patient lernt, dass eigene und fremde Bedürfnisse zu berücksichtigen sind, was in der aktiven Glücksspielphase nicht der Fall war. An diesen Maßnahmen sind die ersten Erfolge in der Therapie erlebbar und messbar für Spieler, sie stärken den Selbstwert und fördern die Motivation für nächste Schritte. Das Gefühl für die eigenen Kompetenzen wird somit gestärkt (Petry 2003b).

5.3. Glücksspielabstinenz und Rückfallprophylaxe

Eine wesentliche verhaltenstherapeutische Maßnahme im Rahmen der Spielsuchttherapie stellt die Rückfallprophylaxe dar. Abhängig vom Modell, das der Behandlung zugrunde liegt, gibt es hinsichtlich der Abstinenz bedeutende Unterschiede. Nach dem Suchtmodell wird abstinenzorientiert gearbeitet und vom Patienten sofortige Abstinenz, als eine Voraussetzung für den Therapiebeginn, gefordert. Orientiert man sich in der Behandlung von pathologischen Spielern an dem „Neurosemodell“ von Hand (2004), ist die Abstinenz weder Ziel noch Voraussetzung der Behandlung. Im Mittelpunkt steht die verhaltenstherapeutische Behandlung der zugrunde liegenden konfliktreichen Bedingungen, vor allem negative Befindlichkeit und Depressionen. Das Neurosemodell geht davon aus, dass das Spielen bei Personen unterschiedliche Funktionalitäten hat. Das Ziel ist Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben und das Erlernen von Stressbewältigungstechniken sowie der Umgang mit psychischen Belastungen (Hand 2004).

Zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung tragen entscheidend Lernprozesse und neurobiologische Vorgänge bei (Grüsser et al. 2005).

Die klassische Konditionierung bewirkt, dass Reize der Spielumgebung mit der subjektiv wahrgenommenen Erregung assoziiert werden und zu erlernten (konditionierten) Auslösereizen für Spielverlangen werden. Beispielsweise können der Anblick bunter Lichter, der Klang von fallenden Münzen oder die Erinnerung an Konfliktsituationen das Spielverlangen unbewusst auslösen. Diese erlernten Reize bedeuten ein Rückfallrisiko. Bei der Entstehung des Suchtgedächtnisses spielt der Neurotransmitter Dopamin eine besondere Rolle, indem er die Aufmerksamkeit für Außenreize steigert. Neutrale situative Stimuli werden mit der positiven Wirkung verknüpft und werden zu konditionierten Auslösereizen. Dopamin fungiert als Signal für die Assoziation von Belohnung und bestimmten Ereignissen (Meyer & Bachmann 2005). Der situative Effekt kann sehr lange anhalten und erklärt das Phänomen, dass es auch nach jahrelanger Abstinenz zu situativ ausgelösten Rückfällen kommen kann (Grüsser et al. 2005).

Bei der Entstehung der Spielgewohnheiten und Spielmuster wirken die Lernprozesse der operanten Konditionierung über die variabel und intermittierend auftretenden Gewinne, die als positive Verstärkung des Spielverhaltens aufgenommen werden. Zusätzlich wird das Spielverhalten über negative Verstärkung aufrechterhalten bzw. verstärkt, da Ängste, Depressionen, Langeweile und Stress durch positive Erregung des Spielens reduziert werden (Blaszczynski & Nower 2002).

Rückfälle bilden einen Bestandteil der Suchterkrankung und haben immer einen Aufforderungscharakter zur Reflexion und Analyse über auslösende innere und situative Reize.

Typische Risikofaktoren, wie Langeweile, innere Unruhe, Misserfolge und alltägliche Konfliktsituationen, lassen sich als Vorbote eines Rückfalles herausarbeiten und rückfallspezifische Bewältigungsreaktionen einüben (Petry 2003b).

Wenn es im Rahmen der Behandlung gelingt, die wesentlichen Auslösereize zu erkennen und bewusst zu machen, kann der Betroffene in die Lage versetzt werden, diese Reize zu vermeiden oder durch Erlernen von neuen Verhaltensstrategien mit ihnen adäquat umzugehen. Je besser es im Zuge der Abstinenz gelungen ist, andere Verhaltensweisen in Risikosituationen einzusetzen, desto stabiler wird die Abstinenz (Grüsser & Albrecht 2005).

Selbstwertvermindernde Schuldgefühle sollten nach einem Glücksspielrückfall bearbeitet werden, um ein erneutes dauerhaftes Glücksspielverhalten zu verhindern (Petry 2003b).

Auch wenn das Abstinenzprinzip nicht das eigentliche Ziel der Behandlung ist, bildet es für fortgeschrittene Formen der Glücksspielsucht den notwendigen Rahmen, eine zufriedenstellende Lebensbewältigung zu gewährleisten. Während der Behandlung sollte zunächst die vollständige Glücksspielabstinenz gefordert werden, um die Funktionalität des Glücksspielverhaltens erlebbar

und analysierbar zu machen. Nach Abschluss einer Behandlung kann individuell entschieden werden, ob Spiele ohne Geldeinsatz, wie z. B. Schach, gespielt werden können (Petry 2003b).

Bei Spielern ist das Interessenspektrum stark eingeschränkt. Alternative Verhaltensweisen zu Glücksspielen sowie eine sinnvolle Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung sind daher besonders wichtig. Abstinenz wird nur dann dauerhaft eingehalten, wenn sie einen Vorteil darstellt, wenn eine möglichst abwechslungsreiche und erlebnisreiche Lebensgestaltung an die Stelle des Spielens tritt. Nicht „das Verzichten“ soll im Mittelpunkt stehen, sondern das konkrete Umsetzen von positiven Alternativen, die den Stellenwert oder die Bedeutung des Glücksspiels stark herabsetzen (Meyer & Bachmann 2005).

5.4. Verzernte Informationsverarbeitungsmechanismen

Im Bereich der Kognition wird mit einer Kombination von behavioralen und kognitiven Techniken gearbeitet (Dickerson & O'Connor 2006, Petry 1996). Durch die Zunahme der glücksspielbedingten Handlungen entstehen stark verzernte und gestörte kognitive Schemata. Diese Schemata gestalten Annahmen im Bereich: Attribution, persönliche Fertigkeiten und Kontrolle über Spielausgänge, verzernte Bewertungen von Ereignissen, falsche Wahrnehmungen, abergläubisches Denken und falsche Wahrscheinlichkeitsannahmen. Die Stärke und Wirksamkeit dieser falschen Annahmen und Kognitionen erhöhen sich mit zunehmendem Glücksspiel (Blaszczynski & Nover 2002).

Es kommt zu verzernten Ergebniserwartungen, indem Gewinne den eigenen Kompetenzen und Verluste äußeren Hindernissen zugeschrieben werden. Besonders wichtig ist die Nachbesprechung von Beinahegewinnen, die nicht als Verlust, sondern als Anreiz zum Weiterspielen erlebt werden. Das Aufdecken von Kontrollillusionen als Schutzmechanismen des bedrohten Selbstwertes und das Erkennbar-Machen, dass die Welt des Glücksspielens nur scheinbar kontrollierbar ist, leiten den Weg in eine aktivere Lebensgestaltung in der realen Welt ein (Petry 2003b).

5.5. Gefühlsregulation und Aufbau alternativer Verhaltensweisen

Das Glücksspielen erfüllt individuelle Funktionen. Es lenkt von Problemen ab, es fördert eine Flucht vor Konflikten. Psychische Belastungen treten in den Hintergrund. Im therapeutischen Prozess ist es wichtig, die Funktionalität des Glücksspielens zu erfassen. Es kann z. B. als Selbstmedikation bei depressiven Spielern oder als Stressverarbeitungsmechanismus vor allem bei ängstlichen Glücksspielern fungieren (Raylu 2002). Es sollten daher Stressverarbeitungs-

stille und psychische Störungen, wie Depression und Angststörungen, in die Therapie einbezogen werden (Petry 2003a).

Zur Bewältigung einer Glücksspielproblematik ist es erforderlich, die zugrunde liegenden Störungen der Erregungsregulation und Gefühlsverarbeitung in Verbindung mit Einschränkungen der Problemlösekompetenz aufzugreifen.

Die Glücksspieler zeigen die Tendenz zum Vermeidungsverhalten, um bedrohlich erlebte Gefühle zu verhindern. Das Therapieziel der glücksspieltypischen Störung der Gefühlregulation ist es, zu einer verbesserten Wahrnehmung negativer Erlebniszustände zu gelangen und die zunächst als bedrohlich erlebten Empfindungen zu bewältigen. Da negative Gefühle, wie Depression, Angst vor Ablehnung, Einsamkeit, Ärger und Aggression, bisher durch das Glücksspielverhalten kurzfristig bewältigt wurden, werden in der Therapie alternative Verhaltensweisen erlernt, die einen adäquaten Umgang mit Emotionen fördern. Stressmanagement sowie Training der Problemlösefertigkeiten können hilfreich bei der Behebung der Ursachen der Glücksspielprobleme sein. In der Konsequenz müssten auch die Glücksspielprobleme abnehmen (Petry 2003b).

6. Integrativer Behandlungsansatz

Meyer & Bachmann (2005) postulieren den integrativen Behandlungsansatz als ein effektives Therapiekonzept, in dem Methoden verschiedener Schulen je nach Bedarf integrierbar sind. Nur ein integrativer Psychotherapieansatz kann der Komplexität der Spielsucht gerecht werden. In diesem Modell können z. B. Elemente aus der Psychoanalyse und Gesprächstherapie eingesetzt werden, die darauf abzielen, sich selbst und sein eigenes Verhalten besser zu verstehen und die Fragen nach dem „Warum“ zu beantworten. Durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen werden Strategien zur Bewältigung konkreter Probleme erlernt. Beide Aspekte sind wichtig und vervollständigen sich gegenseitig (Meyer & Bachmann 2005).

7. Telefonische Spielsuchtberatung – Helpline der Suchtforschung & Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien

Das seit November 2006 laufende Projekt „Helpline zur Spielsucht“ ist die erste Hilfeinstitution dieser Art in Österreich. Helpline-Beraterinnen sind Psychologinnen der Suchtforschung & Suchttherapie der Medizinischen Universität

Wien, mit Erfahrung in der Suchttherapie und ganz speziell in der Arbeit mit Glücksspielsüchtigen. Sie sind werktags direkt und persönlich erreichbar.

Eine wichtige Rolle der Helpline ist es, eine Ansprechperson in einer belastenden Situation zu sein, wenn es darauf ankommt, rasche Hilfe unter Wahrung der Anonymität zu bekommen. Das Gespräch bietet eine Möglichkeit, offen über eigene Probleme reden zu können, die bisher mühevoll geheim gehalten wurden.

Unter negativen Konsequenzen der Glücksspielsucht leiden Spieler und ihre Angehörigen. Personen aus dem nahen sozialen Umfeld der Betroffenen machen knapp die Hälfte unserer Anrufer aus. Für einen Angehörigen, der selbst nicht süchtig ist, ist das unstillbare Verlangen des Spielsüchtigen, trotz aller schon erlittenen und noch drohenden negativen Konsequenzen, das Glücksspiel weiterhin fortsetzen zu müssen, erfahrungsgemäß nur beschränkt nachvollziehbar. So tendiert die soziale Umwelt des Spielsüchtigen dazu, sein süchtiges Glücksspielverhalten als einen frei gewählten Lebensstil aufzufassen, den der Betroffene einfach aufgeben soll. So halten die Angehörigen eine Spielabstinenz für leicht einhaltbar und die immer wieder nach vielen Versprechungen stattfindenden Rückfälle für einen Ausdruck der Charakterschwäche und nicht für ein Symptom der Krankheit. Eine weitere wichtige Aufgabe der Helpline ist es, den Angehörigen zu helfen, mit der Suchterkrankung der ihnen nahstehenden Person umzugehen, ohne sich selbst zu Ko-Abhängigen zu machen. Mit viel Empathie gehen Helpline-Beraterinnen auf die Betroffenheit der Angehörigen ein und bieten Antworten und Informationen zu Fragen, die Glücksspielsucht und die Möglichkeiten der Beratung und Behandlung betreffen.

Helpline-Beraterinnen informieren Anrufer aus Wien und aus anderen Bundesländern über regionale Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen und Selbsthilfegruppen.

8. Behandlungseffektivität

Seit der Einführung des sozialkognitiven Rückfallpräventionsmodells wird der Rückfall nicht länger als ein Alles-oder-Nichts-Ereignis betrachtet, und die Abstinenz nicht als einziges Erfolgskriterium der Behandlung. Trotz Rückfall-episoden können positive Veränderungen in der psychosozialen Lebenssituation eintreten, die als Behandlungseffektivität anzusehen sind. Als Erfolgskontrolle sollte ein Vorher-Nachher-Vergleich in Bezug auf folgende Bereiche erfolgen: Veränderung beim Konsum von stofflichen Suchtmitteln, Veränderungen in den partnerschaftlichen Beziehungen, der Berufstätigkeit, der finanziellen Situation und der psychischen bzw. psychosomatischen Gesundheit (Petry 2003b).

Meyer und Bachmann (2003) bewerten als Kriterien des Therapieerfolges die Krankheitseinsicht des Spielers, Arbeit an den Ursachen seiner Suchtentwicklung, Entwicklung einer Zukunftsperspektive und Arbeit an deren Umsetzung, Verbesserung von Problemlösekompetenzen und Einsatz von Alternativen zum Glücksspielen.

Die aktuelle Literatur deutet daraufhin, dass Pathologisches Glücksspielverhalten erfolgreich behandelt werden kann. Die meisten Studienergebnisse sprechen für Effektivität von kognitiv-behavioralen Interventionen (Petry et al. 2007, Dickerson & O'Connor 2006, Raylu & Oei 2002). Pharmakologische Behandlung mit SSRI (wie Clomipramine und Fluvoxamine) scheint darüber hinaus erfolgversprechend zu sein. Für verlässlichere Aussagen werden allerdings weitere kontrollierte klinische Studien mit größeren Patientengruppen benötigt (Raylu & Oei 2002).

9. Literatur

Blaszczynski A & Nover L (2002) *A pathways model of problem and pathological gambling*. *Addiction* 97(5): 487–99

Bühringer G, Kraus L, Sonntag D, Pfeiffer-Gerschel T & Steiner S (2007) *Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken*. *Sucht* 53(5): 296–308

Bühringer G (2004) *Wenn Arbeiten, Einkaufen oder Glücksspielen pathologische eskalieren: Impulskontrollstörung, Sucht oder Zwangshandlung? (Editorial)*. *Verhaltenstherapie* 14: 86–88

Dickerson M & O'Connor J (2006) *Gambling as an addictive behaviour: Impaired Control, Harm Minimisation, Treatment and Prevention*. Cambridge University Press, New York

Dilling H, Mombour W & Schmidt M H (Hrsg) (2005) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Auflage, Huber, Bern

Grüsser S M & Albrecht U (2007) *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen*. 1. Auflage, Huber, Bern

Grüsser S M & Thalmann C N (2006) *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. 1. Auflage, Hans Huber, Bern

Grüsser S M, Plöntzke B & Albrecht, A (2005) *Pathologisches Glücksspiel: Eine empirische Untersuchung des Verlangens nach einem stoffungebundenen Suchtmittel*. *Nervenarzt* 76: 592–596

Hand I (2004) *Negative und Positive Verstärkung bei pathologischem Glücksspielen: Ihre mögliche Bedeutung für Theorie und Therapie von Glücksspielen: Zwangsspektrumsstörungen*. *Verhaltenstherapie* 14: 133–144

- Hand I (1997)** „Zwangs-Spektrum-Störungen“ oder „Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten“? In: Mundt Ch, Linden M, Barnett W (Hrsg). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Wien, New York
- Meyer G & Bachmann M (2005)** *Spielsucht: Ursachen und Therapie*. 2. Auflage, Springer, Berlin
- Pertry J (2003a)** *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Hogrefe, Göttingen
- Pertry J (2003b)** *Pathologisches Glücksspielverhalten: Ätiologische, psychopathologische und psychotherapeutische Aspekte*. Neuland, Geesthacht
- Petry J (1996)** *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Beltz Psychologie-Verlags-Union, Weinheim
- Petry N M, Litt M D, Kadden R & Ledgerwood DM (2007)** *Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers?* *Addiction* 102: 1280–1291
- Petry N M (2006)** *Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling?* *Addiction* 101 (Suppl.1): 152–160
- Petry N M (2005)** *Pathological gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC
- Potenza M N (2006)** *Should addictive disorders include non-substance-related conditions?* *Addiction* 101 (Suppl.1): 142–151
- Raylu N, Oei T P S (2002)** *Pathological gambling: a comprehensive review*. *Clinical Psychology Review*, 22: 1009-1061
- Reuter J, Rädler T, Rose M, Hand I, Gläscher J & Büchel Ch (2005)** *Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system*. *Nature Neuroscience*, 8(2): 147–148
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998)** *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM IV*. Hogrefe, Göttingen