

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

2. Jahrgang

Heft 3•2013



Themenschwerpunkt:

**Pathologisches Glücksspielen
und komorbide Störungen**

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
michael.musalek@api.or.at

Dr. Martin Poltrum

martin.poltrum@api.or.at

Dr. Oliver Scheibenbogen

oliver.scheibenbogen@api.or.at

Chefredakteurin

Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@api.or.at

Verlag

Pabst Science Publishers
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
http://www.pabst-publishers.de
http://www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst
wp@pabst-publishers.com
Erika Wiedenmann
wiedenmann@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert
haarlammert@pabst-publishers.com
Herstellung: Bernhard Mündel

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise und Bezugsbedingungen:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,

Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.

Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bestellservice:

vahrenhorst@pabst-publishers.com

Tel. +49 (0)5484 97234

Fax +49 (0)5484 550

Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Titelbild: Das Foto wurde 1919 mit dem Titel „Von der Spielwut in Berlin“ veröffentlicht. Archiv: Anton Proksch-Institut

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

2. Jahrgang · Heft 3-2013

Themenschwerpunkt:

Pathologisches Glücksspielen und komorbide Störungen

Gastherausgeber:

Ursula Gisela Buchner, Melanie Arnold, Norbert Wodarz

Inhalt

- 146 Gelungene Gastherausgeberschaft
Wolfgang Pabst, Irene Schmutterer, Martin Poltrum
Misslungene Transformation
- 147 Editorial
Ursula Gisela Buchner, Melanie Arnold, Norbert Wodarz
- 149 Die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern
Konrad Landgraf
- 152 Legal, illegal, alles egal? – Deutsche Gesetzgebung zum Glücksspiel zwischen Wunsch und Wirklichkeit
Meike Lukat
- 156 Wenn Spieler Räuber werden.
Bankraub und Glücksspiel in handlungstheoretischer Perspektive
Christopher Schlembach, Matthias Gaderer, Birgit Zetinigg
- 164 EfA – Ein E-Mental-Health-Programm für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler
Ursula Gisela Buchner, Annalena Koytek, Melanie Arnold, Norbert Wodarz, Jörg Wolstein
- 171 Komorbide Störungen bei pathologischen Glücksspielern: ein Überblick
Paweł Ślęczka, Ludwig Kraus, Barbara Braun & Gerhard Bühringer
- 178 Bildstrecke
SPIELE DER STADT – Glück, Gewinn und Zeitvertreib
- 182 Substanzbezogene Störungen und pathologisches Glücksspielen – Was wissen wir heute?
Marco Stürmer, Ursula Gisela Buchner, Norbert Wodarz
- 191 „... damit das ein Ende hat.“ – Suizidalität und pathologisches Glücksspielen
Rita Wüst
- 195 Was wir über Angststörungen wissen und deshalb tun sollten
Franziska Einsle
- 205 Pathologisches Glücksspielen und komorbide Persönlichkeitsstörung
Petra Schuhler
- 219 Integrativ, sequentiell, parallel? – Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern mit komorbiden Störungen
Johannes Lindenmeyer

Gelungene Gastherausgeberschaft

Glücksspiel-Sucht ist ein wichtiges Thema in der Gesundheits- und Finanzpolitik. Zusätzliche Brisanz hat das Phänomen während der letzten Jahre gewonnen, seit sich der Glücksspielmarkt via Internet erweitert. Neue Regelungen auf EU-Ebene und im nationalen Rahmen stehen zur Diskussion. Fragen zur Aufhebung traditioneller Monopolstellungen, neuer Lizenzvergaben und steuerlicher Umverteilung haben die Themen Glücksspiel und Spielerschutz auf's politische Tapet gebracht.

Bereits unser erstes Heft im Jahr 2012 hatte Glücksspielsucht thematisiert. Die aktuelle Ausgabe beleuchtet das pathologische Glücksspielen im Kontext der komorbiden Störungen.

Dazu haben wir erstmals Gastherausgeber eingeladen: Ursula Gisela Buchner, Melanie Arnold und Norbert Wodarz von der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) konnten wir für diese Aufgabe gewinnen. Herzlichen Dank für die engagierte, gute Zusammenarbeit.

In Zukunft werden wir die hiermit eingeleitete Variante der Gastherausgeberschaft öfter pflegen. Je mehr externe Herausgeberteams ihre Expertise in **rausch** einbringen, desto breiter der Fokus und desto geringer die Gefahr einer inhaltlichen Engführung; wir wollen die selektive Auswahl der Beiträge durch eigene präferierte Erkenntnisinteressen der Herausgeber vermeiden. **rausch** soll das gesamte Spektrum des Sucht-Diskurses reflektieren.

*Wolfgang Pabst,
Martin Poltrum,
Irene Schmutterer*

Misslungene Transformation

Für Sigmund Freud erlaubt das Spiel dem Kind die Flucht aus den Zwängen der Realität; Impulse – auch tabuisierter Art – dürfen ausgelebt werden. Das Spiel gehorcht dem Lustprinzip und dient der Bewältigung von Problemen. Im Spiel gibt das Kind den passiven Erfahrungen ein aktives Kontra.

Lew Semjonowitsch Wygotski sieht im Spiel die „Realisation“ unrealisierbarer Wünsche. Das Kind will stark und erfolgreich sein wie Erwachsene. Es mag nicht warten, bis es groß ist; und es kann noch kaum seine Bedürfnisse aufschieben. Also verwirklicht es seine Wünsche illusionär in der Spielrealität.

Wygotski zeigt, dass das Kind im Spiel schrittweise ein höheres Entwicklungsniveau erreicht: Das Spiel geht mit Veränderungen der Bedürfnisse einher und mit allgemeinen Veränderungen des Bewusstseins. Rolf Oerter belegt:

Das Spiel „ist unentbehrlich für die gedeihliche Entwicklung des Kindes.

Mit dem Erwachsenwerden wird das Spiel in kulturelles Schaffen transformiert. Die einzelnen Spielformen münden in kulturelle Tätigkeiten. Produktive Arbeit enthält stets Spielelemente, die kreative Leistungen ermöglichen und gleichzeitig Reaktanz und Ermüdung herabsetzen...

Die großen Handlungsfelder der Kultur setzen einzeln die Spielformen der Kindheit fort. Aus sensomotorischem Spiel entfalten sich Sportarten und Tänze, aus dem Konstruktionspiel entstehen Kunstwerke, Architektur und Ingenieurkunst. Rollenspiele führen zu Theater und Oper, und Regelspiele bilden eine Basis für Regeln in der Gesellschaft überhaupt...“

Diese erwachsene Entwicklung und Transformation ist Spielabhängigen offensichtlich nicht wirklich gelungen.

*(Psychologie & Gesellschaftskritik
Nr. 124; Kinder.Spiel)*

Editorial

Ursula Gisela Buchner, Melanie Arnold, Norbert Wodarz

(Glücks-)Spiele sind Bestandteil unserer Kulturgeschichte. So zeigt die Bildstrecke *Spiele der Stadt* die gesellschaftliche Komponente von Spielen der vergangenen 200 Jahre. Wir müssen uns jedoch auch mit den pathologischen Ausprägungen von Glücksspielverhalten beschäftigen. Die Zahl behandlungssuchender problematischer und pathologischer Glücksspieler nimmt kontinuierlich zu. Aktuelle epidemiologische und klinische Studien belegen die hohe psychosoziale Belastung dieser Menschen. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt in dem im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung drei- bis vierfach erhöhten Risiko für das Vorliegen einer weiteren psychischen Erkrankung (Meyer et al., 2011). Daher ist das Wissen um die komorbiden Erkrankungen und den Zusammenhang mit pathologischem Glücksspielen für die Beratung und Behandlung der Betroffenen von großer Bedeutung. Doch damit allein ist es nicht getan: Es braucht auch eine Vernetzung von Beratungs- und Behandlungsangeboten, stimmige gesetzliche Rahmenbedingungen sowie die Beachtung der Auswirkungen der Erkrankung auf alle Lebensbereiche der Betroffenen, wie beispielsweise auf Finanzen, Schulden und mögliche kriminelle Entwicklungen, aber auch auf deren Angehörige.

Daher stellt Konrad Landgraf in seinem Beitrag zunächst die Hintergründe der *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern* dar und zeigt auf, wie sie in den vergangenen fünf Jahren seit ihrem Bestehen der Aufbau des Hilfesystems und die Vernetzung der Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zu einer Verbesserung der Versorgung dieser Klientel beigetragen hat. Zentrale Prämisse der Arbeit der Landesstelle ist der Spielerschutz. Aus diesem Grund wären stimmige, auf den Spielerschutz ausgerichtete gesetzliche Regelungen im Glücksspielbereich wünschenswert. In Deutschland gibt es inzwischen eine verwirrende Vielzahl an Regelungen, die zwar eigentlich das Ziel haben, die Bevölkerung vor Ausnutzung des Spieltriebs und ihren negativen Begleiterscheinungen zu schützen, in der Realität dieses Ziel aber nicht errei-

chen. Meike Lukat stellt dies in ihrem Beitrag *Legal, Illegal, alles egal? – Deutsche Gesetzgebung zum Glücksspiel zwischen Wunsch und Wirklichkeit* dar. Dass der Spielerschutz nicht ausreichend funktioniert, wird auch in dem Beitrag von Christopher Schlembach und Kollegen klar. Die Autoren interviewten in ihrer Studie *Wenn Spieler Räuber werden. Bankraub und Glücksspiel in handlungstheoretischer Perspektive* Bankräuber und fanden dabei eine Untergruppe mit massiven Glücksspielproblemen. Sie führen auch an, dass die Glücksspielproblematik häufig lange Zeit vor dem engeren Umfeld verborgen werden kann. Familie und Freunde sind häufig fassungslos, wenn ihnen das ganze Ausmaß der Erkrankung und der damit einhergehenden finanziellen Verluste klar wird. Daher benötigen in vielen Fällen nicht nur die betroffenen Glücksspieler, sondern auch ihre Angehörigen professionelle Hilfe und Unterstützung. Einen neuen Ansatz dazu liefert *EfA – Ein E-Mental-Health-Programm für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler* von Buchner und Kollegen, das basierend auf einem psychoedukativen Ansatz Angehörigen Informationen und Reflexionsmöglichkeiten rund um die Thematik liefert. Ein fundiertes Wissen zur Erkrankung und den auftretenden komorbiden Störungen ist für die Beratung und Behandlung der Betroffenen wesentlich. Paweł Ślęczka und Kollegen fassen in ihrem Beitrag *Komorbide Störungen bei pathologischem Glücksspiel: ein Überblick* Ergebnisse aktueller Studien zusammen und zeigen Implikationen für das Störungsbild sowie für den Behandlungsverlauf und -erfolg auf. Laut der PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) treten am häufigsten substanzbezogene Störungen als komorbide Erkrankungen bei pathologischen Glücksspielern auf, gefolgt von affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen. Der Beitrag von Marco Stürmer und Kollegen beleuchtet mit *Substanzbezogene Störungen und pathologisches Glücksspielen – Was wissen wir heute?* die am häufigsten auftretende komorbide Erkrankung und stellt Diagnostik- und Screeninginstrumente sowie

Hilfemöglichkeiten dar. Einen weiteren wesentlichen Aspekt greift Rita Wüst auf: Viele betroffene Glücksspieler sehen keinen Ausweg aus ihrer Situation und handeln nach dem Mott „... damit das ein Ende hat.“ – Suizidalität und Glücksspielsucht. Eine bislang wenig im Zusammenhang mit Glücksspiel untersuchte Störung stellt Franziska Einsle in ihrem Beitrag *Was wir über Angststörungen wissen und deshalb tun sollten* vor. Da es bislang keine Studien gibt, die die Auswirkungen der Behandlung der einen Erkrankung auf die andere untersuchen, gilt es, für die Herausforderungen in der Behandlung beider Störungen sensibel zu sein und diese zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu gibt es viele Erkenntnisse über *Pathologisches Glücksspielen und komorbide Persönlichkeitsstörung*, die Petra Schuhler insbesondere in Bezug auf die Therapie ausführlich und praxisnah darstellt. Im abschließenden Beitrag geht Johannes Lindemeyer der Frage *Integrativ, sequentiell, parallel? – Die Behandlung von pathologischem Glücksspielern mit komorbiden Störungen* nach und stellt dar, welche Zusammenhänge zwischen pathologischem Glücksspielen und komorbider Störung möglich sind, was integrierte Behandlung bedeutet und inwieweit der therapeutische Verlauf berücksichtigt werden muss.

Die Idee zu diesem Themenheft entstand im Rahmen des letztjährigen 3. *Bayerischen Fachkongresses Glücksspiel „Pathologisches Glücksspielen & komorbide Störungen“* der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern, den die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS konzeptioniert und organisiert hat. Gerne möchten wir uns an dieser Stelle bei Herrn Pabst bedanken, der uns ermöglicht hat, die Inhalte des Fachkongresses auf diesem Weg einem breiten Publikum zugänglich zu machen. Unser Dank gilt auch den Referenten des Fachkongresses, die ihre Vorträge in Artikel umgearbeitet, erweitert und zur Verfügung gestellt haben sowie allen weiteren Autoren, die mit ihren Artikeln die Schwerpunktausgabe vervollständigt und möglich gemacht haben.

Wir freuen uns daher sehr, Ihnen heute mit der Ausgabe *Pathologisches Glücksspielen und komorbide Störungen* ein informatives Kompendium zur Verfügung stellen zu können und hoffen, dass die neuen Erkenntnisse zur Verbesserung der Beratung und Behandlung betroffener Glücksspieler beitragen.

Literatur

Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze,

C., Bischof, G., John, U. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport*. Greifswald, Lübeck: Universitäten Greifswald und Lübeck.



Dipl.-Psych. Ursula Gisela Buchner

Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmungsgesellschaft – Landesstelle Glücksspielsucht
ursula.buchner@bas-muenchen.de



Dipl.-Psych. Melanie Arnold

Geschäftsführerin der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmungsgesellschaft (haftungsbeschränkt)



Prof. Dr. med. N. Wodarz

Chefarzt, Zentrum für Suchtmedizin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum

Die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern

Konrad Landgraf

Die Regelung des Glücksspielens in Deutschland mit den Zielen der Verhinderung krimineller und pathologischer Ausprägungen stellt ein komplexes Spannungsfeld zwischen der Fürsorgepflicht des Staates, der Sicherstellung des Freiheitsspielraums der an Glücksspielen interessierten Bevölkerung sowie den staatlichen und privaten ökonomischen Interessen dar. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. März 2006, dessen Hintergrund die Klage einer Buchmacherin in München war, der eine Erweiterung ihres Gewerbes auf die Vermittlung von ausländischen Sportwetten verweigert wurde, wird die (Neu-)Gestaltung dieses Spannungsfeldes kontrovers diskutiert. In dem Urteil hielt das BVerfG unter anderem fest: „Ein staatliches Monopol für Sportwetten ist mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs.1 GG nur vereinbar, wenn es konsequent am Ziel der Bekämpfung von Suchtgefahren ausgerichtet ist (vgl. Urteil v. 28.03.06 – Az.: 1 BvR 1054/01).“

Als Konsequenz daraus trat zum 1. Januar 2008 der Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV) als gemeinsame Vereinbarung aller deutschen Bundesländer in Kraft, der zur Sicherstellung der genannten Voraussetzungen für die Beibehaltung des staatlichen Monopols vier Hauptziele formuliert:

1. Das Entstehen von Glücksspielsucht und Wertsucht zu verhindern und die Voraussetzungen für eine wirksame Suchtbekämpfung zu schaffen,
2. das Glücksspielangebot zu begrenzen und den natürlichen Spieltrieb der Bevölkerung in geordnete und überwachte Bahnen zu lenken, insbesondere ein Ausweichen auf nicht erlaubte Glücksspiele zu verhindern,
3. den Jugend- und den Spielerschutz zu gewährleisten,
4. sicherzustellen, dass Glücksspiele ordnungsgemäß durchgeführt, die Spieler/-innen vor betrügerischen Machenschaften geschützt und die mit Glücksspielen verbundene Folge- und Begleitkriminalität abgewehrt werden.

Vor dem Hintergrund des Glücksspielstaatsvertrags hat der Freistaat Bayern eine Arbeitsgemeinschaft mit der Errichtung und Führung der LSG beauftragt. Die Mitglieder dieser Arbeitsgemeinschaft sind

- (1) *die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt) (BAS),*
- (2) *der Betreiberverein der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (jetzt: Freie Wohlfahrtspflege Landesarbeitsgemeinschaft Bayern) für die Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern e.V. (LAGFW-BV) und*
- (3) *das IFT Institut für Therapieforchung München (IFT).*

Diese drei Partner steuern zusammen – über ein Koordinierungsgremium – die Tätigkeiten der LSG. Die Zusammenarbeit von drei in den Bereichen Forschung, Fortbildung und Praxis etablierten Partnern ist deutschlandweit einzigartig im Bereich des pathologischen Glücksspiels. Die LSG ist nicht weisungsgebunden und arbeitet fachlich unabhängig, die Finanzierung erfolgt durch das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit*.

Als die LSG 2008 mit ihrer Arbeit begann, lagen nur wenige Kenntnisse über die epidemiologische Situation hinsichtlich des Glücksspielverhaltens, der Anzahl pathologischer Glücksspieler sowie deren Inanspruchnahme von Hilfeleistungen in Bayern vor. Die spezifischen Beratungs- und Behandlungsangebote und entsprechende Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen waren unzureichend und es fehlten Informations- und Aufklärungskampagnen über pathologisches Glücksspielen im Freistaat. Darüber hinaus gab es noch keine Kooperationsstruktur, in der alle notwendigen Maßnahmen zur Suchtprävention und zum Spielerschutz gebündelt waren.

Durch die Einrichtung von 24 halben Fachstellen für die Beratung und Behandlung von Personen mit Glücksspielproblemen konnte das Hilfsangebot für die Betroffenen und deren Angehörige deutlich verbessert werden. Dazu wurden 22 Suchtberatungsstellen zu speziel-

len Spielsucht-Anlaufstellen ausgebaut. Ende 2008 wurde zusätzlich das „Kompetenznetzwerk Glücksspielsucht“ in Bayern ins Leben gerufen. Es bezieht ambulante und stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ein, die an einer engen Kooperation mit der Landesstelle Glücksspielsucht interessiert sind. Die Einrichtungen in diesem Kompetenznetzwerk werden seitens der LSG im besonderen Maße unterstützt. Für alle Fachkräfte, die sich in ihrer Arbeit mit problematischem oder pathologischem Glücksspielverhalten beschäftigen, sowie für Multiplikatoren, Selbsthilfe und die allgemeine Öffentlichkeit wurde ein regelmäßiges und vielfältiges Fortbildungsangebot installiert. Durch die Fortbildungen der LSG konnten bisher knapp 4.000 Personen geschult werden, was zur Qualität der Beratungspraxis von Menschen mit Glücksspielproblemen entscheidend beiträgt. Außerdem wurden verschiedene Arbeitsgruppen (AG Praxis, AG Sozialkonzepte, AG Materialien und weitere) initiiert, die für die Umsetzung der Aufgaben des GlüStV und die Erfüllung der Ziele der Landesstelle operativ tätig waren. Zur besseren Orientierung und raschen Hilfestellung für alle in der Beratung von problematischen Glücksspielern Tätigen wurde das *Praxishandbuch Glücksspiel* erarbeitet, das für viele Berater zu einer Art Standard-Werk und für deren Arbeit praktisch unverzichtbar wurde. Es dient in besonderem Maße dem Informations-Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis. Die LSG hat zudem die Entstehung neuer Selbsthilfegruppen aus dem Kompetenznetzwerk gefördert, sodass sich aus fachlich angeleiteten Gruppen und dem LSG-Projekt ETAPPE (Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ) fünf eigenständige Selbsthilfegruppen für Betroffene und/oder Angehörige gebildet haben. Außerdem wurde ein *Betroffenenbeirat* initiiert, der an der Umsetzung von Projekten beteiligt ist und unter anderem auf die LSG-Kampagne „Verspiel nicht dein Leben“ Einfluss genommen hat. Nicht zuletzt hat die LSG ein einmaliges Hilfsangebot für Glücksspielsüchtige mit türkischem Migrationshintergrund ausgebaut. Das zentrale Angebot stellt hierbei eine Telefon-Hotline dar, die von zwei erfahrenen, türkischsprachigen Suchtberatern mehrmals wöchentlich angeboten wird. Außerdem wurden Inhalte der Homepage und Flyer in türkischer Sprache erstellt. Durch die Kooperation mit zwei anderen Bundesländern konnten die Sprechzeiten zudem weiter ausgebaut werden.

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung stand primär die Kommunikationskampagne „Verspiel nicht dein Leben“ im Mit-

telpunkt. Ihre Grundaussage ist, dass pathologische Glücksspieler/-innen zunehmend ihre sozialen Anknüpfungspunkte (Familie, Arbeit, Freunde) „verspielen“. Um die Kampagne in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken, wurde sie über Großflächenplakate, Online-Banner sowie TV- und Hörfunk-Spots realisiert. Sie erstreckte sich über zwei Etappen (Februar 2010 und September 2010), in denen zahlreiche positive Reaktionen im gesamten Hilfesystem der LSG zu verzeichnen waren. Die Kampagnen-Motive werden über die beiden Etappen hinaus für Flyer, Aktionstage und ähnlich angelegte Angebote und Informationsmaterial verwendet. Zwei thematisch zugehörige Websites – www.verspiel-nicht-dein-leben.de und www.lsgbayern.de – runden das Angebot ab. Durch die großflächig angelegte Kampagne der LSG wurde das Thema problematisches Glücksspiel in der Bevölkerung wesentlich besser wahrgenommen als bisher. Als eine Folge hiervon sind seit Jahren steigende Klientenzahlen in den Beratungsstellen zu verzeichnen.

Durch die regelmäßige Teilnahme an regionalen und überregionalen Arbeitskreisen, Podiumsdiskussionen, Fachtagungen und -kongressen sowie Kooperationen mit verschiedenen im Suchthilfebereich tätigen Gruppierungen konnte die LSG ihre fachliche Expertise erfolgreich weitergeben. Im Bereich der Prävention wurden unter anderem interaktive Materialien und Informationsbroschüren sowie ein Modul für die Zusammenarbeit mit Eltern entwickelt. Die Evaluation der Materialien, Fortbildungen und Schulungsangebote zeigte eine ausgesprochen positive Resonanz. Außerdem wurden durch die Herausgabe einer Schwerpunktausgabe der Zeitschrift *proJugend* Multiplikatoren aus allen sozialen Feldern erreicht.

Im Bereich der Forschung wurde ein Monitoringsystem mit detaillierten Informationen zum Glücksspielangebot, zum Glücksspielverhalten in der Bevölkerung, zum Versorgungsangebot und dessen Nutzung aufgebaut. Das Glücksspielverhalten wurde anhand von Daten aus zwei bundesweiten Befragungen zur Glücksspielnutzung, zum Spielverhalten sowie zu glücksspielbezogenen Problemen in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (Epidemiologischer Suchtsurvey 2006, 2009) erfasst und weist auf verschiedene Veränderungen im Spielverhalten hin. Die Daten der Bevölkerungsumfragen wurden des Weiteren gesondert für das Bundesland Bayern ausgewertet und in Kurzberichten aufbereitet, wobei der Schwerpunkt vor allem auf dem Spielverhalten, der Teilnahme an bestimmten Glücksspielen sowie der Prävalenz von Glücksspielproblemen lag. Hinsichtlich des Versorgungsangebots zeigte

sich, dass im Jahr 2009 in Bayern hochgerechnet 156 ambulante Suchthilfeeinrichtungen, 54 stationäre Einrichtungen und etwa 700 niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten/-innen (28 Prozent der Befragten) Personen mit Glücksspielproblematik beraten beziehungsweise aufgenommen haben. Trendanalysen aus der Suchthilfestatistik der Jahre 2001 bis 2009 belegen, dass die Nutzung des Versorgungsangebots in den Jahren seit 2001 um das Sechsfache gestiegen ist.

Die LSG trägt mit wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen aus ihrer Arbeit und mit ihren fachlichen Maßnahmen, den entwickelten Monitoringsystemen und längsschnittlich angelegten Forschungsprojekten maßgeblich zur Evaluation des GlüStV bei.

Die LSG hat sich mittlerweile als zentrale Einrichtung für Öffentlichkeitsarbeit, Prävention, Beratung und Behandlung, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung in Bayern etabliert. Neben der Fortführung des etablierten Beratungs- und Behandlungsangebots sowie der entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen hat das weitere Monitoring des Glücksspielangebots, des Spielverhaltens sowie des Versorgungsangebots und der Nutzung des Hilfesystems eine zentrale Rolle im System der LSG eingenommen.

Das Jahr 2013 steht nicht nur im Zeichen des Erhalts des bisher Erreichten, es steht auch für neue Wege: So hat die LSG die Weiterentwicklung ihrer Kommunikationskampagne für das kommende Jahr in Planung. Außerdem hat sich die Landesstelle auch für das Web 2.0 und Social Media fit gemacht und spricht mit gleich zwei Facebook-Aufritten und dem interaktiven Browsergame „*Spielfieber*“ ganz gezielt Betroffene, Angehörige und Jugendliche mit einer hohen Computer-Affinität an. Mit „*Verspiel nicht mein Leben*“ – *Entlastung für Angehörige* (EfA) ging zudem ein weiteres Angebot für Angehörige an den Start: Seit dem 1. Juni ist auf www.verspiel-nicht-mein-leben.de ein „E-Mental-Health-Tool“ für Angehörige verfügbar. Mittels eines Online-Selbsttests hat die LSG eine neue Studie zur Entwicklung eines internetbasierten Präventionsangebotes gestartet. Außerdem ist ab Herbst 2013 eine Längsschnittstudie über Risiko- und Schutzfaktoren für junge, pathologische Glücksspieler/-innen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren geplant. Nach wie vor wird die Landesstelle auch mit anderen Bundesländern zusammenarbeiten. Dazu gehört unter anderem der bundesweite Aktionstag gegen Glücksspielsucht, an dem die LSG gemeinsam mit verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen aus ihrem Kompetenznetzwerk einmal im Jahr teilnimmt und dabei das Thema Glücksspiel durch

publikumswirksame Aktionen in den Fokus der Medien und Öffentlichkeit rückt. Aber auch die gemeinsame Herausgabe und Neuauflage der Informationsbroschüre „*zu hoch gepokert*“ ist Bestandteil dieser länderübergreifenden Zusammenarbeit. Besonderes Augenmerk in der Arbeit der LSG liegt natürlich auf der alltäglichen Versorgung und Beratung pathologischer Glücksspieler/-innen und deren Angehörigen durch die von der LSG finanzierten Fachstellen, die einen kontinuierlichen Anstieg der Beratungen verzeichnen. So hat allein in den Jahren 2009 bis 2011 die Anzahl der Klienten/-innen in den von der LSG finanzierten Fachstellen um über 34 Prozent zugenommen. Von einem weiteren Anstieg ist wegen der Zunahme des Glücksspielangebotes im Freistaat und im Internet auszugehen.

Es wird also auch weiterhin viel für die *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern* und ihre Partner zu tun geben. Alle beteiligten Stellen werden auch in Zukunft ihre ganze Kraft auf die wichtigsten Ziele lenken: der Entstehung pathologischen Glücksspiels präventiv entgegenzuwirken sowie Betroffenen und deren Angehörigen in ihrer schwierigen Lage helfend zur Seite stehen.



Konrad Landgraf

Dipl.-Sozialpädagoge (FH)

Seit Ende 2012 Geschäftsführer der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern mit Sitz in München. Studiumsabschluss an der KSFH München, Abteilung Benediktbeuern, im Jahr 1998. 2006 beendete er seine Ausbildung zum Sozialtherapeuten GVS (verhaltens-therapeutisch orientiert). Seit 14 Jahren ist er im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätig. Die ersten Jahre arbeitete er in der Caritas-Fachambulanz für junge Suchtkranke in München. Während dieser Tätigkeit war er in verschiedenen Feldern der ambulanten Suchtkrankenhilfe (z.B. ambulante Rehabilitation, externe Drogenberatung im Strafvollzug, Substitutionsambulanz, ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken etc.) tätig. Im Jahr 2007 übernahm er die Leitung der Caritas-Fachambulanz Garmisch-Partenkirchen, die er bis Ende 2012 innehatte. konrad.landgraf@lsgbayern.de

Legal, illegal, alles egal? – Deutsche Gesetzgebung zum Glücksspiel zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Meike Lukat

Zusammenfassung

Die Ziele eines Gesetzgebers, so zum Thema „Spielerschutz“, dem Schutz der Bevölkerung vor der Ausbeutung des natürlichen Spieltriebs mit all ihren negativen Begleiterscheinungen und das, was in Gesetzen wörtlich steht, findet sich häufig in der Realität nicht wieder. Um die Ursachen zu verstehen, warum Ziele nicht erreicht wurden und auf dem eingeschlagenen Weg nicht erreicht werden können, muss man die Grundlagen betrachten. Der Artikel stellt dar, dass man sich nicht durch undefinierbare angebliche „Unterhaltungscharakteristika“ von Spielen lenken, leiten und vernebeln lassen darf. Jedes Glücksspiel, egal mit welchem Namen, welcher Form oder Farbe, kann man erkennen. Am Beispiel des Glücksspiels an Automaten, welche durch die Physikalisch-Technische Bundesanstalt in Berlin für das Spiel in Spielhallen, in Gaststätten und an anderen vom Gesetzgeber als geeignet betrachteten Örtlichkeiten vorgesehen sind, werden der Wunsch und die Ziele des Gesetzgebers mit der Wirklichkeit abgeglichen. Es wird hinterleuchtet, was der Slogan „Alle Geräte staatlich geprüft“ tatsächlich wert ist.

Hintergrund

Wer in bundesdeutschen Städten unterwegs ist, wird ständig visuell mit einer Vielzahl von Glücksspielangeboten konfrontiert; Lotto, Pferdewetten, Sportwetten aller Art in unterschiedlichsten Formen von Wettannahmestellen, in sogenannten „Casinos“ von der staatlichen Spielbank über gewerbliche Spielhallen bis hin zu „Cafés“ und Schankwirtschaften.

Manche dieser Glücksspielangebote versuchen zu suggerieren, dass sie gar kein Glücksspiel seien unter Zuhilfenahme von Wortgebilden wie dem „Unterhaltungsautomaten“ und der „Unterhaltungsautomatenwirtschaft“ (VDAL, 2011, 2012). Viele der Glücksspielangebote, an denen wir täglich vorbeikommen auf

dem Weg zur Arbeit oder zum Einkaufen, sind vollkommen illegal, aber für uns bereits Normalität geworden und somit unterbewusst in ein legales Bild gerückt. Denn es passt nicht in ein Wertebild, dass das Illegale von Ordnungsbehörden und Polizei einfach „gelassen“ wird, und dies in großem Ausmaß. So ist beispielsweise zu lesen: „150 Wettbüros gibt es nach Auskunft des Kreisverwaltungsreferats in München“ (Süddeutsche Zeitung, 21.06.2012). Und sehr deutlich spricht es die Stadtverwaltung Köln aus, „dass bereits jetzt bis zu 1.000 illegal betriebene Sportwettvermittlungen in Köln eingerichtet sind“ (Stadt Köln, 2013).

Und was die Werbung von Glücksspielen mit „alle Geräte staatlich geprüft“ (ISA Guide, 23.11.2012) tatsächlich hält, wird hier gleich deutlich.

Was hatte der Gesetzgeber sich einmal gedacht und dementsprechend in Gesetzen und Verordnungen formuliert und was finden wir im Alltag tatsächlich vor?

1 Alles ganz einfach

In Grundlagenschulungen zum „Glücksspielrecht“ kann man mit einem einfachen Vergleich ins Thema einsteigen:

Glücksspiel ist, wie Autofahren, in Deutschland grundsätzlich verboten, es sei denn, man hat eine gültige Fahrerlaubnis. Die Fahrerlaubnis kann je nach Größe, Schnelligkeit und Art der Ladung des Fahrzeugs unterschiedlich sein. Hinzu kommen eine Vielzahl von Sicherheitsmaßnahmen in Fahrzeugen und den Örtlichkeiten, wo die Fahrzeuge zum Einsatz kommen. All dies ist notwendig, damit Mensch und Material bestmöglich vor Schäden geschützt werden.

Aber während beim Fahrerlaubnisrecht niemand auf die Idee käme, Liberalisierung zu fordern, die Ausgabe der Fahrerlizenzen an die Privatwirtschaft zu vergeben und damit zu werben, dass jeder doch so, wie er will, überall fahren darf, und die Anzahl der Opfer und

Schäden gegenüber der Freiheit des Menschen, Marktes und Wettbewerbs abzuwiegen, fand genau dies beim Glücksspielrecht in den letzten gut 50 Jahren statt.

Dadurch bedingt sind wir nun konfrontiert mit einer Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen und Gutachten mit oft widersprüchlichen Auslegungen, je nach wirtschaftlichem Interesse. Die Wirtschaft wurde gefördert, die Umsätze stiegen und dies führte in der Gesamtschau zu einer Rechtsprechung (Urteil BVerfG vom 28.03.2006; Urteil EuGH vom 08.09.2010), die die Illegalität in den Städten verfestigt hat, denn Ordnungsbehörden und Polizei wurden in großen Teilen handlungsunfähig gemacht (Deutscher Bundestag, 13.03.2012).

Man muss erkennen, wer welchen gordischen Knoten in Expertenanhörungen und Stellungnahmen kunstvoll herstellte¹, um ihn dann zu zerschlagen, damit man wieder auf die einfache Formel kommen kann:

Glücksspiel ist, wie Autofahren, in Deutschland grundsätzlich verboten, es sei denn man hat eine gültige Fahrerlaubnis.

Und dann kann man auch das Strafrecht in gleicher Weise wieder anwenden und den bestrafen, der ohne behördliche Erlaubnis öffentlich ein Glücksspiel veranstaltet (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Strafgesetzbuch).

2 Eine Vielzahl von Gesetzen

Aktuell sieht man sich in Deutschland einer Vielzahl von Gesetzen gegenüber zu nur einem Thema, dem Glücksspiel:

- Die **Gewerbeordnung** regelt das Glücksspiel an Automaten und die sogenannten „anderen Spiele“ im stehenden und fahrenden Gewerbe, aber NICHT in Spielbanken.
- Dazu gibt es Durchführungsvorschriften, die in der **Spielverordnung** (SpielV) stehen.
- Dazu gibt es in einigen Bundesländern wiederum Durchführungsvorschriften, die sich in der jeweiligen **Verwaltungsvorschrift zur Spielverordnung** finden.
- Zudem gibt es nun in einigen Bundesländern **Spielhallengesetze**, die vor allem die Art und den Umfang der Spielhallen regeln.
- Zur Zulassung der gewerberechtlich geregelten Glücksspielautomaten gibt es **Technische Richtlinien der PTB**, die sich an den Zulassungsinhaber der Bauartzulassung richten.

- Pferdewetten und Lotterien werden über das **Rennwett- und Lotteriegesetz** von 1922 geregelt und seit dem 01.07.2012 wird darüber auch eine Wettsteuer für die Sportwetten via Internet und terrestrisch geregelt.
- Das Glücksspiel im Allgemeinen wird geregelt über den **Änderungsstaatsvertrag zum Glücksspielstaatsvertrag** (GlüÄndStV). Danach sollen nun gemäß einer „Experimentierklausel“ 20 Lizenzen für Sportwetten vergeben werden. Nur in Schleswig-Holstein hatte ein dreiviertel Jahr das **Gesetz zur Neuordnung des Glücksspiels** Bestand und es wurden bereits 25 Sportwettlizenzen, 21 Online-Casino-Lizenzen und 16 Lizenzen zur gewerblichen Spielvermittlung vergeben, die nun für mindestens sechs Jahre gültig sein sollen (Information des Innenministeriums Schleswig-Holsteins als zuständige Genehmigungs- und Aufsichtsbehörde unter www.schleswig-holstein.de, Stand 05.02.2013).
- Zum Änderungsstaatsvertrag zum Glücksspielstaatsvertrag gibt es das jeweilige Landesgesetz als **Ausführungsgesetz**.
- Das Glücksspiel an Automaten in Spielbanken und das sogenannte „Lebendspiel“ wird geregelt über den **Änderungsstaatsvertrag zum Glücksspielstaatsvertrag**, das **Spielbankengesetz** (Ländergesetz), die **Spielbankverordnung** (Bundesgesetz), die **Glücksspielverordnung** (Ländergesetz) und die **Spielordnung** innerhalb der jeweiligen Spielbanken.
- Nach dem **Rundfunkstaatsvertrag** werden Glücksspiele im TV jedoch als „Gewinnspiele“ klassifiziert und geregelt, wenn zur Teilnahme ein maximales Entgelt von 50 Cent genommen wird.

Diese Aufstellung ist nicht abschließend und ist zudem einem ständigen Wandel unterworfen.

Die aktuellen Vorlagefragen des Bundesgerichtshofs an den EuGH vom 24.01.2013, I ZR 171/10, zur inkohärenten Beschränkung des Glücksspiels in Deutschland aufgrund der Lizenzvergaben des Landes Schleswig-Holstein lässt die Halbwertszeit des aktuellen Staatsvertrags zum Glücksspiel in Deutschland errahnen. Hinzu kommt, dass es in Deutschland keine zentrale Glücksspielaufsicht und keine zentrale Ermittlungsbehörde für die Verfolgung von illegalem Glücksspiel gibt. Wenn man von „Vollzugsdefiziten“ oder gar dem angeblichen „Nicht-kontrollieren-können“ von Finanzmärkten und dem Internet liest, muss man fragen: Wer soll es denn machen? Wie viel Personal wurde bundesweit spezialisiert, um diese Tätigkeiten ausüben zu können?

¹ Mündliche Expertenanhörung zum Glücksspielstaatsvertrag am 25.05.2011 in Magdeburg: Bei 51 Anzuhörenden kein einziger Vertreter der Ordnungs-, Steuer- oder Polizeibehörden oder ihrer Gewerkschaften

3 Wunsch und Wirklichkeit

Anhand eines einfachen praktischen Beispiels lässt sich nun darstellen, wie Rechtstheorie auf Praxis trifft: Immer wieder heißt es in der Werbung für Glücksspielautomaten, die in Spielhallen oder im Gaststättenbereich aufgestellt sind, dass „alle Geräte staatlich geprüft“ sind. Hinzu kommt, dass der Begriff des „Glücksspiels“ meist nicht genannt wird und selbst in Gutachten und Berichten der Bundesregierung auf Unterhaltungscharakteristika dieser Spielgeräte abgestellt wird (Bühringer et al., 2010). Der Mensch soll sich sicher fühlen. Alles nur „zur Unterhaltung“, d.h. keine Gefahr.

Tatsächlich ist aber nicht irgendein „Unterhaltungsmoment“ zu berücksichtigen. Es muss vielmehr auf den Spielablauf eines Spiels bzw. Spielgerätes geschaut werden, d.h. ob man den Ausgang des Spiels maßgeblich durch eigenes Geschick beeinflussen kann oder ob die Zufallskomponente ausschlaggebend ist. Dies muss immer bei Betrachtung des Durchschnittsspielers erfolgen, so die einheitliche Rechtsprechung seit der Reichsgerichtsentscheidung von 1894 ff. (RGSt vom 19.03.1894, vom 18.05.1928, BVerwG vom 24.10.2001).

Der Gesetzgeber beschrieb dies auch im § 33 c Gewerbeordnung (GewO), in dem er dort von „Spielgeräten, die mit einer den Spielablauf beeinflussenden technischen Vorrichtung ausgestattet sind“ spricht. Dazu führte der Verordnungsgeber noch aus, dass die Spielzeit, die Einsatz- und Gewinnmöglichkeit begrenzt sein sollen (§ 13 Abs. 1 Nr. 1 SpielV)². Ferner sind u.a. Spielpausen gesetzlich vorgeschrieben (§ 13 Abs. 1 Nr. 5 SpielV)³.

Es soll sich bei den in Spielhallen und Schankwirtschaften aufgestellten Spielgeräten also um „begrenztes Glücksspiel als Geld- oder Warenspielgerät“ handeln. Und die Bauart dieser Spielgeräte soll von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) in Berlin zugelassen werden (PTB-Bericht, 1995; PTB-Bericht, 1999; PTB-Mitteilungen, 2004).

Vereinfacht formuliert stellt ein Hersteller für Spielautomaten einen Antrag auf Bauartzulassung mit einem zur PTB transportierten Prototyp. Bei diesem Prototyp verlässt sich die PTB dann maßgeblich auf Herstellererklärungen (§ 12 Abs. 2 SpielV). So werden z.B. die Glücksspiele selbst von der PTB auf Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht geprüft. Erhält der Spielautomatenhersteller

die Bauartzulassung, kann er für dann gebaute Spielgeräte, zu denen er der PTB schriftlich erklärt, dass diese der Bauart entsprechen, Zulassungen erhalten. Diese Glücksspielautomaten erhalten daraufhin, ohne jemals selbst irgendeiner staatlichen Prüfung oder Prüfung durch den TÜV oder irgendeinen amtlich bestellten Sachverständigen durchlaufen zu haben, nur aufgrund der „Konformitätserklärung“ des Spielautomatenherstellers eine Zulassung der PTB. Die Glücksspielautomaten können somit in Spielhallen, Schank- und Speisewirtschaften, in Beherbergungsbetrieben und beim Buchmacher aufgestellt und betrieben werden.

Dass die Intention des Gesetzgebers zur Spielpause, Einsatz, Gewinn und Spielzeit nicht in den von der PTB zugelassenen Glücksspielautomaten umgesetzt wurde, räumt mittlerweile sogar die Bundesregierung ein und nennt es „Fehlentwicklung“ (BMWi, 2007, 2012).

Was ist also der Slogan „alle Geräte staatlich geprüft“ (ISA Guide, 26.11.2012) tatsächlich wert?

Wunsch trifft auf Wirklichkeit!

Literatur

- Bühringer, G., Kraus, L., Höhne, B., Heinrich, K. & Künzel, J. (2010). *Kurzbericht. Untersuchung zur Evaluierung der Fünften Novelle der Spielverordnung vom 17.12.2005*. Download unter <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/I/ift-bericht-spielverordnung-kurzfassung.property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Bundeswirtschaftsministerium (2010). *Bericht des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Evaluierung der Novelle der Spielverordnung [im Hinblick auf die Problematik des pathologischen Glücksspiels]*. Download unter <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/B/bericht-evaluierung-spielverordnung.property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit vom 13.03.2012. *Drucksache 17 (14) 0247 (3)*. Stellungnahme Lukat. Download unter http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/q_Gluecksspielsucht/Stellungnahmen/17_14_0247_3_Lukat_Meike.pdf
- ISA Guide vom 26.11.2012: *Plakatierung in Merkur-Spielotheken*. Download unter <http://www.isa-guide.de/isa-gaming/articles/67149.html>
- PTB-Bericht IT-3 1995, Brönder, T.
- PTB-Bericht TWD-47 1999, Brönder, T.

² „Die Mindestspieldauer beträgt fünf Sekunden; dabei darf der Einsatz 0,20 € nicht übersteigen und der Gewinn höchstens 2,- € betragen.“

³ „Nach einer Stunde Spielbetrieb legt das Spielgerät eine Spielpause von mindestens fünf Minuten ein, ...“

PTB-Mitteilungen 114, 2004, Bronder, T.

Stadt Köln (2013). *Öffentliche Mitteilung. Vorlagen-Nummer 18.01.2013, 0160/2013 durch Dezernat I/32/321.*

Download unter <http://www.forum-gewerbe-recht.de/attachment,attachmentid-4724.html>

Süddeutsche Zeitung vom 21.06.2012. Download unter <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/deutschland-im-sportwetten-fieber-an-der-schwelle-zur-sucht-1.1388787>

VDAI (2011). *Tätigkeitsbericht der Fachabteilung Musik- und Unterhaltungsautomaten des Verbands der Deutschen Automatenindustrie e.V.*

VDAI (2012). *Tätigkeitsbericht der Fachabteilung Musik- und Unterhaltungsautomaten des Verbands der Deutschen Automatenindustrie e.V.*

Europäischer Gerichtshof (EuGH) vom 08.09.2010 – C-409/06 i.S. Winner Wetten GmbH ./ Stadt Bergheim.

Europäischer Gerichtshof (EuGH) vom 24.01.2013 – I ZR 171/10.



Meike Lukat

Kriminalhauptkommissarin im Polizeipräsidium Düsseldorf, seit 2004 Stadtverordnete im Rat der Stadt Haan, 2007-2013 Mitglied im Ausschuss von vier auf dem Gebiet des Spielwesens erfahrenen Kriminalbeamten der Länder gem. § 1 UnbBeschErtV, seit 2013 Vorsitzende Wählergemeinschaft Lebenswertes Haan
meike.lukat@live.de

Urteile

Reichsgericht (RGSt) vom 19.03.1894 – 360/94.

Reichsgericht (RGSt) vom 18.05.1928 – I 977/27.

Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) 6. Senat vom 24.10.2001 – 6 C 1/01.

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) vom 28.03.2006 – 1BvR1054/01.



Bettina Baltin, Bernhard Häring

Manual für eine Qualifizierte Entzugsbehandlung

Das Manual zur „Qualifizierten Entzugsbehandlung“ ist ein Werkbuch für Mitarbeit im stationären und auch ambulanten Suchtbereich. Es informiert und leitet Berater und Therapeuten an, die in Einzel- und Gruppengesprächen tätig sind. Das Buch gliedert sich in vier große Kapitel. Neben grundsätzlichen Informationen zur Suchterkrankung und „Qualifizierten Entzugsbehandlung“ werden zwei entscheidende Beratungs- und Therapieansätze erläutert. Der „Lösungsorientierte Ansatz“ nach Insoo Kim Berg, Scott Miller, Steve de Shazer und die „Motivierende Gesprächs-

führung“ nach W. R. Miller & S. Rollnick. Im vierten Teil findet der Leser umfangreiches Material zur Gestaltung von Therapiegruppen. Zentrales Anliegen des Buches ist, einen Wechsel in der Beziehungs- und Beratungsarbeit mit abhängigen Patienten anzustoßen. Neben der Lösungsorientierung stehen Ressourcen, Kooperation und Zieloffenheit konsequent im Vordergrund. Ein Paradigmenwechsel, kurz, einfach, einleuchtend, nachvollziehbar und unausweichlich (?).

164 Seiten · ISBN 978-3-89967-028-8 · Preis: 15,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550

pabst.publishers@t-online.de

www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de



Wenn Spieler Räuber werden. Bankraub und Glücksspiel in handlungstheoretischer Perspektive

Christopher Schlembach, Matthias Gaderer, Birgit Zetinigg

Bankraub in Österreich

Bankraub stellt für KriminologInnen aus mehreren Gründen ein besonders interessantes Phänomen dar. Die mediale und gesellschaftliche Aufmerksamkeit ist hoch. Spektakuläre Bankraube werden in Mythen und Legenden verarbeitet (Hutter, 2001). Durchgängige Videoüberwachung lässt kein Dunkelfeld zu. Die Kontexte, in denen Bankraub verübt wird, haben sich geschichtlich gewandelt. Josef Stalin überfiel Banken, weil die russische Revolution Geld brauchte, um das Schicksal der Welt zu verändern (Hedeler, 2001). Heute hoffen Bankräuber fern von der politischen Weltbühne auf das schnelle Geld, als wollten sie im Lotto gewinnen (Schönberger, 2001).

Im Jahr 2011 wurden in Österreich 81 Fälle von „*Raub in Geldinstituten und Postämtern*“ registriert (BM.I, 2011, S. 155), ein deutlicher Rückgang zu den Jahren davor. Ab dem Jahr 2004 war die Anzahl der Delikte stark angestiegen, mit einem Höhepunkt von 136 erfassten Raubüberfällen im Jahr 2007. 2006 war Wien hinter Rom, Mailand und Prag eine der „Hauptstädte des Bankraubs“ (Zetinigg & Gaderer, 2010, S. 291).

Dieser rasante Anstieg veranlasste mehrere Geldinstitute im Jahr 2007, eine Studie in Auftrag zu geben, in deren Rahmen das Phänomen Bankraub umfassend untersucht wurde (Zetinigg et al., 2007). Das Herzstück bildeten qualitative Interviews mit 41 Tätern, die zu diesem Zeitpunkt in österreichischen Justizanstalten inhaftiert waren. Die Forschungsfragen sollten klären, warum Bankräuber manche Filialen überfallen und andere nicht. Wir betrachteten dieses Problem in zwei Stufen, indem wir die Motivgenese rekonstruierten (Warum überfällt jemand eine Bank?) und die Tatgelegenheitswahl betrachteten (Warum überfällt jemand ausgerechnet diese Bank?).

Im Rahmen des Projekts konnten sieben Tätertypen identifiziert werden, die sich in drei Hauptkategorien unterteilen lassen (angelehnt an Matthews, 2002): *Amateure*, *Fortgeschrittene*

und *Profis*. Die Amateure wurden meist vor dem Bankraub nicht straffällig und waren oft auch keine jungen Männer mehr. Bei der zweiten Gruppe, den Fortgeschrittenen, entwickelten sich bereits kriminelle Karrieren. Häufig lagen zahlreiche Vorstrafen vor. Bankraub war ein Delikt neben anderen. Bei den Profis handelte es sich um Täter, die sich auf Bankraub „spezialisiert“ hatten. Sie verfügten über ein großes Fachwissen und viel praktische Erfahrung.

Eine Untergruppe der Amateure war besonders auffällig: Es handelte sich um Männer, die erstmals in ihrem Leben straffällig geworden waren und mehrmals kurz hintereinander dasselbe Geldinstitut überfallen hatten, bis sie schließlich von der Polizei gefasst wurden. Wir nannten diese Gruppe *persistente Amateure*. In ihnen hatte sich ein Muster verfestigt, das sie in einer intensiven kriminellen Phase beibehielten, die mehrere Monate dauern konnte. Charakteristisch für diese Gruppe war das Vorliegen einer Glücksspielproblematik. Die Glücksspielproblematik kann einige Zeit vor dem engeren Umfeld (Familie, Ehefrau, Freunde) verborgen werden. Irgendwann tritt aber eine Konstellation ein, in der das vom Alltag getrennte Glücksspielmuster bedroht wird. Dann bietet Bankraub einen möglichen Ausweg. Bankraub muss in diesem Zusammenhang als eine Form der Beschaffungskriminalität begriffen werden. Die Droge ist Geld und die Bankraube machen das Suchtmittel nicht nur zugänglich, sondern erhöhen auch drastisch die Dosis. In diesem Artikel wollen wir den Zusammenhang von pathologischem Glücksspiel und Bankraub in den Blick nehmen.

Spielsucht und Bankraub: Ein analytischer Rahmen

Pathologisches Glücksspiel ist seit 1991 in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) der WHO aufgenommen und wird als Störung der Impulskontrolle ein-

geordnet. In der Symptomatik erinnert pathologisches Glücksspiel sehr stark an substanzgebundene Süchte (wie Alkoholkonsum oder den Konsum illegaler Suchtmittel). Im Klassifikationssystem DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vom Mai 2013) ist pathologisches Glücksspiel als „Verhaltenssucht“ unter den Abhängigkeitserkrankungen („addictive disorders“) eingeordnet. Eine dementsprechende Änderung ist auch für die ICD-11 in Planung. Aber wie entsteht diese Sucht? Die Antwort aus der psychiatrischen Perspektive ist einfach: Wir wissen es nicht. Die Ursachen für pathologisches Glücksspielen sind unbekannt (Black et al., 2006).

Wir gehen in diesem Artikel daher einen Schritt zurück und wählen eine Analyseebene, in der die Genese individueller Glücksspielmuster aus der Sicht der Handelnden verstanden werden kann. Wir legen dabei den Fokus auf die Handlungssysteme, in die Individuen in ihrem täglichen Leben eingebunden sind und in denen sie auch die Bewusstseinsstrukturen ausbilden, durch die sie die Welt interpretieren. Wir wollen ein Interaktionssystem beschreiben, in dem sich der Wunsch nach Glücksspiel entwickeln und verstärken kann und von dem aus wir die Verlaufsdynamik erfassen können, in der aus einem Freizeitspieler ein problematischer oder gar ein pathologischer Spieler werden kann (aber nicht muss).

Der erste Ausgangspunkt ist Talcott Parsons (1951) Konzept des sozialen Systems und dessen Beziehung zur Persönlichkeit mit Blick auf die Entwicklung und die Bewältigung von Devianz. Parsons meint, dass soziale Systeme wechselseitig aufeinander verweisende Rollenstrukturen darstellen, die aber nie vollständig mit der Persönlichkeit integriert sind. Unter bestimmten Umständen löst diese Fehlintegration von Persönlichkeit und Rollen Reaktionsbildungen aus, die sich zu abweichendem Verhalten verfestigen können. Um den Prozess der Verfestigung von Glücksspielverhalten zu verstehen, ziehen wir Goffmans Gegensatz der *toten* gegenüber der *lebendigen Zeit* heran. Goffman hat diesen Gedanken in seinem Text „*Where the Action Is*“ (Goffman, 1967) formuliert. *Action* verweist auf eine Bewusstseinsstruktur (ein Zeiterleben), in dem sich die berechenbare Zeit des Alltags in eine unberechenbare, beängstigende, aufregende Zeit verwandelt. *Action* kann dort gefunden werden, wo ein Individuum wissend folgenreiche Gelegenheiten ergreift, die als unvermeidbar wahrgenommen werden. *Action* findet man nicht im Alltag, zu Hause oder in der Arbeit (Goffman, 1967). Beim Glücksspiel oder beim Bankraub, da findet man sie.

Der dritte Gedanke betrifft unser Verhältnis zur *Wirklichkeit*. In phänomenologischer Perspektive hat Alfred Schütz (1962) im Anschluss an William James (1950) gezeigt, dass Wirklichkeit den Glauben an die Existenz von Dingen und Personen meint, die unserem Bewusstsein gegeben sind. Der Glaube an die Wirklichkeit des Gegebenen wird durch die Erfahrung, dass wir es handelnd beeinflussen können oder seine Wirkungen erleiden können, verstärkt. Die uns am stärksten bestimmende Wirklichkeit ist der Alltag, der uns ständig umgibt. Aber es ist nicht ausgemacht, dass der Alltag die einzige Wirklichkeit ist, in der wir leben. Die Welt der Wissenschaft, der Dichtung oder des Traums sind ebenso für den sie Erlebenden wirklich, aber unter anderen Voraussetzungen und auf andere Weise als der Alltag.

Unsere Hypothese ist, dass pathologisches Spielen dann auftritt, wenn die Welt des Spielens und der Erfahrungszusammenhang, der sie konstituiert, der Ausgangspunkt unserer Wirklichkeitserfahrung werden. Die Wirklichkeit, in der wir gemeinsam mit anderen leben, wird von der *Spielwelt* dominiert. Die Erinnerung an einen Erlebniszusammenhang von Glücksspiel wird als evidente Sinnstruktur generalisiert und zu einem Schema des Wahrnehmens und Handelns gemacht. Aus einer psychologischen Perspektive, die von der Alltagswelt ausgeht, erscheint dieses Denken als magisch, als eine *Kontroll-Illusion* gegenüber Zufallsprozessen.

Persönlichkeiten und soziale Systeme sind zwar voneinander differenziert. Sie sind aber über komplizierte Formen gegenseitiger Durchdringung miteinander verbunden. Dabei gibt es funktionale Kontexte, in denen sich die Grenzen dieser Systeme stabilisieren können und es gibt Kontexte, in denen sie verschwimmen und sich auflösen. Vor diesem Hintergrund kann Glücksspielsucht das Persönlichkeitssystem umformen, wenn sich das damit verbundene Handlungsmuster als Lösungsmöglichkeit von Konflikten und Spannungen in einem Interaktionssystem verfestigt.

Ein soziales System, in dem Individuen auf Basis wechselseitig geteilter Erwartungen und Normen miteinander handeln, nennen wir *integriert*. Die Integration von sozialem System und Persönlichkeit ist niemals vollständig. Immer bleiben Teile der Persönlichkeit außerhalb der sozial geteilten Erwartungen und es ergibt sich das Problem, wie die damit zusammenhängenden Bedürfnisse im Rahmen dieser Erwartungen befriedigt werden können. Bei Fehlintegration können sich *deviante Tendenzen* entwickeln. Aus der Perspektive der Interaktionssysteme rühren diese Tendenzen daher, dass die Hand-

lungen eines Interaktionspartners (*Alter*) die Erwartungen einer Person (*Ego*) frustrieren. Daraus ergeben sich für *Ego* Ausrichtungsprobleme.

Parsons stellt zwei Wege der Reaktionsbildungen in „gestörten“ sozialen Systemen heraus. Im ersten Fall wird eine Seite der ambivalenten Struktur unterdrückt. Werden die emanzipatorischen, entfremdenden Tendenzen unterdrückt, führt das zu erzwungener Konformität gegenüber *Alter* und den Normen, die er repräsentiert. Wenn die positiven, konformistischen Tendenzen unterdrückt werden, versucht sich *Ego* aus der Bindung an *Alter* bzw. der Orientierung an den durch ihn repräsentierten Normen zu lösen. Sowohl in der *Konformitätsdominanz* als auch in der *Entfremdungsdominanz* sind zwei Varianten möglich, je nachdem, ob *Ego* eher aktiv oder passiv orientiert ist. Aktive Orientierungen unter erzwungener Konformität heißen *Dominanz*. *Alter* soll zur Erfüllung eigener Bedürfnisse gezwungen werden. Passive Orientierung heißt *Unterwerfung*: *Ego* folgt *Alter* aus Angst, dass dieser sich abwendet, obwohl er innerlich gar nicht folgen will. Sind die negativen Tendenzen stärker, so heißt die aktive Orientierung *Aggression* gegenüber *Alter* und seinen Erwartungen. Die passive Orientierung kann man *Ausweichen* nennen: *Ego* will sich den an ihn herangetragenen Erwartungen entziehen. Krankheit kann neben ihrer Konzeption als Rolle aus soziologischer Sicht als eine Tendenz verstanden werden, sich aus sozialen Verbindlichkeiten zurückzuziehen (Gerhardt, 1990).

In der zweiten Umgangsvariante werden ambivalente und konflikthafte Orientierungen dadurch bewältigt, dass *Ego* beide Seiten der ambivalenten Bedürfnisstruktur befriedigt. Das ist in differenzierten und pluralisierten Gesellschaften einfacher, in denen Situationen der Bedürfnisbefriedigung räumlich und zeitlich getrennt werden können. Das Kasino oder die „Automaten-Spielhöhle“ sind solche vom Alltag getrennten Orte, an denen unbefriedigte Wünsche ausgelebt werden können.

Phasen, in denen wir nicht optimal mit den an uns gestellten Erwartungen integriert sind, tauchen im Leben öfters auf. Bisherige Anforderungen und Möglichkeiten müssen dann zugunsten einer neuen Orientierung aufgegeben werden, etwa beim Übergang von der Kindheit ins Jugend- und Erwachsenenalter oder beim Übergang vom Junggesellenstatus in den Status einer verheirateten Person. Phänomene wie die „Midlife-Crisis“ lassen sich ebenso in diese Gruppe von Übergangskrisen einordnen. Solche Übergänge erfordern Neuorientierung und können Unsicherheit und Angst auslösen.

Man kann, kurz gefasst, auf solche Ängste mit *überzogenem Konformismus* reagieren wie ein (aktiver) Fundamentalist oder ein (passiver) Opportunist. Man kann aber auch mit *überzogener Emanzipation und Ausbruch* reagieren wie ein (aktiver) Revolutionär. Flucht in Krankheit und Sucht ist die passive Reaktionsbildung. Man kann, was viel häufiger vorkommt, die psychischen Spannungen in einer solchen Situation lindern, indem Phantasien an die Stelle wirklichen Handelns treten. Phantasien helfen, Ängste zu beruhigen und zu bewältigen. Eine besondere Form solcher Phantasien nennt Parsons (1942/1993) *Romantizismus*. Dabei werden die stärksten emotionalen Wertbindungen von der aktuellen Situation gelöst und an einen Ort jenseits des normalen sozialen Lebens projiziert. Statt realistische Optionen der Veränderung zu ergreifen, wählen sie den Fluchtweg, der in der Phantasie offensteht. Auf der individuellen Ebene lassen sich zwei wichtige Muster von Romantizismus ausmachen:

- (1) der Traum von Glück und Wohlstand, der auf individueller Initiative beruht (der amerikanische Traum) und
- (2) romantische Liebe, die Geborgenheit in einer stark emotionalisierten und alltagsfernen Situation.

Wir können noch den Traum von schnellem Glück und Reichtum ergänzen.

Der Traum vom Reichtum durch Glücksspiel kann auch aktiv verfolgt werden. Diese Tatsache betrifft den Prozess der Glücksspielgenese. Beim Glücksspiel wird durch die Konfrontation mit einem Zufallsereignis eine Situation hergestellt, die zuvor nicht in der Welt war. Diese Situation kann man problematisch nennen, weil sie in ihrem Ausgang nicht festgelegt ist. Zwei Jungen, schreibt Goffman (1967), finden eine Münze und beschließen, sie zu werfen und damit zu klären, wer sie behalten darf. Die Spielsituation ist in ihrem Ausgang offen, Gewinn und Verlust werden festgelegt. Die Ereignissequenz lässt sich in vier Phasen gliedern:

- (1) die *Wettphase*,
- (2) die *Spielphase*,
- (3) die *Enthüllungphase* (Ermittlung des Ergebnisses) und
- (4) die *Auszahlungsphase*.

Die Spielspanne umfasst alle vier Phasen. Im Unterschied zu den biographischen Lebensvollzügen, in denen es solche problematischen Phasen auch gibt, sind beim Spielen alle Phasen in einer einzigen Erlebnisspanne gegenwärtig und erfahrbar.

Eine wichtige Eigenschaft von Spielen ist die *Folgeschwere* der problematischen Phase. Dabei geht es nicht nur um Gewinne und Verluste, die sich im Vorhinein angeben lassen,

sondern auch um die damit verbundenen Hoffnungen und die Aufregung. Während also die Zeit des Alltags und der Routinen „tote“ oder folgenlose Zeit ist, die isoliert in der Erinnerung liegt, wird die Zeit des Glücksspiels als „lebendige“, folgenschwere Zeit erfahren, die auf das künftige Leben wirkt (Goffman, 1967).

Die Folgenschwere des wohlabgegrenzten Spielverlaufs eröffnet eine diffuse Zukunft, in der Phantasien breiter Raum gegeben wird. Spielen ist ein wirkliches Handeln, das gut für die Entfaltung von Romantizismus geeignet ist. Die in der eigenen Lebenssituation nicht veränderbaren und frustrierenden Ereignisse werden über die Spielhandlung in eine mögliche Zukunft projiziert und als etwas geglaubt, das tatsächlich Wirklichkeit werden kann. Die Folgenschwere von Spielen kann sich unter romantizistischen Bedingungen zu einem *schicksalshaften Moment* steigern. Wenn die Münze, die die Jungen in Goffmans Beispiel finden, von einem der beiden für ein entscheidendes Telefonat benötigt wird, wird aus dem problematischen ein schicksalhaftes Ereignis. Meistens sind wir uns dieser Schicksalhaftigkeit von Ereignissen nicht bewusst und wenn, dann erst im Nachhinein. Beim Spielen kann die Schicksalhaftigkeit bewusst werden, weil die ganze Ereignisspanne vor das Bewusstsein tritt und als ein zusammenhängender Gedankenzug erlebbar wird.

Wenn das Bewusstsein der Folgenschwere hergestellt ist, wird die Zukunft, die wir im Spiel imaginieren, mit der Zukunft außerhalb dieses Spiels verschmolzen. So werden im Bewusstsein die Grenzen von Alltagswelt und Spielwelt überwunden und es kann einem Individuum gelingen, von der Spielwelt aus seine allgemeine Situation zu definieren. Die devianten Tendenzen, in denen ein Individuum versucht, mit einer als frustrierend erlebten Situation zurechtzukommen, gewinnen nicht nur die Oberhand. Sie lassen sich auch nicht mehr durch das Wirklichkeitsprinzip, das in der gemeinsam erlebten sozialen Wirklichkeit liegt, kontrollieren.

Wir können also in der Entwicklung von Spielmustern zwei Phasen ausmachen: eine *Spannungsphase* und eine *Transformationsphase*. In der Spannungsphase geraten die betroffenen Personen in ihren Lebenszusammenhängen unter Druck. Die betroffenen Individuen sind schlecht mit dem Handlungssystem integriert. Deviante Tendenzen entwickeln sich, in denen sich passive Entfremdungsdominanz mit Romantizismus verbindet. Insbesondere Menschen, die sich nicht in der Lage sehen, die Situation zu ändern, entwickeln Phantasien, die in eine unbestimmte Zeit projiziert werden, in

der die Sorgen der Gegenwart nicht existieren. In der Transformationsphase verschieben sich die Grenze zwischen der Spielwelt und der Alltagswelt. Die soziale Wirklichkeit wird von jener Bewusstseinsstruktur dominiert, die in der Spielwelt herrscht; und Bankraub, so unser Argument, folgt derselben Bewusstseinsstruktur.

Zwei Fallgeschichten

Wir wollen die gerade dargestellten theoretischen Elemente, mit deren Hilfe die Strukturen und die Prozesse analysiert werden können, die Bankraub und Glücksspiel miteinander verknüpfen, an zwei Fallbeispielen exemplifizieren. In beiden Fällen handelt es sich um Täter, die wir als „*persistente Amateurs*“ klassifiziert haben.

Ariel

Ariels problematisches Spielverhalten und die damit zusammenhängenden Folgen entwickelten sich etwa vier bis fünf Jahre vor seinem ersten Banküberfall. Kurz vor den Banküberfällen waren seine Lebensumstände besonders prekär. Er war selbstständig und hatte durch das Spielen seine Geschäfte verloren und Schulden angehäuft. Parallel dazu kam es zu einer Scheidung. Ariels Leben stürzte ins Chaos. Spannungen entwickelten sich im familiären und im beruflichen Bereich; Fluchttendenzen nahmen in dem Maße zu, in dem die allgemeine Situation schwieriger (chaotischer) wurde. Der Interviewte berichtete in diesem Zusammenhang von Kontrollverlust über sein Spielverhalten. Auch konnte er mittlerweile nicht mehr auf die finanzielle Unterstützung von Familie und Freunden hoffen, da er schon oft darauf zurückgegriffen hatte und immer wieder rückfällig geworden war. Ariel berichtete von einem Vertrauensverlust seines privaten Umfeldes ihm gegenüber, was auf sein wiederholtes Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu vertuschen, zurückzuführen war. Schlussendlich, unter dem Druck der Geldbeschaffung, fasste Ariel den kurzfristigen Entschluss, eine Bank zu überfallen. Ausschlaggebend für die Tat war ein starkes Frustrationserlebnis, als Ariel am Wochenende zuvor etwa 10.000 Euro an einem Abend in einem Spiellokal verloren hatte.

„Ja, was mach ich jetzt. Ich muss essen, ich muss trinken, ich muss was zahlen. Ich hab so 10-12.000 Euro an dem Abend dort am Wochenende verloren. Ja dann tu ich halt eine Bank überfallen [...]“

Ariel beschloss, einen Bankraub zu begehen, weil er glaubte, so am ehesten an das *schnelle Geld* zu kommen. Es ist aus der Spielperspektive ein Weg, verlorenes Geld wieder zurückzugewinnen (chasing). Die von ihm gewählte Bank befand sich in unmittelbarer Nähe zum Spiellokal. Ariel war zuvor einige Male in der Bankfiliale, um Geld zu wechseln, und kannte die örtlichen Gegebenheiten. Den Banküberfall selbst sieht er rückwirkend als einen Akt der Verzweiflung, eine schicksalshafte Handlung, um alles zu beenden. Bewusstsein von Folgeschwere stellt sich ein. Der Banküberfall wird im Rückblick nicht so sehr als Lösung einer finanziellen Notlage gesehen, sondern eher als Mittel, um mit der Festnahme eine unbeherrschbare, unkontrollierbare Situation zu beenden:

„[...] also im Nachhinein kann ich sagen, das war mehr so wie, ich sag nicht ein Hilferuf von mir, aber ich wusste entweder ich mach etwas extrem und dann beende ich vielleicht das Extreme, was bei mir schon läuft, das ist das Spielen oder weiß nicht, oder derselbe Tanz anders – ein Banküberfall [...]“

Seinen emotionalen Zustand während des Banküberfalls beschreibt Ariel als „ruhig von der Aktion, aber besessen von meiner Sucht.“ Im Vordergrund stand das Verlangen, möglichst bald wieder spielen zu können. Nach dem geglückten Banküberfall fuhr der Täter nach Hause, zählte die Beute – es sind über 20.000 Euro – und ging sofort wieder in ein Spiellokal. Der Bankraub intensiviert die Entfremdungstendenzen enorm. Zwei oder drei Tage trieb er sich durchgehend in verschiedenen Spielhallen herum. Diese Zeit ist ihm vage in Erinnerung. Er glaubt, beim Spielen nichts verloren zu haben, meint sogar, etwas gewonnen zu haben. Diese Erinnerung spiegelt sehr gut das selektive Gedächtnis eines Spielers wider, in dem Gewinne kognitiv besser repräsentiert werden als Verluste. Die Konstitutionsprozesse des Bewusstseins sind von der Spielwelt her strukturiert. Dennoch sind die Gesetze der Wahrscheinlichkeit nur in der subjektiven Perspektive außer Kraft gesetzt und es ist nur eine Frage der Zeit, bis das Geld verspielt ist. Der Kreislauf des Gewinnens und Verlierens dauerte insgesamt zwei bis drei Wochen, bis das gesamte Geld vollständig verloren war. Am Ende stand er wieder ohne Geld da und der kriminelle Kreislauf begann von neuem. Er wusste noch, wie schnell und einfach der erste Raub abgelaufen war. Er beging drei weitere Bankraube, jeweils in der gleichen Bank, bevor er gefasst wurde.

„Und das war immer so ein Spiel zwischen mir, zwischen dem Wunsch zu spielen und die-se – wie soll man da sagen – man spürt, wenn

man sich selbst verliert. Beziehungsweise, dass man sich verändert oder dass man sich nicht auskennt, aber man kann dagegen nicht so viel machen, weil es steuert immer dagegen die Spielsucht [...]“

Die doppelte Existenz zwischen Spielwelt und Alltagswelt wird durch Bankraube verschärft. Kriminelle Handlungen sind vor Dritten schwieriger einzugestehen als Spielprobleme. Zwischen dem dritten und vierten Bankraub gab es dennoch eine Phase, in der er neu beginnen wollte. Er versuchte, sich von dem kriminellen Leben zu distanzieren und aus dem Kreislauf der Glücksspielsucht und der illegalen Geldbeschaffung auszusteigen. Er fuhr drei Monate auf Urlaub und beschloss, bei seiner Rückkehr ein neues Leben zu beginnen. Urlaub ist ebenso eine Form „konkreter Utopie“ wie das Glücksspiel. Es ist ein Erlebniszusammenhang, der fern vom Alltag und den damit verbundenen Problemen liegt. Erneut verhakte sich aber das Problemverhalten mit beruflichen Perspektiven. In dieser eröffnete sich ihm die Möglichkeit, mit einem Bekannten ein Geschäftslokal zu kaufen. Das Geld dazu bekam er von seiner Familie, bei der er auf Urlaub gewesen war. Drei Wochen vor der Geschäftsübernahme hatte er seinen Anteil verspielt. Als sein Geschäftspartner ihn wegen der bevorstehenden Geschäftsübernahme kontaktierte und sich nach dem Rechten erkundigte, log Ariel und täuschte vor, alles würde passen. Am Tag, an dem der Kaufvertrag unterschrieben hätte werden sollen, beschloss er, eine Bank zu überfallen. Im Verlauf dieser Tat wurde er gefasst.

Zu dem Druck der Geldbeschaffung kamen bei Ariel auch physische und psychische Auswirkungen von Entzugerscheinungen hinzu. Die Phasen, in denen er nicht spielte, vergleicht er mit einem Drogenentzug. Er berichtet von Symptomen wie Unruhe, Schlaflosigkeit, Unlust, Appetitlosigkeit und Depressionen. Das Nicht-Spielen war für ihn, wie in ein Loch zu fallen. Man kann anhand solcher Erlebnisse gut sehen, was es bedeutet, wenn das Bewusstsein von einem intensiven Zeiterleben, „*where the action is*“ geformt wird. Diesem Bewusstsein gegenüber ist die „*tote Zeit*“ unerträglich und verweist zudem auf eine Situation mit nahezu unlösbaren Problemen und nicht auf einen geordneten Alltag, auf den man sich verlassen kann. Sobald er spielt, verschwinden die zuvor beschriebenen Symptome.

Albert

Im nächsten Fallbeispiel sind die zwei Phasen, die *Spannungsphase* und die *Transformationspha-*

se, noch besser erkennbar. Albert war ein junger Mann, unbescholten, aus gutbürgerlichem Haus. Seine berufliche Entwicklung war aussichtsreich und er stand kurz vor einem Studienabschluss und einer Steuerberaterprüfung. Er hatte also keine finanziellen Probleme. Seit kurzem war er verheiratet, was dem beruflichen Erfolg privates Glück zur Seite stellt. Trotz dieser durchwegs positiven Voraussetzungen hatte er aber immer mehr das Gefühl, dass sein Leben eine andere, ihm nicht passende, Richtung nahm. Aber er konnte weder mit seiner Frau über die gemeinsame Beziehung reden, die sich für ihn nach der Heirat verändert hatte, noch konnte er seiner Familie, im Speziellen seinem Vater, vermitteln, dass er den Erwartungshaltungen, die an ihn gestellt wurden, nicht genügen konnte. Das Handlungssystem, dessen Teil Albert war, stand unter Spannungen. Nach außen hin versuchte Albert, ein ruhiges und gesittetes Leben darzustellen, aber innerlich begann diese Fassade zu zerbröckeln. Er berichtete sogar von Panikzuständen bei der Vorstellung, dass sein Leben diese schon für ihn absehbare Richtung beibehalten würde. Die Zukunft hatte sich in der Terminologie Goffmans in „tote Zeit“ verwandelt, in der alles berechenbar und unausweichlich abläuft. Die Einstellungen, denen Albert folgte, wurden zugleich nach Formen der Konformitätsdominanz und der Entfremdungsdominanz strukturiert. Albert versuchte, den an ihn gestellten Erwartungen zu entsprechen, aber ohne sie zu akzeptieren. Zugleich flüchtete er zeitweise aus der Situation in die Welt des Glücksspiels. Umgekehrt bedeutete das: Albert sah sich nicht in der Lage, die eigene Situation zu verändern. Da er mit niemand über seine Probleme reden konnte oder zumindest glaubte, nicht reden zu können, begann in ihm ein Einkapselungsprozess (Lofland, 1969), eine extreme Form passiver, entfremdungsdominanter Handlungsorientierung (Flucht aus der Situation). Er zog sich innerlich zurück und schloss die Möglichkeit externer Hilfe aus. Mittlerweile glaubte er, dass seine Probleme unter „normalen“ Umständen nicht mehr zu lösen seien. Zu diesem Zeitpunkt ging er das erste Mal mit Freunden ins Casino.

„[...] hab ich das schon im Unterbewusstsein – ich hab mehr oder weniger gewusst, dass mich das [Anmerkung: das Spielen] dann in eine Schiene bringt [...] Ja es war für mich eine extreme – sag ich mal – es war eine extreme Ablenkung und ich hab schon gewusst, dass ich... irgendwann wird's darauf hinauslaufen, dass ich irgendwann an einen Punkt komme, wo das nicht mehr geht, nicht. Und ich hab mich dann entschieden, weil das wollte ich ja [...]“

Obwohl ihm bewusst war, dass Spielen grundlegende Auswirkungen auf sein bisheriges Leben haben würde und dass er früher oder später an einen Punkt gelangen würde, an dem er nicht mehr weitermachen kann, ließ er sich darauf ein. Spielen ist in einer angespannten Situation zugleich ein Fluchttort und ein Weg, um Phantasien auszuleben, die sich als Linderung frustrierender Situationen entwickeln.

Meist ging Albert direkt nach der Arbeit spielen. Beim Glücksspielen tauchte er in eine „andere Welt“ ein, er verlor das Gefühl für die Zeit und seine Probleme verschwanden. Beim Spielen ist, wie Goffman (1967) meinte, die gesamte Handlungsspanne von der Entscheidung bis zum Eintritt des Ergebnisses und dessen Kenntnisnahme erlebbar. Das ist in langfristigen biographischen Prozessen nicht der Fall. Damit wird in der Spielwelt das Zeiterleben völlig neu ausgerichtet und es eignet sich daher so gut, die Welt um uns herum zu vergessen:

„[...] und das war – wie eine andere Welt, also wie wenn einer tauchen geht, oder so. Man verliert komplett auch die Zeit und das war eigentlich eine komplett andere Welt und da hab ich keine Probleme mehr gehabt und nichts mehr und [...]“

Phantasieproduktion und Flucht aus der Situation boten für Albert eine Möglichkeit, die als unveränderlich erlebte Alltagssituation zu ertragen. Unweigerlich häuften sich Schulden an. Eine Zeitlang konnte er die Situation vor seinen Angehörigen verbergen. Er nahm heimlich einen Kredit auf und musste darüber hinaus ein Auto auf Leasing nehmen, da er einen schweren Verkehrsunfall gehabt hatte. Hier kann man den Kreislauf des Suchtverhaltens sehr gut beobachten: Das Glücksspielen wird im Moment als kurze Erleichterung empfunden, dann folgen Schuldgefühle, die dann wieder zu Spannungszuständen führen. Diese Spannungszustände sind dann wieder Ausgangspunkt zum Spielen. Albert wurde „Gefangener“ seines Glücksspielsuchtverhaltens. Mittlerweile hatte Albert die Phase des problematischen Glücksspiels überschritten und befand sich in der Phase des pathologischen Glücksspiels. Der Spieler verliert die Fähigkeit, seine Handlungen zu kontrollieren, Entscheidungen zu treffen und zwischen Verhaltensalternativen zu wählen. Das Spielen wird zum zentralen Lebensinhalt, er beginnt rund um das Spielen ein Lügengerüst aufzubauen. Die Sucht gewinnt immer mehr an Einfluss auf alle Lebensbereiche und limitiert die Verhaltensspielräume (Petry 2003). Familie, Beruf und andere Interessen werden durch das Glücksspiel absorbiert. Durch die Kommunikationslosigkeit und soziale Isolation begann Albert ein Doppelleben zu füh-

ren. Auf der einen Seite war er der gute und verantwortungsvolle Ehemann und Sohn und erfolgreiche Steuerberater und auf der anderen Seite der hochverschuldete, pathologische Glücksspieler.

„Also psychisch war es extrem anstrengend, weil ich hab dieses Doppelleben geführt – es hat also wirklich niemand gewusst, ja. Absolut niemand. Hab auch mit niemanden darüber reden können, weil das Einzige, was ich immer gehört hab, war, nein, du machst das schon. Super. Wir sind stolz auf dich und irgendwie hab ich gewusst, so ist es nicht [...]“

Immer wieder wog er ab, ob es nicht sinnvoller wäre, sich Hilfe von außen zu holen. Doch Albert hatte zu diesem Zeitpunkt den Punkt überschritten, an dem er sich noch hätte mitteilen können. Albert erlebte sich von sich selbst entfremdet, als jemand, der er nicht ist. Er erwähnte auch, dass es ein Problem für ihn war, sich einzugestehen, dass er mit seinem Leben nicht zurechtkam. Als er schließlich die Leasingraten für sein Auto nicht mehr zahlen konnte und ihm unmittelbar die Wegnahme des Autos bevorstand, beschloss er kurzfristig ein Postamt zu überfallen. Das war deshalb der Ausgangspunkt für seinen Raub, weil er das Auto für seine Arbeit benötigte und dessen Verlust nicht vor seiner Frau hätte verbergen können.

Albert beschloss, eine Bankfiliale, die auf seinem täglichen Weg zur Arbeit lag, zu überfallen und setzte alles auf eine Karte. Entweder es geht gut oder nicht: Es ist dieselbe Situation wie beim Glücksspiel. Mit einem erfolgreichen Raub hatte Albert nicht gerechnet und er war verwundert, dass es so einfach funktioniert hatte. Einen Teil von der Beute hob er sich für das Wochenende auf und den Rest verspielte er noch am selben Tag. Der Raub führte Albert noch tiefer in den sozialen Rückzug und nahm ihm jede Hoffnung auf ein entlastendes Gespräch mit einem Außenstehenden.

„Da ist man irgendwie dann in dem Strudel drinnen, da hab ich dann schon überhaupt nicht mehr irgendwie mit irgendjemand reden können.“

Er überfiel insgesamt dreimal die gleiche Filiale und eine weitere Bankfiliale, bevor er schließlich gefasst wurde. Letztendlich war Albert froh, dass er gefasst wurde und damit etwas endete, das er selbst zu beenden nicht in der Lage gewesen war. Er sah seine Verhaftung als Möglichkeit, aus seinem bisherigen Leben auszusteigen, und als große Erleichterung. Auch wenn der Preis mit acht Jahren hoch war, unter diesen Umständen hätte er so nicht mehr weiterleben wollen.

„Na wobei es für mich eine Erleichterung war. Also ich hab gar nicht so sehr gedacht an die Fa-

milie, was passiert dann. [...] Sondern für mich war das dann einfach so, dass das geendet hat – das Doppelleben und das Ganze.“

Resümee

Die zwei Beispiele veranschaulichen einen Prozess, in dem Menschen in kritischen Lebenssituationen Glücksspiel als Ausweg in einer Lage nutzen, der sie nicht zu entkommen meinen. Glücksspiel scheint aus mehreren Gründen ein sehr gut geeignetes Mittel, um angespannte Situationen zu stabilisieren. Es macht die Alltagsprobleme vergessen, weil es die Aufmerksamkeit vollständig in einem intensiven Zeiterleben bindet, das die gesamte Handlungsspanne von der Entscheidung bis zu den Ergebnissen umfasst. Glücksspiel kann alle Phantasien aufnehmen, die sich in Geld übersetzen lassen, und eröffnet die Hoffnung, die gegenwärtige Situation zu verändern. Glücksspiel ist eine Konkretisierung von Romantizismus und kann in nahezu unbegrenzter Weise Träumen Gestalt geben. Während aber der amerikanische Traum – ich kann aus eigener Kraft vom Tellerwäscher zum Millionär aufsteigen – die eigene Leistung als Möglichkeit, einer Situation zu entkommen, idealisiert, ist es beim Glücksspiel eine zugeschriebene, von außen über den Spieler hereinbrechende Option. Das entspricht einer passiven Handlungsorientierung oder – im Schema der Devianz – passiver Entfremdungsdominanz. Das Glück wird aber auch in der passiven Haltung vom Spieler herausgefordert. Der Akt des Bankraubes stellt in Bezug dazu eine ähnliche Handlung dar, wie der Begriff *Vabanque* („Es gilt die Bank!“; heute Ausdruck für ein riskantes Unternehmen) nahelegt.

Im Prozess der Entwicklung von pathologischem Glücksspiel gibt es zwei Phasen. Eine *Spannungsphase* und eine *Transformationsphase* (Verschiebung der Sichtweise auf die Welt). Die romantischen Träume bleiben dann nicht an jenem fernen utopischen Ort, sondern werden als reale Optionen der Realitätsbewältigung verstanden und damit verwechselt. Wenn einmal die Wirklichkeit von der Spielwelt aus gedacht und erlebt wird, ist es kaum mehr möglich, Prozesse der Bedürfnisbefriedigung von der Alltagswelt aus zu kontrollieren.

Glücksspiel und Bankraub haben die „tote Zeit“ in eine „lebendige Zeit“ verwandelt. Dieses Zeiterleben ist nun bei Glücksspiel und bei Bankraub identisch und aus dieser Perspektive lässt sich ein Bankraub wie eine neue Variante einer Spielhandlung begreifen. Jene Täter, die wir als „persistente Amateure“ bezeichnet haben, lernen, dass es gar nicht so schwierig ist, eine

Bank zu überfallen und sich damit die Gegenwart des Spielens weiterhin aufrechterhalten lässt. Sie sind in eine Spielwelt eingeschlossen, aus dem Alltag ausgeschlossen und in der Regel nicht in der Lage, über ihre Probleme zu sprechen. Unfähig, sich aus der Situation zu lösen, behalten sie das durch Bankraub erweiterte Spielmuster solange bei, bis sie gefasst werden. Es ist nur eine Frage der Zeit. Im Grunde ist ein Bankraub also eine Form von Beschaffungskriminalität, für die sich ein Spieler entscheiden kann, wenn der durch das Spielmuster erzeugte Handlungsdruck so groß wird, dass das Spielmuster aufgegeben werden muss. Die Gründe dafür lassen sich eher situativ verstehen und scheinen mitunter darin zu liegen, dass Bankraub heute eben kein spektakuläres Gewaltverbrechen sein muss.

Literatur

- Black, D. W., Monahan, P., Temkit, M., Shaw, M. (2006). A family study of pathological gambling. *Psychiatry Research*, 141, 295-303.
- BM.I (2011). *Sicherheitsbericht 2011: Kriminalität 2011. Vorbeugung und Bekämpfung*. Wien: Bundesministerium für Inneres.
- Gerhardt, U. (1990). Models of Illness and the Theory of Society: Parsons' Contribution to the Early History of Medical Sociology. *International Sociology*, 5 (3), 337-355.
- Goffman, E. (1967). Where the action is. In: Goffman, E., *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior* (S. 149-270). New York: Anchor.
- Hedeler, W. (2001). Josef der Räuber – revolutionärer Terror in Rußland. In: Schönberger, K. (Hrsg.), *Vabanque: Bankraub. Theorie. Praxis. Geschichte* (S. 134-141). Berlin, Hamburg, Göttingen: Assoziation A.
- Hutter, T. B. (2001). „Ich wollte ein edler Räuber sein“ – die Kimmel-Bande, ein Pfälzer Mythos. In: Schönberger, K. (Hrsg.), *Vabanque: Bankraub. Theorie. Praxis. Geschichte* (S. 78-91). Berlin, Hamburg, Göttingen: Assoziation A.
- James, W. (1950). *The Principles of Psychology*. New York: Dover.
- Kalke, J., Buth S., Rosenkranz, M. (2011). *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich: Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention von Glücksspielsucht*. Freiburg: Lambertus.
- Lofland, J. (1969). *Deviance and identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Matthews, R. (2002). *Armed robbery*. Cullompton: Willan.
- Parsons, T. (1942/1993). Democracy and Social Structure in Pre-Nazi-Germany. In: Gerhardt, U. (Hrsg.), *Talcott Parsons on National Socialism* (S. 225-242). New York: Aldine de Gruyter.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge.
- Petry, J. (2003). *Pathologisches Glücksspielverhalten. Ätiologische, psycho-pathologische und psychotherapeutische Aspekte*. Bonn: Neuland.
- Schönberger, K. (2001). „Jeder will doch Geld haben“ – Bankraub und Lottogewinn. In: Schönberger, K. (Hrsg.), *Vabanque: Bankraub. Theorie. Praxis. Geschichte* (S. 38-53). Berlin, Hamburg, Göttingen: Assoziation A.
- Schütz, A. (1962). On multiple realities. In: Natanson, M. (Hrsg.), *Collected Papers I: The Problem of Social Reality* (S. 207-259). Den Haag: Nijhoff.
- Zetinigg, B., Gaderer, M., Schirl, I., Schlembach, C. (2007). *Bankraub in Österreich. Subjektive und Situative Aspekte der (Re-)Viktimisierung von Bankfilialen*. Unveröffentlichter Bericht.
- Zetinigg, B., Gaderer, M. (2010). Validating offenders' accounts: learning from offender interviews with bank robbers in Austrian prisons. In: Bernasco, W. (Hrsg.), *Offenders on Offending: Learning about crime from criminals* (S. 290-310). Cullompton: Willan.



Dr. Christopher Schlembach

Studium der Germanistik, Soziologie und Philosophie in Wien, arbeitet am Kuratorium für Verkehrssicherheit (KFV) und als Lehrbeauftragter an der Universität Wien. Breit gefächerte Arbeitsgebiete in der Kriminalsoziologie, der organisationssoziologischen Sicherheitsforschung, der soziologischen Theorie und ihrer Geschichte.
christopher.schlembach@kf.v.at

Mag. Matthias Gaderer

Studium der Soziologie, Publizistik und Kommunikationswissenschaft, Absolvent des Universitätslehrgangs für Markt- und Meinungsforschung an der Universität Wien.
mat.gaderer@gmx.net

Birgit Zetinigg, B.A., MSc

Studium der Soziologie und Kriminologie in England, Abschluss mit MSc. in Criminal Justice Policy an der London School of Economics and Political Science (London).
birgit.zetinigg@hotmail.com

EfA – Ein E-Mental-Health-Programm für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler

Ursula Gisela Buchner^{1,2}, Annalena Koytek¹, Melanie Arnold¹, Norbert Wodarz³, Jörg Wolstein²

Abstract

Derzeit gibt es in Deutschland kaum Beratungs- oder Behandlungsangebote, die speziell auf Angehörige pathologischer und problematischer Glücksspieler ausgerichtet sind, obwohl diese Klientel von der Erkrankung stark betroffen ist: Angehörige pathologischer Glücksspieler leiden in ähnlicher Weise unter der Erkrankung wie Angehörige Substanzabhängiger. Sie sind chronischen Stressoren ausgesetzt und haben daher ein hohes Risiko für stressbedingte physische und psychische Erkrankungen. Um das Risiko der Angehörigen für eine eigene Erkrankung zu reduzieren, ist die Vermittlung funktionaler Strategien zur Bewältigung der Situation hilfreich. Inzwischen liegt im deutschsprachigen Raum mit ETAPPE ein evaluiertes und praktikabel umsetzbares Gruppentraining vor. Eine flächendeckende Versorgung der Angehörigen wird aber nicht praktikabel sein. Da das Internet bei psychosozialen Problemen häufig sowohl als Informationsquelle als auch bei der Recherche nach Hilfemöglichkeiten genutzt wird, bietet es einen niedrigschwelligen Zugang – auch für Menschen, die noch gar nicht aktiv nach Behandlung vor Ort suchen. Daher wird ein entsprechendes Angebot für Angehörige von problematischen und pathologischen Glücksspielern als E-Mental-Health-Programm unter dem Titel „Verspiel nicht mein Leben“ – Entlastung für Angehörige (EfA) entwickelt.

Hintergrund

In den vergangenen Jahren hat sich in Deutschland die Behandlungssituation für pathologische und problematische Glücksspieler stark verbessert. Es stehen einerseits mehr spezialisierte Beratungsstellen zur Verfügung, andererseits bieten nun auch über 50 stationäre

Einrichtungen Therapieangebote für betroffene Glücksspieler an (Buchner et al., 2013a). Dennoch gibt es kaum Angebote, die auf Angehörige pathologischer Spieler ausgerichtet sind, obwohl Schätzungen zufolge für jeden erkrankten Glücksspieler weitere 10-15 Personen, d.h. Partner, Eltern, Geschwister, andere Verwandte sowie Freunde oder Kollegen, mit betroffen sind (Lesieur & Custer, 1984). Einer Studie aus Norwegen zufolge sind dort circa 2% der Allgemeinbevölkerung Angehörige von pathologischen Spielern (Wenzel et al., 2008): Mit Hilfe einer Adaption des Lie-/Bet-Screens (Johnson et al., 1997) wurden in einer großangelegten epidemiologischen Untersuchung die Personen identifiziert, die angeben, einen Spieler als nahen Angehörigen zu haben. Insgesamt beantworteten 2% beide Fragen der adaptierten Version des Tests – „Haben Sie jemals bemerkt, dass ein naher Verwandter immer mehr Geld bei Glücksspielen einsetzt?“ und „Haben Sie jemals die Erfahrung gemacht, dass ein naher Verwandter Sie darüber angelogen hat, wie viel er/sie spielt?“ – mit „Ja“, sodass hier von Angehörigen Glücksspielsüchtiger ausgegangen werden kann. Allerdings beantworteten sogar 4,3% zumindest eine der beiden Fragen mit „Ja“, daher liegt die Anzahl der betroffenen Angehörigen vermutlich noch höher.

Die Unterstützung der Angehörigen ist aus zwei Perspektiven heraus sinnvoll und notwendig: Einerseits könnte die Arbeit mit Angehörigen im Sinne des CRAFT-Ansatzes (Community Reinforcement and Family Training; Meyers et al., 1999) dazu beitragen, die betroffenen Spieler zu einer Behandlungsaufnahme zu motivieren und zu einer Reduktion des Glücksspielverhaltens führen. Die Wirksamkeit des Ansatzes wurde für Angehörige Substanzabhängiger nachgewiesen (vgl. Bischof & Freyer, 2006). Auf der anderen Seite sind die Angehörigen selbst durch die Erkrankung stark belas-

¹ Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmengesellschaft (haftungsbeschränkt), München

² Institut für Psychologie, Otto-Friedrich-Universität Bamberg

³ Zentrum für Klinische Suchtmedizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

tet (Buchner et al., 2012) und befinden sich in hoch stressreichen Lebensumständen (Hodgins et al., 2007). Sie haben daher ein erhöhtes Risiko, eigene physische, psychische und soziale Probleme zu entwickeln (Krishnan & Orford, 2002).

Auswirkungen auf Angehörige

Angehörige pathologischer Glücksspieler leiden in ähnlicher Weise unter der Erkrankung wie Angehörige Substanzabhängiger: So treten auch bei Letzteren beispielsweise finanzielle Probleme auf (Krishnan & Orford, 2002). Bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler zeigen sich finanzielle Probleme etwa an der Höhe der glücksspielbezogenen Schulden (Kroher et al., 2010). Des Weiteren finden sich interpersonelle Konflikte bei Angehörigen Substanzabhängiger (Krishnan & Orford, 2002) ebenso wie bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler (vgl. Dickson-Swift et al., 2005; Grant Kalischuk, 2006). Zudem haben beide Angehörigengruppen ein erhöhtes Risiko, häusliche Gewalt zu erleben (Copello et al., 2009; Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Korman et al., 2008). Dabei sind im Bereich des pathologischen Glücksspiels die Ursachen für die Gewalt unklar: Es könnte ein Zusammenhang zur geringen Impulskontrolle der pathologischen Glücksspieler bestehen oder zur niedrigen Frustrationstoleranz. Möglich wäre auch, dass die Gewalt Ausdruck von Aggressivität oder antisozialem Verhalten ist, andere mögliche Ursachen wären affektive oder substanzbezogene Störungen (Shaw et al., 2007). Angehörige von Glücksspielern sind auch auf weiteren Ebenen belastet: Chronische Unsicherheit und Vertrauensverlust sind, ebenso wie Angst vor (weiteren) Schulden und Verlust der finanziellen Sicherheit, häufig wichtige Themen für diese Zielgruppe (Lorenz & Yaffee, 1988, 1989; Blaszczyński et al., 1999; Dickson-Swift et al., 2005). Da die Angehörigen chronischen Stressoren ausgesetzt sind, haben sie ein hohes Risiko für stressbedingte physische und psychische Erkrankungen (Krishnan & Orford, 2002). Häufig berichten sie über Schlafstörungen (Wenzel et al., 2008) und gesundheitliche Probleme, wie Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen und asthmabezogene Probleme (Lorenz & Yaffee, 1988). Darüber hinaus berichten in einer Studie 27% der Angehörigen von Suizidgedanken und -versuchen (Lorenz & Yaffee, 1988). Zudem finden sich unzureichende Bewältigungsstrategien wie exzessives Trinkverhalten oder gestörtes Essverhalten (Lorenz & Shuttlesworth, 1983). Dieses dysfunktionale Verhalten könnte einen erfolglosen Versuch darstellen,

mit dem pathologischen Glücksspielverhalten eines Familienmitglieds umzugehen (Rychtarik & McGillicuddy, 2006). Um das Risiko der Angehörigen für eine eigene Erkrankung zu reduzieren, kann die Vermittlung funktionaler Strategien zur Bewältigung der Situation hilfreich sein. Daher ist es wichtig, mit ihnen gesundheitsfördernde Maßnahmen zu erarbeiten und sie in ihren eigenen Rechten zu stützen.

Bislang bestehende Unterstützungsmöglichkeiten

Inzwischen gibt es international erste Angebote für Angehörige von pathologischen Glücksspielern, etwa paartherapeutische Behandlungen wie die *Adapted Couple Therapy* (Bertrand et al., 2008), das *Integrative System-Based Couple Treatment Model* (Lee, 2009), das *Coping Skills Training* (Rychtarik & McGillicuddy, 2006) oder Kurzinterventionen für Angehörige (Hodgins et al., 2007). Diese Angebote sind aber ausschließlich für Partner und nicht für weitere Angehörige konzipiert. Mit dem *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)* (Buchner et al., 2013c) liegt erstmalig ein deutschsprachiges Angebot vor, das Angehörige, die durch das Glücksspielverhalten einer ihnen nahestehenden Person belastet sind, anspricht – unabhängig davon, ob es sich um Partner, Eltern, Kinder oder weitere Angehörige, wie bspw. Freunde, handelt. Ein weiterer Vorteil des Angebots liegt darin, dass es unabhängig vom derzeitigen Spiel- oder Hilfesuchverhalten des Spielers genutzt werden kann. Ziel des Entlastungstrainings ist eine Reduktion der Belastetheit der Angehörigen durch die Vermittlung von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten. Bisherige Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass sich dieses Ziel erreichen lässt (Buchner et al., 2012): Die in ETAPPE angebotenen Inhalte stimmen mit den von den Angehörigen als besonders belastend erlebten Themen überein. Die Belastung der Angehörigen lässt sich durch die Teilnahme an ETAPPE auf verschiedenen Ebenen reduzieren, so nehmen die Selbsteinschätzung der Belastetheit, die subjektiv empfundene Beeinträchtigung und der chronische Stress ab. Zudem bleibt die positive Entwicklung auch drei Monate nach Abschluss des Entlastungstrainings stabil, der chronische Stress lässt sich weiter reduzieren (Buchner et al., 2013b). Dieses Angebot steht allerdings bislang nur vereinzelt zur Verfügung, eine flächendeckende Versorgung Angehöriger problematischer und pathologischer Glücksspieler wird sich auch aus verschiedenen

Gründen zumindest in dünn besiedelten Regionen kaum umsetzen lassen.

Ergänzend zu lokalen Beratungsangeboten sind auf diversen Webseiten Informationen für Angehörige verfügbar. Dabei handelt es sich meist um kurze Verhaltenstipps o.ä., nicht um ein ausführliches Angebot für die Betroffenen. Vereinzelt finden sich jedoch erste ausführliche Online-Angebote, die sich speziell an Angehörige richten, wie bspw. das Angebot des *Centre for Addiction and Mental Health* in Toronto/Kanada. Dort erhalten Angehörige u.a. Informationen zur Erkrankung, zu Besonderheiten in der Kommunikation mit Betroffenen sowie zu Ansprechpartnern bei finanziellen Problemen. Ergebnisse zur Nutzung oder zur Effektivität des Angebots liegen nicht vor.

E-Mental-Health-Programme

Nahezu zwei Drittel aller Internetnutzer suchen online nach gesundheitsbezogenen Informationen (Eichenberg & Brähler, 2012). Auch bei psychosozialen Problemen wird häufig das Internet sowohl als Informationsquelle als auch bei der Recherche nach Hilfemöglichkeiten genutzt. Somit bietet das Internet einen niedrigschwelligen Zugang mit Informationen zu vielfältigen Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten. Inzwischen liegen international, v.a. aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum, für verschiedene psychische Störungen, beispielsweise für Alkoholprobleme, Tabakkonsum, Essstörungen oder Angststörungen, spezifische Interventionsprogramme mit positiven Evaluationsergebnissen vor (vgl. Eichenberg & Ott, 2012). Eine abschließende Einschätzung der Effektivität von Online-Interventionen ist zwar noch verfrüht (Eichenberg & Ott, 2012), allerdings scheinen sich insbesondere stark manualisierte Programme gut für die virtuelle Nutzung zu eignen (Eichenberg & Brähler, 2012). Zudem scheinen sich E-Mental-Health-Programme insbesondere für eine Klientel zu eignen, die nicht aktiv nach Behandlung sucht (Schippers, 2012).

Aufgrund der großen Verbreitung des Internets – in Deutschland haben 76% der Bevölkerung Zugang zum Internet (Initiative D21, 2012) – und der Möglichkeit der anonymen Nutzung von Programmen im Internet kann über dieses Medium ein einfach zugänglicher und niedrigschwelliger Erstkontakt mit dem professionellen Hilfesystem geschaffen werden. Dies liefert einerseits fundierte Informationen und Hilfestellungen für die Angehörigen und kann zum anderen dazu beitragen, dass Barrieren und Vorurteile gegenüber der Inanspruch-

nahme professioneller Hilfen abgebaut werden und somit eine weiterführende Beratung oder Behandlung offline genutzt wird.

Programm

Ausgehend von den Befunden zur Situation der Angehörigen und den positiven Befunden zu E-Mental-Health-Programmen wird unter dem Titel „*Verspiel nicht mein Leben*“ – Entlastung für Angehörige (EfA) ein Angebot für Angehörige von problematischen und pathologischen Glücksspielern entwickelt und evaluiert. Als Grundlage dient ein psychoedukatives Konzept, das auf die Reduktion von Belastung durch die Vermittlung von Information ausgelegt ist. Dieses wird durch Übungen und Reflexionsanleitungen in verschiedenen Bereichen erweitert.

Ziele des Programms

EfA ist als Unterstützungsmöglichkeit für Angehörige gedacht, die aus unterschiedlichen Gründen keinen Zugang zum traditionellen professionellen Hilfesystem haben oder bislang nicht suchen. Durch die Ausgestaltung als kostenfrei verfügbares E-Mental-Health-Programm stellt EfA ein niedrigschwelliges Angebot dar, das anonym, zeit- und ortsunabhängig genutzt werden kann. Dadurch sollen möglichst viele betroffene Angehörige die Möglichkeit zur Teilnahme erhalten. Das Motto des Programms „*Verspiel nicht mein Leben*“ ist angelehnt an das Kampagnenmotto „*Verspiel nicht dein Leben*“ der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern, das sich als Aufruf direkt an betroffene Glücksspieler richtet. In Kombination mit dem Slogan „*Dein Einsatz. Mein Leben.*“ sollen Angehörige ermuntert werden, sich selbst aktiv mit der Erkrankung ihres Familienmitglieds auseinanderzusetzen und für sich selbst Hilfen zur Bewältigung der Situation in Anspruch zu nehmen. Insgesamt sollen durch das Programm Lebenskompetenzen gefördert werden und somit präventiv einer eigenen Erkrankung der Angehörigen aufgrund der hohen Belastung vorgebeugt werden. Insbesondere zielt EfA auf die Förderung der Stressbewältigung, der Problemlösefähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit ab. Durch Übungen und Reflexionsanleitungen wird zudem die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung geschult. Ein weiteres Element nimmt Bezug auf das soziale Umfeld, das ebenfalls einen wesentlichen Einfluss darauf hat, wie Angehörige mit der Situation umgehen (Krishnan & Orford, 2002). Somit sind auch in-

terpersonale Beziehungsfertigkeiten Bestandteil des Programms.

Entwicklung des Programms

Das professionelle Hilfesystem kann Angehörigen verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Insbesondere können professionelle Helfer Angehörigen zuhören, ohne zu verurteilen, hilfreiche Informationen bereitstellen, nicht-direktiv über Bewältigungsmöglichkeiten beraten und dabei helfen, gemeinsame Problemlösestrategien und soziale Unterstützung aufzubauen (Orford, 1994). Einige dieser Merkmale können auch in einem E-Mental-Health-Programm umgesetzt werden: So ist es beispielsweise eines der Hauptmerkmale des Internets, Informationen für eine breite Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Auch Bewältigungsmöglichkeiten oder Problemlösestrategien können vorgestellt und anhand von Beispielen nachvollziehbar gemacht werden. Die Bedeutung sozialer Unterstützung kann ebenfalls betont werden und es können Möglichkeiten dargestellt werden, diese auszubauen und einzufordern. Je nach Ausgestaltung des Programms ist auch eine direkte oder indirekte Interaktion, bspw. per Chat oder E-Mail, mit den Hilfesuchenden möglich.

Bei der Entwicklung von EfA wurden Erfahrungen aus dem Entlastungstraining ETAPPE (Buchner et al., 2013c) integriert. Zudem wurde auf Erkenntnissen zur Arbeit mit Angehörigen aus dem CRAFT-Ansatz aufgebaut (Meyers et al., 1999; Bischof & Freyer, 2006).

Evaluation des Programms

In der Pilotphase wird das Programm begleitend evaluiert. Insgesamt soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

1. Wer wird mit dem E-Mental-Health-Programm EfA erreicht (Teilnehmercharakteristika)?
2. Werden nur bereits schwer belastete Angehörige oder auch Angehörige mit geringer Belastung erreicht (Frühintervention)?
3. Entsprechen Inhalte und Handhabbarkeit des Programms den Erwartungen und Ansprüchen der Teilnehmer (Passung)?
4. Lässt sich durch die Programmteilnahme die Lebensqualität der Angehörigen steigern und ihr selbst empfundenes Stressniveau reduzieren (Besserung)?

Dazu werden Rückmeldungen der Teilnehmer zu jedem Modul eingeholt. Unter anderem wird dabei das Interesse an den Inhalten und

die Verständlichkeit und Bedienbarkeit des Materials beurteilt. In der begleitenden Befragung vor und nach Teilnahme am Programm werden soziodemographische Angaben, Spielverhalten und Auswirkungen auf die Beziehung, Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene und allgemeine Lebensqualität, Handlungskompetenz und soziale Unterstützung über das *KPD – Klinisch-Psychologisches Diagnosesystem 38* (Percevic, 2005) sowie die Wahrnehmung, Bewertung und Weiterverarbeitung von Stressoren über das *PSQ – Perceived Stress Questionnaire* (Fliege et al., 2005) von den Teilnehmern erhoben.

Ablauf und Inhalte des Programms

Das E-Mental-Health-Programm „*Verspiel nicht mein Leben*“ – Entlastung für Angehörige (EfA) besteht aus insgesamt sechs Modulen. Modul 0 steht als Testmodul frei zugänglich zur Verfügung, für die Teilnahme an den übrigen fünf Modulen ist eine Registrierung notwendig. Diese kann anonym erfolgen, es ist lediglich die Angabe einer E-Mail-Adresse und eines frei wählbaren Benutzernamens und Passworts erforderlich. Idealerweise können die Teilnehmer pro Woche ein Modul bearbeiten. So ist einerseits genügend Zeit zwischen den Modulen, um das Gelernte im Alltag auszuprobieren, andererseits ist der Abstand kurz genug, um die vorigen Module noch gut in Erinnerung zu haben. Um das schrittweise Bearbeiten der Module zu gewährleisten, wird jedes Modul erst fünf Tage nach Abschluss des vorherigen Moduls freigeschaltet. Zur barrierefreien Bedienung können sich die Teilnehmer zudem die Module vorlesen lassen. Diese Kombination visueller und auditiver Medien ist heutzutage Standard in E-Learning-Szenarien (Falke, 2009).

In den sechs Modulen werden verschiedene, für Angehörige relevante Themen aufgegriffen:

- Modul 0: Grundlagen der Glücksspielsucht
- Modul 1: Stress
- Modul 2: Verantwortung
- Modul 3: Kommunikation
- Modul 4: Soziale Unterstützung
- Modul 5: Zukunftsplanung

In Modul 0 soll Grundlagenwissen zu Glücksspielen, rechtlichen Rahmenbedingungen und pathologischem Glücksspielen vermittelt werden. Dieses Modul steht einerseits allen Interessierten frei zur Verfügung, andererseits kann es potentiellen Teilnehmern als Beispiel für die weiteren Module dienen. Angehörige, die sich schon lange und intensiv mit der Thematik befassen, haben die Möglichkeit, dieses Modul zu überspringen und direkt mit Modul 1 zu starten.

In Modul 1 steht das Thema Stress im Mittelpunkt. Anhand des Transaktionalen Stressmodells (Lazarus & Folkman, 1987) werden problem- und emotionsfokussierte Bewältigungsmöglichkeiten erläutert und in Übungen eigene Strategien zum Umgang mit Stress gesammelt.

In Modul 2 liegt der Fokus auf Verantwortung und Verantwortungsübernahme. Die Teilnehmer können in diesem Modul reflektieren, für welche Bereiche des gemeinsamen Lebens sie die Verantwortung tragen (können) und in welchen Bereichen der betroffene Glücksspieler verantwortlich ist. Dabei geht es auch um finanzielle Verantwortungsübernahme und finanzielle Absicherung.

Das dritte Modul stellt das Thema Kommunikation in den Mittelpunkt. Zunächst wird das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun (1981) dargestellt, anschließend werden Grundregeln einer gelungenen Kommunikation erläutert und in alltagsnahen Beispielen vertieft. Auch hier gibt es Übungen zur Vertiefung des neu erlernten Wissens.

Anschließend wird in Modul 4 die Relevanz sozialer Unterstützung dargestellt und es werden Wege erläutert, diese aktiv für die Problembewältigung zu nutzen. Hier geht es auch um die Frage der Offenlegung des pathologischen Glücksspiels im Familien- und Freundeskreis. In Übungen werden die Teilnehmer angeregt, die Vor- und Nachteile einer Offenlegung zu reflektieren und daraus Implikationen für ihr eigenes Handeln abzuleiten.

Das abschließende fünfte Modul befasst sich mit der Zukunftsplanung. Dabei wird zum einen erneut das Thema Rückfall aufgegriffen. Die Angehörigen sollen sich konkret ihre Möglichkeiten und Grenzen in dieser Situation bewusst machen. Zum anderen werden die Angehörigen darin unterstützt, eigene Pläne zu gestalten und sich über ihre Ziele und Prioritäten bewusst zu werden.

Ausblick

Das hier vorgestellte E-Mental-Health-Tool steht im Rahmen der Pilotstudie seit Juni 2013 unter www.verspiel-nicht-mein-leben.de kostenfrei für betroffene Angehörige zur Verfügung. Derzeit wird die erste Version des E-Mental-Health-Programms evaluiert, parallel werden, wie oben beschrieben, Daten zur Wirksamkeit erhoben. Geplant ist, die Module nach der Testphase entsprechend den Rückmeldungen der Teilnehmer und den Evaluationsergebnissen zu überarbeiten, sodass langfristig ein praktikables und effizientes E-Mental-Health-Programm

für Angehörige von problematischen und pathologischen Glücksspielern zur Verfügung gestellt werden kann.

Literatur

- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J., Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *J Gambl Stud*, 24, 393-409.
- Bischof, G., Freyer, J. (2006). Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen. Der Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)-Ansatz. *Suchttherapie*, 7, 52-57.
- Blaszczyński, A., Walker, M., Sagris, A., Dickerson, M. (1999). Psychological aspects of gambling behaviour: An Australian psychological society position paper. *Australian Psychologist*, 34 (1), 4-16.
- Buchner, U. G., Arnold, M., Koytek, A., Gollrad, T., Wodarz, N. (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *PPmP*, 62: 383-389.
- Buchner, U. G., Erbas, B., Stürmer, M., Arnold, M., Wodarz, N., Wolstein, J. (2013a). *Inpatient treatment for pathological gamblers in Germany – Setting, structure, and utilization*. Manuskript eingereicht zur Publikation.
- Buchner, U. G., Koytek, A., Arnold, M., Gollrad, T., Wodarz, N. (2013b). Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler nach der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnisse einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie. *Z Gesundheitspsychol*, im Druck.
- Buchner, U. G., Koytek, A., Gollrad, T., Arnold, M., Wodarz, N. (2013c). *Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel. Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE*. Göttingen: Hogrefe.
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., MacLeod, J., Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: A randomized trial. *Addiction*, 104, 49-58.
- Dickson-Swift, V. A., James, E. L., Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13.
- Eichenberg, C., Brähler, E. (2012). Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen. Bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut*, 58, 63-72.

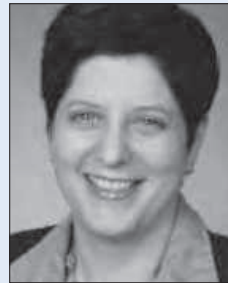
- Eichenberg, C., Ott, R. (2012). Klinisch-psychologische Intervention im Internet. Review zu empirischen Befunden störungsspezifischer Angebote. *Psychotherapeut*, 57, 58-69.
- Erbas, B., Buchner, U. G. (2012). Pathologisches Glücksspielen – Prävalenz, Komorbidität, Diagnose und Hilfsangebote in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int*, 109 (10), 173-179.
- Falke, T. (2009). Audiovisuelle Medien in E-Learning-Szenarien. Formen der Implementierung audiovisueller Medien in E-Learning-Szenarien in der Hochschule – Forschungsstand und Ausblick. In: N. Apostolopoulos, H. Hoffmann, V. Mansmann, A. Schwill, *E-Learning 2009. Lernen im digitalen Zeitalter* (S. 223-234). Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O. B., Kocalevent, R.-D., Weber, C., Klapp, B. F. (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: Validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosomatic Medicine*, 67, 78-88.
- Grant Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6, 31-60.
- Hodgins, D. C., Toneatto, T., Makarchuk, K., Skinner, W., Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 23, 215-230.
- Initiative D21 (2012). (N)Onliner Atlas 2012. Basiszahlen für Deutschland. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. Nutzung und Nichtnutzung des Internets, Strukturen und regionale Verteilung. Download unter <http://www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2012/06/NONLINER-Atlas-2012-Basiszahlen-f%C3%BCr-Deutschland.pdf>, Zugriff am 03.03.2013.
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N., Engelhart, C. (1997). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88.
- Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayanathan, B., Littman-Sharp, N., Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23.
- Krishnan, M., Orford, J. (2002). Gambling and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61-83.
- Kroher, M., Sassen, M., Bühringer, G., Kraus, L. (2010). *Pathologische Glücksspieler in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Bayern: Bayerische Versorgungsstudie. Kurzbericht; 2010*. Online verfügbar unter: http://www.lsgbayern.de/fileadmin/user_upload/lsg/IFT_Materialien/2010-11-29_Versorgungsstudie.pdf [Zugriff am 24.08.2011].
- Lazarus, R., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lee, B. K. (2002). *Final report on a qualitative and quantitative study: Well-being by choice not by chance: An integrative, system-based couple treatment model for problem gambling*. Submitted for the Ontario Problem Gambling Research Centre Postdoctoral Research Award 2001-2002. Online verfügbar unter: <http://www.gamblingresearch.org/content/research.php?appid=1037>, Zugriff am 20.04.2011.
- Lesieur, H. R., Custer, R. (1984). Pathological gambling: Roots, phases, and treatment. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 474, 146-156.
- Lorenz, V. C., Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67-76.
- Lorenz, V. C., Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Studies*, 4, 13-26.
- Lorenz, V. C., Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Studies*, 5, 113-126.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., Tonigan, J. S. (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse*, 10 (3), 291-308.
- Orford, J. (1994). Empowering family and friends: A new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 13, 417-429.
- Percevic, R. (2005). *Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38 (KPD-38) [Papier-Bleistift-Version und Computerversion]*. Heidelberg: Forschungsstelle für Psychotherapie.
- Rychtarik, R. G., McGillicuddy, N. B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training program for those with a pathological-gambling partner. *Journal of Gambling Studies*, 22, 165-178.
- Schippers, G. M. (2012, Oktober). *E-Mental Health Interventions in the field of addiction*. Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2012, Berlin.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander Reden, 1. Störungen und Klärungen*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Roseman, E., Black, D. W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrum*, 12 (8), 615-622.
- Wenzel, H. G., Oren, A., Bakken, I. J. (2008). Gambling problems in the family – A stratified

probability sample study of prevalence and reported consequences. *BMC Public Health*, 8, 412.

Danksagung

Die Publikation wurde im Rahmen der Tätigkeiten für die *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern* erstellt. Die Landesstelle wird durch das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit* finanziert.

Mit der Finanzierung sind keine Auflagen für die wissenschaftliche Tätigkeit einschließlich Publikationen verbunden.



Dipl.-Psych. Ursula Gisela Buchner

Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmengesellschaft – Landesstelle Glücksspielsucht
ursula.buchner@bas-muenchen.de



Bernd Dimmek, Dennis E. Brunn, Sabrina Meier, Markus Stremmel, Paul Suer, Anja M. Westendarp, Hermann Westendarp

Bewährungsverlauf und Wiedereingliederung suchtkranker Rechtsbrecher

Wie erfolgreich ist der Maßregelvollzug bei der Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher? Erstmals legt eine Forschungsgruppe des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe dazu eine detaillierte Katamnesestudie vor: 160 Patienten wurden drei Jahre nach der Entlassung beurteilt. Die Erfolge der Maßregel erscheinen auf den ersten Blick zwar bescheiden, sie sind tendenziell jedoch häufig besser als die Therapeuten selbst prognostiziert hatten. Trotz einer oft problematischen Kindheit und Jugend mit frühem Suchtmittelmissbrauch, Gewalt im Elternhaus und einer ausgeprägt delinquenten Lebensgeschichte fand der größte Teil der Maßregelpatienten nach der Behandlung in ein straf-freies Leben zurück. Für rund 60% der Alkoholkranken und etwas mehr als 50% der Drogenabhängigen ergab die Auswertung der Strafregisterauszüge, dass keinerlei erneute Straftaten zu verzeichnen waren. Kam es dennoch zu Rückfalldelikten, dann handelte es sich in der Mehrzahl um vergleichsweise geringfügige Delikte: Eigentums- und Straßenverkehrsdelikte, Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, Beleidigung, üble Nachrede, Hausfriedensbruch, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte. Nur 22 Patienten wurden aufgrund späterer Straftaten erneut zu einem Freiheitsentzug ohne Bewährung verurteilt. 15 Patienten, rund 11% aller untersuchten Fälle, begingen innerhalb des dreijährigen Untersuchungszeitraumes ein Gewaltdelikt, sei es unmittelbar als Rückfalldelikt oder im Laufe einer erneuten Reihe von Straftaten. Die Studie belegt einerseits die Richtigkeit einiger etablierter Annahmen – etwa der engen Korrelation zwischen rückfälligem Suchtmittelkonsum, Arbeitsplatz-Verlust und Deliktrückfälligkeit. Andererseits deckt die Untersuchung etablierte Irrtümer auf: So zeigten Patienten mit negativer Legalprognose nur zu 28% einen Deliktrückfall; hatte die Klinik den Patienten jedoch mit einer positiven Legalprognose entlassen, betrug die Delikthäufigkeit 44%.

132 Seiten · ISBN 978-3-89967-645-7 · Preis: 20,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550

pabst.publishers@t-online.de

www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de



Komorbide Störungen bei pathologischen Glücksspielern: ein Überblick

Pavel Ślęczka¹, Ludwig Kraus^{1,2}, Barbara Braun¹ & Gerhard Bühringer^{1,3}

Zusammenfassung

In Deutschland erfüllen 0,3-0,6% der Erwachsenen die Kriterien des pathologischen Glücksspiels. Ein großer Teil der pathologischen Glücksspieler weist weitere komorbide psychische Störung auf. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick der Ergebnisse aktueller Studien zu komorbiden Störungen bei pathologischen Glücksspielern. Zu den häufigsten komorbiden Störungen gehören substanzbezogene Erkrankungen, affektive und Angststörungen. Insgesamt ist die Spannweite der berichteten Komorbiditätsraten groß, was u.a. auf methodische Unterschiede der Untersuchungen zurückzuführen ist. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen die meisten Studien erhöhte Raten psychischer Störungen bei pathologischen Glücksspielern auf. Theoretische Modelle des Zusammenhanges zwischen PG und komorbiden Störungen umfassen sowohl Entstehungs- als auch aufrechterhaltende Bedingungen. Diese werden beispielhaft anhand des gemeinsamen Auftretens von depressiven Störungen und PG illustriert. Aufgrund ihres häufigen Vorkommens bei PG und den weitreichenden Implikationen für das Störungsbild, den Behandlungsverlauf und den Behandlungserfolg sollten komorbide Störungen im diagnostischen Prozess sowie in der Planung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen beachtet werden.

Einführung

In Deutschland erfüllen 0,3-0,6% der Erwachsenen die Kriterien des pathologischen Glücksspiels (PG, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2012; Meyer et al., 2011; Sassen et al., 2011). Das entspricht hochgerechnet 130.000-300.000 Personen, bei denen

die Diagnose PG vorliegt. Männer sind deutlich häufiger von PG betroffen als Frauen (96% vs. 4%) (Sassen et al., 2011). Bei einem Großteil der pathologischen Glücksspieler (PGr) liegt eine weitere komorbide psychische Störung vor.

Komorbidität ist definiert als das gemeinsame Auftreten von zwei oder mehr Störungen in einem bestimmten Zeitraum, z.B. bezogen auf die letzten 12 Monate oder die Lebenszeit (Premper & Schulz, 2008; Petry, 2005). So erfüllten über die Lebenszeit 95% der pathologischen Glücksspieler in der Allgemeinbevölkerung die Kriterien einer anderen psychischen Störung (inklusive Tabak; Meyer et al., 2011). Das Verstehen des Auftretens komorbider Störungen bei pathologischen Glücksspielern hat eine wichtige theoretische Relevanz. Die Erklärung des Zusammenhanges zwischen verschiedenen Störungen ist mit den Fragen der Kausalität und der Ätiologie verbunden. Damit stellt es einen wichtigen Aspekt der Nosologie (systematische Beschreibung von Krankheiten, Krankheitslehre) des pathologischen Glücksspiels dar (Winters & Kushner, 2003).

Auch aus praktischer Sicht ist diese Fragestellung wichtig, da es Hinweise darauf gibt, dass komorbide Störungen neben einem Einfluss auf die Entstehung von PG auch eine Rolle bei der Aufrechterhaltung spielen (Hodgins & el-Guebaly, 2004; Hodgins & el-Guebaly, 2009; O'Brien, 2011), mit einer höheren psychischen Belastung assoziiert sind (Braun et al., 2013) und eine schwerwiegendere Symptomatik des PG bedingen können (O'Brien, 2011). Vor dem Hintergrund, dass sich in der Gruppe der behandelten PGr meist höhere Komorbiditätsraten finden als bei PGr in der Allgemeinbevölkerung, ist der Einfluss komorbider Störungen auf die Behandlung von PG von besonderem Interesse (Petry, 2005; Winters & Kushner, 2003).

Trotz der hohen theoretischen und praktischen Relevanz komorbider Störungen bei

¹ IFT Institut für Therapieforchung, München

² Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University, Schweden

³ Professur für Suchtforschung, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

PG liegen zurzeit nur wenige repräsentative Studien vor, die das Vorkommen komorbider Störungen unter pathologischen Glücksspielern untersuchen. Zudem sind diese meist nur schwer vergleichbar, weil beispielweise unterschiedliche Methoden bei der Diagnostik und der Stichprobenrekrutierung verwendet wurden (Sassen et al., 2011). Die Spannweite der Prävalenzraten ist dementsprechend breit.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, bisherige Arbeiten zur Komorbidität psychischer Störungen bei PG überblicksartig darzustellen und mögliche Mechanismen aufzuzeigen, die zu einem gemeinsamen Auftreten von PG und anderen psychischen Störungen führen.

Methoden

In der Arbeit werden relevante Ergebnisse aus aktuellen Studien zur Prävalenz von PG in Form einer narrativen Literaturübersicht dargestellt. Einbezogen werden Studien, die gleichzeitig Prävalenzraten von PG und anderen psychischen Störungen präsentieren. Eingeschlossen wurden Studien, die für die Allgemeinbevölkerung repräsentativ sind, sowie Studien mit klinischen Stichproben. Zudem werden die Ergebnisse einer aktuellen Metaanalyse zu Prävalenzraten von PG und komorbiden Störungen (Lorains et al., 2012) beschrieben. Schließlich dient eine Übersicht über den Zusammenhang zwischen PG und depressiven Störungen der beispielhaften Darstellung unterschiedlicher kausaler Wirkmechanismen.

Verbreitung komorbider psychischer Störungen bei pathologischem Glücksspielen

Die jeweiligen Prävalenzraten aus verschiedenen Studien sind in der Tabelle 1 zusammengefasst.

Persönlichkeitsstörungen

Für Persönlichkeitsstörungen gibt es deutliche Hinweise, dass die Wahrscheinlichkeit für eine derartige Störung bei PGr gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das Achtfache erhöht ist (Petry et al., 2005). So stehen etwas über 10% der Allgemeinbevölkerung, die die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllen (Barnow, Stopsack & Ulrich, 2010), 61% der PGr mit dieser Diagnose gegenüber (Petry et al., 2005). Die antisoziale Persönlichkeitsstörung, die oft im Zusammenhang mit PG beschrieben wird, kommt bei etwa 23% der befragten PGr in der Allgemeinbevölkerung vor.

Bei behandelten PGr ist die Komorbiditätsrate zwischen Persönlichkeitsstörungen und PG ebenfalls hoch. So konnte bei mehr als der Hälfte der stationär behandelten PGr eine sichere oder wahrscheinliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden (Premper & Schulz, 2008). Steel und Blaszczyński (1998) berichten eine noch höhere Komorbiditätsrate von 93%. Das gleichzeitige Auftreten von mehr als einer komorbiden Persönlichkeitsstörung ist dabei eher die Regel als die Ausnahme (Steel & Blaszczyński, 1998).

Substanzbezogene Störungen

In der für 2013 geplanten 5. Ausgabe des DSM ist vorgesehen, PG als „gestörtes Glücksspielen“ zusammen mit den stoffgebundenen Störungen unter der Bezeichnung „Sucht und zugehörige Störungen“ zu reklassifizieren (Rumpf & Kiefer, 2011). In der Diskussion über die Neueinordnung außerhalb der Impulskontrollstörungen spielten unter anderem auch die hohen Komorbiditätsraten zwischen PG und substanzbezogenen Störungen eine Rolle (Petry, 2006; Rumpf & Kiefer, 2011).

Nikotinabhängigkeit ist die bei PGr am häufigsten vorkommende substanzbezogene Störung. Eine Metaanalyse zeigt, dass etwa

Tabelle 1

Verbreitung komorbider psychischer Störungen bei pathologischen Glücksspielern

	PG Allgemeinbevölkerung, USA ¹	PG Allgemeinbevölkerung, Deutschland ²	Diverse Befunde, International ³	PG in Behandlung, Deutschland ⁴
Persönlichkeitsstörung	60,8%	k.A.	23,3% - 45,3% ⁵	50,5%
Störung durch Alkoholkonsum	73,2%	54,8%	9,9% - 73,2%	23,8% ⁶ /31,7% ⁷
Angststörung	41,3%	37,2%	14% - 60,3%	57,4%
Affektive Störung	49,6%	63,6%	11,6% - 55,6% ⁸	61,4%

¹ NESARC, Petry et al. (2005) ·

² PAGE Studie, Meyer et al. (2011) ·

³ Metaanalyse, Lorains et al. (2011) ·

⁴ Premper und Schulz (2008)

⁵ Antisoziale Persönlichkeitsstörung

⁶ Alkoholmissbrauch

⁷ Alkoholabhängigkeit

⁸ Die PAGE-Studie ist in der Metaanalyse nicht eingeschlossen

60% der pathologischen Glücksspieler auch nikotinabhängig sind (Lorains et al., 2011). PGr weisen gegenüber der Allgemeinbevölkerung ein sechsfach erhöhtes Risiko für Nikotinabhängigkeit auf (Petry et al., 2005).

Die Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 zeigen, dass in Deutschland 3,8% der Bevölkerung alkoholabhängig sind und weitere 2,4% die Kriterien der Diagnose Alkoholmissbrauch erfüllen (Zwölfmonatsprävalenz; Pabst & Kraus, 2008). Bei PGr ist die Komorbiditätsrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht: Internationale Befunde deuten darauf hin, dass alkoholbezogene Störungen bei etwa 28% der PGr vorkommen (Lorains et al., 2011). Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens alkoholbezogener Störungen ist bei PGr im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sechsfach erhöht (Petry et al., 2005). In Deutschland weisen nach der PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) etwa 55% der befragten PGr eine Störung durch Alkoholkonsum auf.

Eine Studie, in der stationär behandelte PGr befragt worden waren, untersuchte das Vorkommen verschiedener Störungen inklusive der zeitlichen Abfolge des Auftretens (Premper & Schulz, 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass ungefähr 24% der befragten PGr in ihrem Leben die Diagnose Alkoholmissbrauch und ungefähr 32% die Diagnose Alkoholabhängigkeit erfüllten. Bei 50% der Fälle waren die Alkoholprobleme bereits vor Beginn des Glücksspielens aufgetreten.

Angststörungen

Angststörungen sind die Störungen mit der höchsten Punktprävalenz unter den psychischen Störungen. Der Bundes-Gesundheits-survey zeigt, dass fast jede zehnte Person (9% der deutschen erwachsenen Allgemeinbevölkerung) innerhalb der letzten vier Wochen die Kriterien einer Angststörung erfüllte (Jacobi et al., 2004). Bezogen auf die Lebenszeit leiden etwa 15% der erwachsenen Deutschen mindestens einmal an irgendeiner Art von Angststörung (Meyer et al., 2000). Angststörungen sind damit neben substanzbezogenen und affektiven Störungen die am meisten verbreiteten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung (Lieb et al., 2003).

Auch hiervon sind PGr gegenüber der Allgemeinbevölkerung häufiger betroffen. Sie haben ein fast vierfach erhöhtes Risiko, einmal in ihrem Leben an einer Angststörung zu erkranken (Petry et al., 2005). Damit erfüllt mehr als ein Drittel der PGr in ihrem Leben die Diagno-

sekriterien für eine Angststörung (Meyer et al., 2011).

Bei stationär behandelten PGr ist dieser Anteil noch höher. So wiesen 57% der Patienten eine komorbide Angststörung auf (Premper & Schulz, 2008), wobei spezifische Phobien und soziale Phobie am häufigsten vertreten waren. In den meisten Fällen (76%) war die Angststörung vor Beginn des Glücksspielens aufgetreten.

Die Mehrzahl der Studien berichtet erhöhte Prävalenzraten von Angststörungen bei PGr gegenüber der Allgemeinbevölkerung. So zeigt die Metaanalyse von Lorains et al. (2011), dass die hohe Komorbiditätsrate zwischen PG und Angststörungen in mehreren Studien nachweisbar ist. Gleichzeitig ist zu beachten, dass Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung eine hohe Komorbiditätsrate mit affektiven Störungen aufweisen (Lieb et al., 2003; Wittchen et al., 2000). Somit kann davon ausgegangen werden, dass bei PGr häufig sowohl affektive als auch Angststörungen als komorbide Störungen auftreten.

Affektive Störungen

Entsprechend gehören die affektiven Störungen zu den häufig gemeinsam mit PG auftretenden psychischen Erkrankungen. Eine vorliegende manische Episode ist jedoch ein Ausschlusskriterium für die Diagnose pathologisches Glücksspielen. Das exzessive Spielverhalten ist in diesem Fall mit der eingeschränkten Urteilsfähigkeit zu erklären. Aus diesem Grund soll die Diagnose nur in Fällen gestellt werden, in denen das Glücksspielverhalten nicht besser durch eine manische Episode erklärt werden kann (DSM-IV-TR; Saß et al., 2003).

In Deutschland leidet fast jeder Fünfte einmal im Leben unter irgendeiner affektiven Störung (Jacobi et al., 2004). Wiederum haben PGr eine mehr als vierfach erhöhte Erkrankungs-wahrscheinlichkeit (Petry et al., 2005), sodass etwa die Hälfte der PGr bezogen auf die Lebenszeit mindestens einmal die Diagnosekriterien für eine affektive Störung erfüllt (Petry et al., 2005; Meyer et al., 2011).

Bei PGr in stationärer Behandlung sind die Werte ebenso hoch: 61% der Patienten erfüllten die Kriterien irgendeiner affektiven Störung, am häufigsten kam eine Dysthymie vor (36%), 13% litten unter einer rezidivierenden depressiven Störung (Premper & Schulz, 2008). Trotz der großen Spannweite der Komorbiditätsraten bei affektiven Störungen (zwischen 12% und 57%; Lorains et al., 2011) kann festgehalten werden, dass diese bei PGr gehäuft vorkommen.

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspielen und komorbider depressiver Störung

Komorbidität: Ursache oder Wirkung?

Während die dargestellten Prävalenzwerte die relative Erkrankungs Wahrscheinlichkeit abbilden, kann man daraus noch keine Aussagen über Zusammenhänge zwischen den Störungen treffen. Geht man davon aus, dass ein Zusammenhang besteht, kann dieser in verschiedene Richtungen wirken. So kann PG Folge einer bereits vorhandenen Erkrankung sein oder umgekehrt eine andere Störung verursachen. Darüber hinaus ist es möglich, dass beiden Störungen gemeinsame Ursachen, z.B. eine psychisch-biologische Vulnerabilität oder soziale Einflüsse, zu Grunde liegen (Winters & Kushner, 2003).

Insgesamt gibt es nur wenige Belege dafür, dass eine psychische Störung direkt eine andere verursacht (Angold et al., 1999). Unter der Annahme einer kausalen Beziehung stellt sich die Frage nach den zugrunde liegenden Mechanismen. Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen PG und anderen psychischen Störungen werden häufig drei Ansätze herangezogen: das kognitiv-behaviorale, das psychosoziale und das neurobiologische Paradigma. Die theoretischen Erklärungsansätze unterscheiden sich dabei stark in Abhängigkeit der komorbiden Störung (Winters & Kushner, 2003). Um einen Überblick zu geben, werden mögliche Mechanismen anhand der Komorbidität von PG und depressiven Störungen beispielhaft dargestellt. Da die Befundlage bislang uneinheitlich ist und es nur wenige Studien zu kausalen Effekten zwischen PG und komorbiden psychischen Störungen gibt (O'Brien, 2011; Petry, 2005; Winters & Kushner, 2003), können die Erklärungsansätze nur als Hypothesen gelten.

Depression als Folge pathologischen Glücksspielens

Depression kann als Folge von PG gesehen werden. Dafür spricht, dass über 69% der wegen PG stationär behandelten Patienten berichteten, ihre Depression sei erst nach dem Beginn der Probleme mit dem Glücksspielen aufgetreten (Premper & Schulz, 2008). Als Erklärung können die negativen Folgen des exzessiven Glücksspielens herangezogen werden. PG hat negative Auswirkung u.a. auf die finanzielle und soziale Lage der Betroffenen (Meyer & Bachmann, 2005). Gleichzeitig sind die unvermeidbaren Verluste beim Spielen mit negativen Gefühlen verbunden (Beck & Alford, 2009), die bei regelmäßigen Glücksspielern besonders stark sind (Hills et al., 2001). Diese negativen Ereignisse können bei vulnerablen Personen das Risiko einer Depression erhöhen (Winters & Kushner, 2003). Mit dieser intuitiven Hypothese lässt sich nicht nur die Entstehung, sondern auch das wiederholte Auftreten depressiver Störungen bei PG erklären.

Pathologisches Glücksspielen als Folge der Depression

Andere Studienergebnisse sprechen dafür, dass eine depressive Störung PG verursacht. O'Brien (2011) beschreibt das Glücksspielen als eine Art Selbstmedikation bei Personen mit Depression. In diesem Fall wird das Spielen ähnlich wie kompulsives Einkaufen oder Sexualverhalten als Weg zur Reduktion negativer affektiver Zustände gesehen. Für einige Personen stellt das Glücksspiel mit den vielen stimulierenden Reizen, die es in sich birgt, eine Fluchtmöglichkeit vor depressiven Symptomen dar (McCormick et al., 1984). Diese Hypothese ist konsistent mit den Befunden, dass PG häufig Vermeidungsstrategien im Umgang mit Problemen einsetzen (McCormick, 1994). Auch diese Hypothese liefert nicht nur eine Erklärung der Ätiologie, sondern auch der Aufrechterhaltung der komorbiden psychischen Störung.

Abbildung 1

Graphische Darstellung der Aufrechterhaltung von pathologischem Glücksspielen und einer depressiven Störung



Aufrechterhaltung pathologischen Glücksspielens

Unabhängig davon, ob eine Störung eine andere verursacht und in welche Richtung die Verursachung wirkt, kann man davon ausgehen, dass eine komorbide affektive Störung eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung von PG spielt. Dieser Mechanismus kann durch operante Konditionierung erklärt werden (O'Brien, 2011). Die

Aufregung während des Glücksspiels dient im Verlauf des Konditionierungsprozesses als positive Verstärkung. In Folge dessen steigt die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Glücksspiels bei dysphorischer Stimmung. Der weitere Prozess kann als Kreis dargestellt werden (Abbildung 1), in dem ein depressiver PGr das Spielen zur Aufhellung seiner negativen Stimmung nutzt. Das Spiel hebt die Stimmung kurzfristig und wird dadurch zum Verstärker des Verhaltens. Die unvermeidlichen Verluste führen wiederum zur Anhedonie, die der Glücksspieler mit weiterem Spielen zu bekämpfen versucht. Damit schließt sich der Kreis. Diese vereinfachte Hypothese kann nicht alle innerpsychischen Aspekte bei PGr abbilden, dennoch dient sie als Erklärungsansatz für die Aufrechterhaltung der Glücksspielsymptomatik bei depressiven PGr.

Zusammenfassend gibt es Argumente dafür, dass PG sowohl Ursache als auch Folge einer komorbiden depressiven Störung sein kann (O'Brien, 2011). Eine abschließende Bewertung ist gegenwärtig nicht möglich, zumal auch ein gemeinsamer Vulnerabilitätsfaktor (z.B. neurobiologische Prozesse) beiden komorbiden Störungen zu Grunde liegen könnte (Winters & Kushner, 2003).

Zusammenfassung und Fazit

Aktuelle Untersuchungen sowie eine Metaanalyse über mehrere internationale Studien (Petry et al., 2005; Meyer et al., 2011; Lorains et al., 2011) liefern starke Hinweise darauf, dass viele PGr unter mindestens einer komorbiden psychischen Erkrankung leiden, wobei affektive Störungen am häufigsten auftreten.

Es gibt verschiedene theoretische Erklärungen des Zusammenhangs zwischen PG und komorbiden psychischen Störungen. Einige davon sind am Beispiel der Depression beschrieben worden. Bislang gibt es nur wenige empirische Befunde, auf die sich diese Hypothesen stützen. Die existierenden Studien in diesem Bereich sind fast ausschließlich mit nicht repräsentativen Stichproben durchgeführt worden. Zudem sind die verwendeten Methoden sehr unterschiedlich, was Vergleiche der Schätzungen aus verschiedenen Quellen erschwert. Aus diesem Grund kann keine abschließende Beurteilung der Hypothesen erfolgen. Es erscheint aber durchaus möglich, dass es verschiedene Gruppen gibt, die sich in der zeitlichen Reihenfolge des Auftretens und der Art des Zusammenhangs zwischen PG und komorbider psychischer Störung unterscheiden (O'Brien, 2011; Winters & Kushner, 2003).

Weitere Studien, vor allem repräsentative und longitudinale Studien, sind notwendig, um Fragen bezüglich der Art des Zusammenhangs und der Bedeutung von komorbiden Störungen für die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten und Behandlung oder für die Stabilität von Behandlungserfolgen beantworten zu können. Die bisher vorhandenen Befunde zeigen, dass eine komorbide psychische Störung mit einer schweren Symptomatik von PG (O'Brien, 2011; Petry, 2005; Premper & Schulz, 2008) und suicidalen Gedanken (Steel & Blaszczynski, 1998) zusammenhängt. Wegen dieser Komplikationen im Erkrankungs- und Behandlungsverlauf PGr ist es angezeigt, standardmäßig das Vorliegen einer anderen psychischen Störung, beispielsweise über ein Screeningverfahren, abzuklären. Art und Ausmaß komorbider Störungen müssen bei der Planung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen bei PGr beachtet werden (Premper & Schulz, 2008).

Literatur

- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Barrow, S., Stopsack, M. & Ulrich, I. (2010). Prevalence and Familiarity of Personality Disorders in Germany: Results of the Greifswald Family Study. *Psychother Psychosom*, 60, 334-341.
- Beck, A. & Alford, B. (2009). *Depression causes and treatment* (2nd ed. ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Braun, B., Ludwig, M., Kraus, L., Kroher, M. & Bühringer, G. (2013). Ambulante Suchthilfe für pathologische Glücksspieler in Bayern: Passung zwischen Behandlungsbedarf und -angebot. *Suchttherapie*, 14, 37-45.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Grüsser, S. M. & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hills, A. M., Hill, S., Mamone, N. & Dickerson, M. (2001). Induced mood and persistence at gambling. *Addiction*, 96, 1629-1638.
- Hodgins, D. & el-Guebaly, N. (2004). Retrospective and prospective reports of precipitants to relapse in pathological gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 72-80.
- Hodgins, D. & el-Guebaly, N. (2009). The influence of substance dependence and mood disorders

- on outcome from pathological gambling: Five-year follow-up. *Journal of Gambling Studies*, 26, 117-127.
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Lieb, R., Schreier, A. & Müller, N. (2003). Epidemiologie von Angststörungen. *Psychotherapie*, 8, 86-102.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S. & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- McCormick, R. A. (1994). The Importance of Coping Skill Enhancement in the Treatment of the Pathological Gambler. *Journal of Gambling Studies*, 10, 77-86.
- McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F. & Taber, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 71, 535-542.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C. et al. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung*. Greifswald, Lübeck: Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin; Universität zu Lübeck, Forschungsgruppe S:TEP, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2005). *Spielsucht. Ursachen und Therapie*. Heidelberg: Springer.
- O'Brien, C. (2011). Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review*, 26, 53-61.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54, S36-S46.
- Petry, N. (2005). Comorbidity of disordered gambling and other psychiatric disorders. In: N. Petry (Ed.), *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity and Treatment* (S. 85-115). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564-574.
- Premper, V. & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht*, 54, 131-140.
- Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *Sucht*, 57, 45-48.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision. DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Sassen, M., Kraus, L. & Bühringer, G. (2011). Differences in pathological gambling prevalence estimates: Facts or artefacts? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. Published online. DOI: 10.1002/mpr.354. 20, e83-e99.
- Sassen, M., Kraus, L., Bühringer, G., Pabst, A., Piontek, D. & Taqi, Z. (2011). Gambling Among Adults in Germany: Prevalence, Disorder and Risk Factors. *Sucht*, 57, 249-257.
- Steel, Z. & Blaszczyński, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93, 895-905.
- Winters, K. C. & Kushner, M. G. (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *Journal of Gambling Studies*, 19, 261-277.
- Wittchen, H.-U., Kessler, C., Pfister, H. & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective – longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23.

Danksagung

Die Publikation wurde im Rahmen der Tätigkeiten für die *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern* erstellt. Die Landesstelle wird durch das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit* finanziert.

Mit der Finanzierung sind keine Auflagen für die wissenschaftliche Tätigkeit einschließlich Publikationen verbunden.

Interessenkonflikt

P. Ślęczka und B. Braun geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. L. Kraus und G. Bühringer: Forschungstätigkeiten zum Glücksspielen wurden durch das Bundesministerium für Gesundheit, das Bayerische Staatsministerium für Finanzen (als Aufsichtsbehörde über das staatliche Glücksspielmonopol), das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit sowie das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (als Verordnungsgeber für den Bereich der gewerblichen Spielautomatenanbieter) und bei G. Bühringer durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und Organisationen der gewerblichen Spielanbieter finanziert.



Paweł Ślęczka

Magister Psychologii; Studium der Psychologie in Wrocław (Polen), Bielefeld und Winchester (Großbritannien) mit Abschluss zum Magister Psychologii (Magister der Psychologie) in 2012 an der Warschauer Hochschule für Soziale Psychologie; seit 1. 9. 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFT Institut für Therapieforchung in der Gruppe Soziale Epidemiologie im Bereich „Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern“
slecza@ift.de



Bernd Sobottka

Entscheidungsverhalten bei pathologischen Glücksspielern

In ihrer Symptomatik zeichnen sich pathologische Glücksspieler ähnlich wie Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen durch kaum zu unterdrückende Verhaltenssexzesse aus. Nach klinischem Eindruck scheinen sie dabei die Konsequenzen ihres Verhaltens in zukünftigen Entscheidungsprozessen nicht adäquat zu berücksichtigen. Vielmehr scheinen sie in ihrem Entscheidungsverhalten unter Missachtung langfristig negativer Konsequenzen in extremer Weise auf die Realisierung kurzfristig positiver Konsequenzen orientiert. Ein differenziertes Verständnis dieses Entscheidungsverhaltens wäre die Voraussetzung für die Einbeziehung therapeutischer Interventionen zur Korrektur etwaiger Entscheidungsdefizite im Rahmen störungsspezifischer Therapieansätze.

In der Studie wurde untersucht, ob bei pathologischen Glücksspielern im Vergleich zu alkoholabhängigen Patienten und gesunden Probanden generelle oder spezifische Auffälligkeiten im Entscheidungsverhalten bestehen und auf welche Variablen diese zurückzuführen sind.

Es ergaben sich Hinweise auf ein suchtspezifisches Entscheidungsverhalten pathologischer Glücksspieler unter Beteiligung des mesolimbischen dopaminergen Belohnungssystems. Bei einer experimentell induzierten Motivationssteigerung mit Aktivierung dieses Belohnungssystems erscheinen pathologische Glücksspieler und alkoholabhängige Patienten gleichermaßen in der Lage, kompetentes Entscheidungsverhalten zu erlernen. Für die angewandte Verhaltensmedizin weist dies auf die notwendige Einbeziehung eines Trainings alternativer, das Belohnungssystem aktivierender Verhaltensweisen in die Behandlung pathologischer Glücksspieler hin.

176 Seiten · ISBN 978-3-89967-367-8 · Preis: 20,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550

pabst.publishers@t-online.de

www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de



Bildstrecke

SPIELE DER STADT – Glück, Gewinn und Zeitvertreib

Ausstellung Wien Museum Karlsplatz

Die Ausstellung „Spiele der Stadt“ des Wien Museum Karlsplatz begab sich auf die Suche nach den Spiel-Räumen Wiens, von den Salons des 18. Jahrhunderts bis zu den heutigen Automatenhallen:

„Wenn die Arbeit getan ist, dann spielt der Mensch: Er schiebt Spielfiguren über Bretter, taucht ein in Traumwelten, freut und ärgert sich oder richtet sich sogar zugrunde. Keine urbane Gesellschaft ist denkbar ohne Spiele. Die Räume der Stadt waren und sind stets Orte des Spiels – für Kinder wie für Erwachsene. Die Topografie der Spiel-Räume reicht von öffentlichen Plätzen wie Parks oder Straßen über halböffentliche Orte wie Kaffeehaus, Wirtshaus oder Lottokollektur bis zum privaten Raum.“

(Wien Museum Karlsplatz)

Katalog zur Ausstellung:

Spiele der Stadt.

Glück, Gewinn und Zeitvertreib

Farb- und Schwarzweißabbildungen,
broschierte Ausgabe, 456 Seiten,

Springer-Verlag, Wien, 2012

ISBN 978-3-7091-1436-0

29,- Euro



Reifen treiben

1920er-Jahre

© Bezirksmuseum

Ottakring





**Gesellschaftsspiel
der Schubertianer
in Atzenbrugg**

1821, Aquarell von
Leopold Kupelwieser
© Wien Museum



**Marie von
Ebner-Eschenbach
beim Kartenspiel
mit Betty Paoli
und Ida von Fleischl**

um 1890
© Wien Museum



Schach

Postkarte der Wiener Werkstätte
um 1910, Moriz Jung
© Sammlung Michael Ehn, Wien

Glücksnummernspiel „Kakelorum“

19. Jahrhundert
© Wien Museum



Billardpartie im alten Café Dobner

1909
© Wien Museum





August Mansfeld
Lotto-Kollektur
 1902, Ölgemälde auf Holz
 © Wien Museum



Dagobert Peché
Städtespielzeug
 ca. 1918
 © Ernst Ploil, Wien

Wiener Stadtbahn-Spiel
 um 1930
 © Wien Museum



Substanzbezogene Störungen und pathologisches Glücksspielen – Was wissen wir heute?

Marco Stürmer¹, Ursula Gisela Buchner¹, Norbert Wodarz²

Zusammenfassung

Sowohl substanzbezogene Abhängigkeitserkrankungen als auch verhaltensbezogene Störungen wie das Pathologische Glücksspielen (PG) führen bei Betroffenen zu erheblichen psychosozialen Belastungen. In vielen Fällen treten substanzbezogene Störungen und PG jedoch komorbid auf. Der vorliegende Beitrag nimmt deshalb die Zusammenhänge zwischen beiden Störungsbildern in den Blick: Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass in Deutschland 90% der pathologischen Glücksspieler (PGS) im Laufe ihres Lebens auch an einer substanzbezogenen Störung erkranken, bei 55% handelt es sich um eine alkoholbezogene Störung. Klinische Studien ermitteln bei 60% der PGS in stationärer Behandlung irgendeine Substanzabhängigkeit ohne Tabak, bei 32% eine Alkoholabhängigkeit und bei 24% Alkoholmissbrauch. Trotz dieser schweren Belastungen findet bisher nur ein Bruchteil der Glücksspieler den Weg in eine weiterführende Behandlung. Bei substanzbezogenen Störungen liegt die Behandlungsprävalenz höher. Jede qualifizierte Behandlung setzt eine fundierte Diagnostik voraus: Aufgrund der hohen Komorbidität von substanzbezogenen Störungen und PG sollten Erst- und Anamnesegespräche bei beiden Erkrankungen durch entsprechende Screening-Instrumente ergänzt werden. Im Bereich der substanzbezogenen Störungen besteht in Deutschland ein gut ausgebautes und hochspezialisiertes Hilfesystem mit wirksamen Behandlungsoptionen, die gut evaluiert sind. Für den Bereich des PG trifft dies bisher nur mit Einschränkungen zu. Noch unzureichender sind die Erkenntnisse über die optimale Behandlung bei einem gemeinsamen/gleichzeitigen Auftreten beider Störungsbilder.

Hintergrund

Auch nicht-substanzbezogene Störungen wie PG weisen sehr hohe psychosoziale Belastungen auf (Shaffer & Martin, 2011; Braun et al., 2013): Die Behandlung des Störungsbildes ist ebenso wie die Behandlung von substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen ausgesprochen schwierig, Rückfallraten nach stationärem Aufenthalt liegen zum 1-Jahres-Katamnesezeitpunkt bei über 60%, lediglich 26,7% sind dabei durchgängig abstinent (Premper et al., 2012). Bevölkerungsbefragungen (Meyer et al., 2011) und klinische Studien (Premper & Schulz, 2008) zeigen, dass das Störungsbild häufig mit weiteren psychischen Erkrankungen einhergeht (Überblick bei Slecza et al. in dieser Ausgabe). Schließlich sind die Betroffenen aufgrund der nicht selten immensen Verschuldung in ihrer materiellen Existenz bedroht (Kroher et al., 2010). Zusammengenommen führen diese Probleme in vielen Fällen zu weiteren erheblichen Konflikten und starken psychosozialen Belastungen in der Familie sowie für Angehörige (Buchner et al., 2012; Hodgins et al., 2007).

Der vorliegende Beitrag fokussiert auf den Zusammenhang von substanzbezogenen Störungen und PG. Ergänzend zu den Ergebnissen aus Deutschland ist aufgrund einer unbefriedigenden Datenlage der Blick in die internationale Forschungsliteratur erforderlich. Für die Darstellung werden die Ergebnisse aus Bevölkerungsbefragungen und klinischen Studien zur Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens beider Störungsbilder referiert und – soweit möglich – beide Perspektiven berücksichtigt: Wie viele pathologische Glücksspieler (PGS) sind zusätzlich von einer substanzbezogenen Störung betroffen? Auf wie viele Personen mit einer substanzbezogenen Störung trifft auch die Diagnose PG zu? Daran schließen sich Schätzungen zur Behandlungsprävalenz in Deutschland an. Nach

¹ Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmergesellschaft (haftungsbeschränkt), München

² Zentrum für Klinische Suchtmedizin, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

Ausführungen zu den Störungsbildern werden aktuelle therapeutische und pharmakologische Behandlungsergebnisse vorgestellt. Auf dieser Grundlage werden mögliche Implikationen für die Praxis von Beratung und Behandlung diskutiert.

Bevölkerungsbefragungen und klinische Studien

Bevölkerungsbefragungen

Meyer et al. (2011) ermittelten in ihrer repräsentativen Studie zur Epidemiologie des PG in Deutschland, dass problematische Glücksspieler (ProbG) und PGS ein um das 3,5-fach erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihres Lebens auch an einer substanzbezogenen Störung inklusive Tabak zu erkranken. Die Lebenszeitprävalenz für eine substanzbezogene Störung inklusive Tabak liegt für die in der Studie als PGS identifizierten Teilnehmer bei annähernd 90%, für Störungen durch Alkohol bei 54,9% und für Störungen durch illegale Drogen bei 22,5%. Für ProbG liegen die Prävalenzdaten deutlich niedriger, sind aber mit Blick auf die Allgemeinbevölkerung immer noch stark erhöht.

Eine repräsentative amerikanische Untersuchung (Petry et al., 2005) ermittelte im Vergleich zur deutschen Untersuchung von Meyer et al. (2011) deutlich höhere Lebenszeitprävalenzwerte: 73,2% der PGS zeigten auch Störungen durch Alkoholkonsum und 38,1% Störungen durch illegale Drogen. Die gleiche Studie analysierte den Zusammenhang zwischen PG und dem Auftreten einer substanzbezogenen Störung zudem aus der umgekehrten Perspektive: Danach lag die Lebenszeitprävalenz für das Auftreten von PG für Menschen mit einer alkoholbezogenen Störung bei 1,0% und für Menschen mit einer Störung durch illegale Drogen bei 1,6%.

In ihrer Metaanalyse zu komorbiden Störungen bei PG ermittelten Lorains et al. (2011) gewichtete Prävalenzmittelwerte aus insgesamt 11 Studien aus Kanada, der Schweiz, der USA und Korea und schätzen demzufolge bei 57,5% der PGS in der Allgemeinbevölkerung eine substanzgebundene Störung (inklusive Tabak).

Versorgungs- und klinische Studien

Eine Untersuchung zur ambulanten Versorgungssituation PGS aus Bayern (Braun et al., 2013) berichtet für 44,7% der Klienten eine Tabakabhängigkeit, für 3,9% eine Alkoholabhängigkeit sowie für 4,8% einen Alkoholmiss-

brauch und für 1,7% eine Cannabisabhängigkeit. Die Ergebnisse liegen damit unter den Erwartungswerten aus Bevölkerungs- und klinischen Stichproben. Eine mögliche Erklärung hierfür sehen die Autoren in einer unzureichenden Diagnostik hinsichtlich der angeführten Störungsbilder.

Premper & Schulz (2008) fanden in ihrer stationären Behandlungsstudie, dass 25,7% der PGS in der stationären medizinischen Rehabilitation in den zurückliegenden 12 Monaten auch an einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung (ohne Tabak) litten: Für die Diagnose Alkoholabhängigkeit lag die 12-Monatsprävalenz bei 14,9%. Bezogen auf die Lebenszeit findet sich eine Prävalenzrate von 60,4% für irgendeine Substanzabhängigkeit ohne Tabak, 31,7% für Alkoholabhängigkeit und 23,8% für Alkoholmissbrauch.

Die Häufigkeit des Auftretens von ProbG und PG bei Menschen, die aufgrund einer substanzbezogenen Problematik bereits Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen, wurde in internationalen Studien untersucht:

In einer Befragung von mehr als 2.700 Patienten mit alkoholbezogenen Problemen in 55 stationären Suchtbehandlungszentren in Frankreich ermittelten Nalpas et al. (2011) eine Punktprävalenz für ProbG von 11,6% und für PG von 6,5%.

Ebenfalls im Kontext der stationären Behandlung untersuchten Toneatto & Brennan (2002) in Kanada Patienten mit unterschiedlichen substanzbezogenen Störungsbildern auf PG: Bei Patienten mit einer primären Alkoholproblematik stellten die Autoren eine Lebenszeitprävalenz für PG von 9,0% fest, bei Patienten mit einer primären Cannabisproblematik von 24,1%, bei Patienten mit primär kokainbezogenen Störungen von 11,5% und bei Opiatabhängigen von 4,8%.

Für opioidabhängige Patienten in einem methadongestützten Behandlungsprogramm in den USA fanden Ledgerwood und Downey (2002) eine 3-Monatsprävalenz von 17,7% für PG.

Schätzungen zur Behandlungsprävalenz

Das deutsche Suchthilfesystem hat (erst) in den letzten Jahren begonnen, für das Störungsbild PG spezielle Präventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote zu entwickeln und zu differenzieren. Vor diesem Hintergrund liegt die Hypothese nahe, dass die Beratungs- und Behandlungsprävalenzen bei PGS (noch) niedriger liegen als für Störungsbilder aus dem sub-

stanzbezogenen Spektrum. Erste Schätzungen zur Behandlungsprävalenz bei PG liegen seit 2007 vor (Queri et al., 2007) und deuten auf ein extremes Missverhältnis zwischen Erkrankten und der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten hin. Auch aktuelle Studien bestätigen diese Einschätzung: Bischof et al. (2012) analysierten im Rahmen des Forschungsprojektes *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie* (PAGE) die Inanspruchnahme formeller Hilfen durch PGS (n = 105). Trotz einer eher weit gefassten Definition für formelle Hilfen hatten bisher nur 20% (9,5% geringfügig, 10,5% weitergehend) der Befragten ein solches Angebot in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme von Hilfen stand zudem in einem signifikanten Zusammenhang mit der Problemschwere. Letzteren Befund konnten auch Braun et al. (2013) in der bayerischen Versorgungsstudie bestätigen.

Braun & Ludwig (2012) berechneten auf Grundlage der deutschen Suchthilfestatistik für das ambulante Beratungs- und Behandlungssystem eine Erreichungsquote bei PG von etwa 4,5%. Erbas & Buchner (2012) schätzen, dass sich etwa 2,6% der PGS in einer weiterführenden ambulanten oder stationären Behandlung befinden. Im Vergleich mit Patienten mit Störungen durch Substanzgebrauch führen Braun & Ludwig (2012) Behandlungsprävalenzen für Alkohol und Cannabis von 6,8% bzw. 10,0% an. Für den Bereich der Opioidabhängigkeit lässt sich auf Basis des Substitutionsregisters (BfArM, 2013) und der Anzahl von Opiatabhängigen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2012) eine Behandlungsprävalenz von mindestens 40% berechnen. Diese Gegenüberstellung ist allerdings insofern limitiert, weil die hohen Erreichungsquoten maßgeblich auf die substitions-gestützte Behandlung zurückzuführen sind. Grundsätzlich sind aufgrund der uneinheitlichen Definition von Behandlungsprävalenz Vergleiche zwischen den angeführten Studien problematisch.

Störungsbilder und Diagnostik

Der Vergleich der Diagnosekriterien des PG und der substanzbezogenen Störungen lässt deutliche Überschneidungen feststellen (vgl. Tabelle 1). Insbesondere der Kontrollverlust, das am häufigsten auftretende Symptom einer Abhängigkeitserkrankung, findet sich bei beiden Störungsbildern. Typische Unterschiede sind einerseits körperliche Entzugserscheinungen, die eine Entgiftungsbehandlung erforderlich machen und in dieser Form bei PG nicht auftreten. Andererseits finden sich in dem Hinterherjagen von Verlusten (chasing) und in dem

Verlassen auf die Bereitstellung von Geld durch Andere (bail out) typische originär glücksspiel-spezifische Symptome.

Festzustellen ist, dass im Hinblick auf eine Behandlungsindikation und -aufnahme sowohl bei PG als auch bei substanzbezogenen Störungen in Deutschland vor allem das Vollbild, die Abhängigkeitsdiagnose, von Bedeutung ist. Obwohl im Bereich der substanzbezogenen Störungen valide Diagnosekriterien für den schädlichen Gebrauch (ICD-10) und Missbrauch (DSM-IV) bestehen, werden diese diagnostischen Möglichkeiten im Sinne einer Frühintervention noch wenig genutzt, um Behandlungen einzuleiten. Im Unterschied hierzu fehlen für ProbG validierte Diagnosekriterien und eine diagnostisch relevante Schwelle.

Screeninginstrumente

Gerade im Bereich der Frühintervention, aber auch aufgrund des häufig gemeinsamen Auftretens von PG und substanzbezogenen Störungen erscheint es sinnvoll, Erst- und Anamnese-gespräche durch entsprechende Screeninginstrumente zu ergänzen.

Alkohol

Die Richtlinien des *National Institute for Health & Clinical Excellence* (2011) empfehlen zur Identifikation von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit den *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT). Riskanter Alkoholkonsum kann mit der Kurzform des AUDIT (AUDIT-C) identifiziert werden; für den AUDIT-C verweisen die Richtlinien aber auf dessen geringe Spezifität.

PG

Im Bereich der Frühintervention eignen sich der *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS, Gebauer et al., 2010) oder der *Lie/Bet Questionnaire* (Johnson, 1997). Beide Instrumente weisen eine hohe Sensitivität und Spezifität auf (Gebauer et al., 2010; Johnson, 1997), jedoch steht in beiden Fällen die deutsche Validierung noch aus. Ein erster Verdacht kann damit jedoch gut erfasst und als Hinweis auf eine erforderliche ausführliche Diagnostik gewertet werden. Auch hierfür hat sich bislang im deutschen Sprachraum noch kein einheitlicher Standard durchgesetzt: Häufige Verwendung findet der *Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten* (KVG; Petry, 1996; Prepper et al., in Vorbereitung). Alternativ wird der *South*

Substanzabhängigkeit (F1x.2) (DSM-IV-TR)	312.31 Pathologisches Spielen (DSM-IV-TR)	F63.0 Pathologisches Glücksspiel (ICD-10)
Während des letzten Jahres waren drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden: 1. Toleranzentwicklung, definiert durch a. Verlangen nach Dosissteigerung oder b. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis. 2. Entzugssymptome, die sich äußern durch a. charakteristisches Entzugssyndrom oder b. Entzugerleichterung durch Einnahme derselben (od. ähnlichen) Substanz 3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen. 4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. 5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen. 6. Einschränkung oder Aufgabe wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten aufgrund des Substanzkonsums. 7. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzgebrauch verursacht oder verstärkt wurde. Zusatz: • <i>mit körperlicher Abhängigkeit:</i> Kriterium 1 oder Kriterium 2 ist erfüllt • <i>ohne körperliche Abhängigkeit:</i> weder Kriterium 1 noch Kriterium 2 ist erfüllt	Andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in zumindest fünf der folgenden Merkmale ausdrückt: 1. Starke Eingenommenheit vom Glücksspielen 2. Steigerung der Einsätze zur Erreichung der gewünschten Erregung 3. Wiederholt erfolglose Versuche, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben 4. Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spielen einzuschränken 5. Spielen als Flucht vor Problemen oder dysphorischer Stimmung 6. Wiederaufnahme des Spielens nach Geldverlust (dem Verlust hinterherjagen) 7. Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Problematik zu vertuschen 8. Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens 9. Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes oder von Zukunftschancen 10. Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte	Die Störung besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder um die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Sie beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Drang zum Glücksspiel, der verbunden ist mit einer gedanklichen und bildlichen Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich in belastenden Lebenssituationen. <i>Diagnostische Leitlinien:</i> Das Hauptmerkmal der Störung ist beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse steigert.

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien für Substanzabhängigkeit und pathologisches Glücksspielen (nach DSM-IV-TR und ICD-10) im Vergleich (APA, 2000; WHO, 1981)

Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987) eingesetzt. Eine weitere Möglichkeit stellt die Kriterienliste nach Stinchfield dar, die die derzeitigen diagnostischen Kriterien in 19 Fragen aufschlüsselt (Stinchfield, 2002). Diese steht in deutscher Übersetzung im Rahmen des *Praxishandbuchs Glücksspiel* auf der Homepage der *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern* zum Herunterladen zur Verfügung.

Beratung und Behandlung

Hilfesystem und Behandlungsziele

Für die Behandlung substanzbezogener Störungen steht in Deutschland ein hochspezialisiertes Hilfesystem zur Verfügung. Die diversifizierten Angebote reichen von unterschiedlichen Beratungsmöglichkeiten über die qualifizierte Entzugsbehandlung und die ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation bis hin zu Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen. Ergänzend werden tagesklinische und sozialtherapeutische Angebote sowie Maßnahmen im Bereich des (Einzel-)Betreuten Wohnens be-

reitgestellt. Im Kontext der Opiatabhängigkeit spielen niedrigschwellige Einrichtungen und Projekte eine wichtige Rolle; die substitutionsgestützte Behandlung stellt hier die häufigste Behandlungsform dar (Scherbaum, 2007).

Grundsätzlich lassen sich unterschiedliche Behandlungsphasen benennen: Kontakt- und Motivationsphase, (qualifizierter) Entzug, Entwöhnungsphase, Integrations- und Nachsorgephase. Während dieser Phasen befindet sich der Patient meist in jeweils spezialisierten Einrichtungen. Küfner (1997) hat drei grundlegende Behandlungsprinzipien formuliert: Demnach sollen

- a) Interventionen abgestuft erfolgen (stepped-care-Prinzip),
- b) sich an der wahrscheinlich oder nachweislich erfolgreichsten Interventionsform orientieren und
- c) auf Basis einer differentiellen Indikation ausgewählt werden.

Das traditionelle Abstinenzparadigma in der Behandlung substanzbezogener Störungen hat sich nicht zuletzt aufgrund des häufig chronisch-rezidivierenden Verlaufs von Abhängigkeitserkrankungen deutlich gewandelt. Überleben sichern und die Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen haben sich zunehmend als priorisierte, weil erreichbare (Zwischen-) Ziele der Suchtkrankenhilfe etabliert. Insbesondere im Bereich der illegalen Substanzen besteht hierüber in der Fachöffentlichkeit weitestgehend Konsens (Toumbourou et al., 2007), aber auch im Bereich der Alkoholabhängigkeit setzt sich dieser Prozess des Umdenkens weiter fort (Mann, 2002). Daraus ergeben sich Implikationen für das Behandlungssystem und die Behandlungspraxis:

- In struktureller Hinsicht gilt es, die traditionelle therapeutische Kette zu einem Behandlungsnetz mit durchlässigen Schnittstellen zwischen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlung umzubauen (Mann, 2002).
- In methodischer Hinsicht gewinnen risikominimierende Strategien wie z.B. die Vermittlung moderater, risikoarmer Konsumformen („harm reduction“) für die Behandlungspraxis an Bedeutung.

In diesem Kontext lässt sich ein Diskussionsvorsprung im Zusammenhang mit illegalen Drogen konstatieren. Im Bereich der Alkoholabhängigkeit kann auf den Diskurs zum kontrollierten Trinken hingewiesen werden (Rist, 2001).

Auch in der Behandlung von PGS gibt es inzwischen erste Studien zum „kontrollierten Spielen“ (Dowling et al., 2009; Ladouceur et al., 2009; Ursua, 2008). Dieses Behandlungsziel

kann für Personen, die ihre Fähigkeit zur Abstinenz anzweifeln, eine Alternative darstellen (Dowling & Smith, 2007). Unklar ist, welche Faktoren den Behandlungserfolg bei kontrolliertem Spielen vorhersagen könnten (Dowling & Smith, 2007). Aufgrund des veränderten Kontextes birgt diese Diskussion zumindest zwei neue Aspekte:

1. Kann „Überleben sichern“ als Behandlungsziel bei PGS gelten oder geht es „nur“ um die Sicherung der (materiellen) Existenz? Hierbei müssen die hohen Raten an affektiven Störungen (Meyer et al., 2011) und Suiziden (Petry & Kiluk, 2002) unter PGS berücksichtigt werden.
2. Aufgrund der alltäglichen Notwendigkeit, mit Geld und Computern umzugehen in Kombination mit der unbegrenzten Verfügbarkeit von Glücksspielmöglichkeiten im Internet, stellt sich die Frage, ob der funktionale Gebrauch von Zahlungsmitteln und PC nicht ohnehin ein fast zwangsläufiges Behandlungsziel darstellen sollte.

Wirksame Strategien in der Beratung und Behandlung

Substanzbezogene Störungen

Das breite Spektrum psychoaktiver Substanzen, deren unterschiedliche Wirkmechanismen und die unterschiedliche rechtliche Einordnung führen im Ergebnis zu einem heterogenen Bild substanzbezogener Störungen. Hierfür ist in den vergangenen vier Jahrzehnten ein breites Fundament an Wissen und wirksamen Behandlungsstrategien entwickelt worden, die auch für die Behandlung von PGS adaptiert und ggfs. modifiziert werden können. Eingedenk der Vielzahl unterschiedlicher Interventions- und Behandlungsansätze kann in diesem Rahmen keine umfassende Übersicht über evidenzbasierte Beratungs- und Behandlungsstrategien dargestellt werden.

Exemplarisch werden aber unter Bezug auf die aktuellen NICE-Leitlinien (2011) zentrale Empfehlungen für die Beratung und Behandlung von Patienten mit alkoholbezogenen Störungen dargestellt: Motivierende Strategien auf Basis der motivierenden Gesprächsführung sollten als grundsätzlicher Interaktionsstil Anwendung finden. Im Bereich der psychotherapeutischen Interventionen, empfehlen sich Methoden und Techniken der klassischen Verhaltenstherapie sowie Verfahren, die das soziale Netzwerk und das Umfeld mit einbeziehen und im Falle einer Partnerschaft Paar- und familientherapeutische Strategien. Sind

psychologische Interventionen für sich genommen unzureichend, können diese durch eine Pharmakotherapie unterstützt werden, dies gilt insbesondere für Patienten nach einer erfolgreichen körperlichen Entzugsbehandlung.

Für Deutschland befinden sich die Behandlungsleitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften derzeit in Überarbeitung zum S3-Standard.

PG

Bislang findet sich in der Behandlung von PG noch kein Therapieprogramm, das hinsichtlich des Wirksamkeitsnachweises hohen Evidenzkriterien genügt (Westphal, 2007). Eine Schwierigkeit liegt in der bisher unklaren Definition des „Therapieerfolges“. Dieser könnte definiert werden als Remission, Abwesenheit klinischer Symptome, Abwesenheit diagnostischer Kriterien oder Erreichen eines persönlichen Entwicklungsziels (Nower & Blaszczyński, 2008). Daher können die bislang vorliegenden Befunde nur schwer verglichen werden. Dies wird durch die unterschiedliche Transparenz der bisher veröffentlichten Behandlungsstudien zusätzlich erschwert (Fink et al., 2012).

Erste Studien zur Wirksamkeit von kognitiver (Verhaltens-)Therapie, motivierender Gesprächsführung und angeleiteter Selbsthilfe liegen inzwischen vor (Westphal, 2007; Toneatto & Millar, 2004; Grant et al., 2009). Zudem werden, angelehnt an Erfahrungen aus der Behandlung stoffgebundener Abhängigkeiten, Expositionstraining (cue exposure) und Desensibilisierungstechniken entwickelt (Grant et al., 2009; Kushner et al., 2007).

PG und Substanzbezogene Störungen

Potenza (2006) kommt in einem systematischen Review zu dem Ergebnis, dass als Prädisposition für beide Störungsbilder ähnliche Faktoren wirken. Premper & Schulz (2008) konnten keine eindeutige Tendenz in der Erkrankungsreihenfolge feststellen: Substanzbezogene Störungen treten etwa zu gleichen Teilen vor (43,9%) oder nach (50,0%) Beginn von PG oder aber gleichzeitig (6,1%) auf. Bei Alkoholikern in der Behandlung führt eine Alkoholabstinenz nicht zur Abnahme der Spielproblematik (Nalpas et al., 2011). Diese Befunde lassen sich dahingehend interpretieren, dass die Behandlung beider Störungsbilder erforderlich ist. Aufgrund einer möglicherweise ähnlichen Ätiologie und

der hohen Komorbidität sollten kombinierte Behandlungsstrategien erprobt werden.

Pharmakotherapie

Substanzbezogene Störungen

In der substitutionsgestützten Behandlung werden (partielle) Opioidagonisten eingesetzt. Die Behandlungsform hat sich aufgrund ihrer hohen Erreichungsquote und der stabilisierenden Effekte auf die Patienten als häufigste Behandlungsform der Opioidabhängigkeit etabliert.

Insbesondere im Bereich der Rückfallprophylaxe kann die Behandlung alkoholbezogener Störungen medikamentös unterstützt werden: In Deutschland zugelassen sind Acamprosat (Campral®) und Naltrexon (Apendend®), die als Anticraving-Medikamente eingesetzt werden können. Für beide Präparate konnten in unterschiedlichen Studien replizierbare abstinenzhaltende Effekte nachgewiesen werden. Umstrittener ist die Verwendung von Disulfiram (Antabus®). Das Medikament löst einen Aversionseffekt aus, indem es den natürlichen enzymatischen Abbau von Alkohol im Organismus beeinflusst. Dadurch kommt es bereits beim Konsum geringer Mengen Alkohol zu Übelkeit, Erbrechen, Hypertonie und Synkopen. Eine mögliche Wirksamkeit bei anderen substanzgebundenen Störungen oder Spielsucht deutet sich aus Kasuistiken an (Grosshans & Mann, 2012).

PG

Die wenigen Befunde zu medikamentösen Therapien im Bereich PG müssen derzeit noch unter Vorbehalt betrachtet werden: Kurze Behandlungsdauer und/oder hohe Abbruchraten (Grant et al., 2006) schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erheblich ein und belegen aber auch, dass, vergleichbar mit der Therapie stoffgebundener Abhängigkeiten, der Erarbeitung stabiler Behandlungsmotivation eine wichtige Bedeutung zukommt. Eine Pharmakotherapie könnte bei PGS indiziert sein, die a) einen sehr hohen Drang zu spielen haben oder b) aufgrund komorbider Störungen an bestimmten Symptomen (Zwangsge-danken, Craving, Drang zu spielen) leiden. Im ersten Fall scheinen Opioid-Antagonisten besonders dann wirksam zu sein, wenn alkoholbezogene Störungen in der Familienanamnese auftraten (Grant et al., 2003, 2006, 2008). Für letztere Indikation werden Serotonin-

Wiederaufnahmehemmer empfohlen (Grant et al., 2003).

Schlussfolgerungen – Implikationen für die Behandlung

Für Deutschland zeigen die Ergebnisse aus Bevölkerungs- und Behandlungsstichproben, dass PGS in hohem Maße auch von substanzbezogenen Störungen mit Behandlungswert betroffen sind. Neben Tabak scheinen alkoholbezogene Störungen am häufigsten aufzutreten. Internationale Befunde aus dem Behandlungskontext verdeutlichen diesen Zusammenhang auch in der umgekehrten Perspektive: Patienten mit substanzbezogenen Störungen sind häufig auch von PG betroffen. Für Deutschland besteht hierzu weiterer Forschungsbedarf. Vor diesem Hintergrund ist der in Deutschland strukturell eingeschlagene Weg, die Beratung und Behandlung von PGS im Bereich des für substanzbezogene Störungen ausgebauten und spezialisierten Hilfesystems anzusiedeln, eine richtige und sinnvolle Weichenstellung.

Hinsichtlich der niedrigen Behandlungsprävalenzen lassen sich trotz der schwierigen Vergleichbarkeit der Befunde folgende Schlussfolgerungen ziehen: Bischof et al. (2012) und Braun et al. (2013) verweisen für PGS auf einen deutlichen Optimierungsbedarf im Bereich der frühen Interventionen. Damit im Zusammenhang steht auch eine verbesserte Identifikation und Diagnostik von PG bei Menschen, die aufgrund weiterer Probleme bereits Kontakt zum (Sucht-)Hilfesystem haben. Aufgrund der international ermittelten Prävalenzraten für PG bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen und der höheren Erreichungsquote des deutschen Hilfesystems in dieser Zielgruppe sollten Screeningfragen zum PG in die Beratungs- und Behandlungsroutinen aufgenommen werden. Frühe Intervention ist allerdings ohne eine gute Erreichbarkeit der Zielgruppe nicht möglich, dementsprechend wichtig ist der Abbau von Zugangsbarrieren für PGS. Ob es sich hierbei um vergleichbare Barrieren wie bei substanzbezogenen Störungen handelt, ist nicht abschließend geklärt.

Abschließend lässt sich konstatieren, dass für die Behandlung substanzbezogener Störungen wirksame, gut evaluierte Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Für die Behandlung von PG liegt derzeit weitaus weniger Evidenz vor. Noch weniger ist bekannt über die optimale Behandlung beider Störungen bei einem komorbiden Auftreten. Eine offene Frage muss deshalb bleiben, inwieweit eine erfolgreiche Behandlung integrativ, parallel oder sequentiell durch-

geführt werden soll. Möglicherweise führt ein besseres Verständnis dieser Zusammenhänge insgesamt auch zu einer höheren Adhärenz der PGS in der Behandlung.

Literatur

- APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- BfArM (2013). *Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2013*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. http://www.bfarm.de/SharedDocs/1_Downloads/DE/Bundesopiumstelle/BtM/substit-reg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile (Abruf 05.04.2013).
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U. & Rumpf, H. J. (2012). Inanspruchnahme von Hilfen bei Pathologischem Glücksspielen. Befunde der PAGE-Studie. *Sucht*, 58 (6), S369-S377.
- Braun, B. & Ludwig, M. (2012). Ambulante Beratung und Behandlung von Personen mit der Diagnose pathologisches Glücksspielen im Jahr 2009. *Kurzbericht LSG 2012*.
- Braun, B., Ludwig, M., Kraus, L., Kroher, M. & Bühringer, G. (2013). Ambulante Suchthilfe für pathologische Glücksspieler in Bayern: Passung zwischen Behandlungsbedarf und -angebot. *Suchttherapie*, 14, S37-S45.
- Buchner, U. G., Arnold, M., Koytek, A., Gollrad, T. & Wodarz, N. (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *PPmP*, 62 (09/10), 383-389.
- Dowling, N., Smith, D. & Thomas, T. (2009). A Preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *J Gambl Stud*, 25, 201-214.
- Dowling, N. & Smith, D. (2007). Treatment goal selection for female pathological gambling: A comparison of abstinence and controlled gambling. *J Gambl Stud*, 23, 335-345.
- Fink, A., Parhami, I., Rosenthal, R. J., Campos, M. D., Siani, A. & Fong, T. W. (2012). How transparent is behavioral intervention research on pathological gambling and other gambling-related disorders? A systematic literature review. *Addiction*, 107, 1915-1928.
- Gebauer, L., LaBrie, R. A. & Shaffer, H. J. (2010). Optimizing DSM-IV classification accuracy: A brief bio-social screen for gambling disorders among the general household population. *Can J Psychiatry*, 55, 82-90.
- Grant, J. E., Donahue, C. B., Odlaug, B. L. et al. (2009). Imaginal desensitisation plus motivati-

- onal interviewing for pathological gambling: Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 195, 266-267.
- Grant, J. E., Kim, S. W., Hollander, E. et al. (2008). Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology*, 200, 521-527.
- Grant, J. E., Kim, S. W. & Potenza, M. N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud*, 19, 85-109.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E. et al. (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist Nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry*, 163, 303-312.
- Grosshans, M. & Mann, K. (2012). Alkohol. In: A. Batra & O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter* (S. 73-99). Thieme. Stuttgart.
- Hodgins, D. C., Shead, N. W. & Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis*, 195 (1), 65-71.
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M. et al. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep*, 80, 83-88.
- Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S16-S25.
- Kroher, M., Sassen, M., Bühringer G. et al. (2010). *Pathologische Glücksspieler in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Bayern. Bayerische Versorgungsstudie*. Kurzbericht LSG 2010.
- Kushner, M. G., Abrams, K., Donahue, C. et al. (2007). Urge to gamble in problem gamblers exposed to a casino environment. *J Gambl Stud*, 23, 121-132.
- Küfner, H. (1997). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In: H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. (S. 201-228) Göttingen: Hogrefe.
- Ladouceur, R., Lachance, S. & Fournier, P.-M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling? *Behav Res Ther*, 47, 18-197.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S. & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Mann, K. F. (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. Von der Behandlungskette zum Behandlungsnetz. *Dtsch Arztebl*, 99, 632-644.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Kreuzer, A. et al. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung*. Endbericht 2011.
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE) (2011). Alcohol-use disorders. The NICE-Guideline on Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence. *National Clinical Practice Guideline* 115.
- Nower, L. & Blaszczyński, A. (2008). Recovery in pathological gambling: an imprecise concept. *Substance Use & Misuse*, 43, 1844-1864.
- Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S36-S46.
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2002). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 66, 564-574.
- Petry, N. M. & Kiluk, B. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment seeking pathological gamblers. *J Nerv Ment Dis*, 190, 462-469.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D. & Rummel, C. (2012). *Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2011/2012*. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD.
- Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., Feindel, H., Zemlin, U. & Petry, J. (2012). *Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung von Glücksspielfreiheit*. Vortrag auf der 24. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht am 29./30.11.2012.
- Premper, V., Petry, J., Peters, A., Baulig, T., Sobottka, B. & Fischer, T. (in Vorbereitung). *Glücksspielskalen für Screening und Verlauf (GSV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Queri, S., Erbas, B. & Soyka, M. (2007). Behandlungsprävalenz pathologischen Spielens. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75, 458-462.
- Rist, F. (2001). Trinkmengenbegrenzung als Therapieziel – wann und warum? *Sucht*, 47 (4), 252-254.

- Scherbaum, N. (2007). Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Der Nervenarzt*, 78 (1), 103-110.
- Shaffer, H. J. & Martin, R. (2011). Disordered Gambling: Etiology, Trajectory and Clinical Considerations. *Annu Rev Clinic Psychol*, 7, S483-S510.
- Slecza, P., Kraus, L., Braun, B. & Bühringer, G. (2013). Komorbide Störungen bei pathologischen Glücksspielern. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav*, 27, 1-19.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J. & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369, 1391-1401.
- Toneatto, T. & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *Can J Psychiatry*, 49, 517-525.
- Ursua, M. P. (2008). Controlled gambling as a therapeutic option. *Journal of Gambling Issues*, 21, 4-8.
- Westphal, J. R. (2007). Are the effects of gambling treatment overestimated? *Int J Ment Health Addiction*, 5, 56-79.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and*

diagnostic guidelines. Genf: World Health Organization.

- Winters, K. C. & Kushner, M. G. (2003). Treatment issues pertaining to pathological gamblers with a comorbid disorder. *J Gambl Stud*, 19, 261-277.

Danksagung

Die Publikation wurde im Rahmen der Tätigkeiten für die *Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern* erstellt. Die Landesstelle wird durch das *Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit* finanziert.

Mit der Finanzierung sind keine Auflagen für die wissenschaftliche Tätigkeit einschließlich Publikationen verbunden.

Marco Stürmer

Diplom-Sozialpädagoge; M.Sc. (Suchthilfe); Suchttherapeut KathHO NRW
1997-2008: mudra-Drogenhilfe Nürnberg; tätig in unterschiedlichen Handlungsfeldern im Bereich der Drogenhilfe; seit 2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen.
marco.stuermer@bas-muenchen.de



Frederic Fredersdorf

Verantwortung leben Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland

Die Studie „Verantwortung leben“ ist im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Abt. Drogen und Sucht, erschienen. Hier ist erstmals gelungen, ein breitgefächertes Bild der Suchtselbsthilfe im Bereich der illegalen Drogen in der Bundesrepublik zu dokumentieren und die Vielfalt der verschiedenen Ansätze von Akzeptanz- bis Abstinenzorientierung anschaulich zu machen. Die in diesem Band dokumentierte Untersuchung belegt eindrucksvoll, dass es möglich ist, Suchtforschung, professionelle Hilfe und Selbsthilfe einander näher zu bringen und damit die Suchtbehandlung zu optimieren und mit Erfolg abzuschließen. Diese

Studie bildet eine umfangreiche Arbeitsunterlage. Sie liefert Basisinformationen, z.B. einen grundlegenden Überblick zur Entwicklung der deutschen Suchtselbsthilfe. Hierzu gehört auch ein Querschnitt zur Philosophie, den Zielen und dem Bedarf der ambulanten Drogenselbsthilfe in Deutschland. Darüber hinaus beschreibt der Autor angloamerikanische Modelle zur ambulanten Drogenselbsthilfe und umreißt den aktuellen Zustand der Selbsthilfeorganisationen in Deutschland.

432 Seiten · ISBN 978-3-87581-227-5 · Preis: 39,90 Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS/NEULAND

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550

pabst.publishers@t-online.de

www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de



„... damit das ein Ende hat.“ – Suizidalität und pathologisches Glücksspielen

Rita Wüst

Zusammenfassung

Ein Suizid ist meist Ausdruck einer krisenhaften Zuspitzung und für den Betroffenen der letzte Ausweg, um die als verzweifelt und unlösbar erlebte Situation zu beenden. Das Leid der Hinterbliebenen ist besonders groß, geprägt von unbeantworteten Fragen und Schuldgefühlen. Das soziale Umfeld, in dem sich ein Suizid ereignet, ist nachhaltig erschüttert. In Deutschland nehmen sich jährlich etwa 10.000 Menschen das Leben. Die Zahl der Suizidversuche ist schätzungsweise fünfzehn bis zwanzig Mal so hoch. Zwei von drei Suiziden werden von Männern verübt, insbesondere ältere Männer haben ein erhöhtes Risiko. Bei den Suizidversuchen sind vor allem junge Frauen gefährdet. Im Rahmen pathologischen Glücksspielverhaltens können Suizidphantasien und Todeswünsche ähnlich häufig auftreten wie bei anderen psychischen Erkrankungen. Fast die Hälfte aller pathologischen Spieler berichtet über suizidale Ideationen – Suizidgedanken und Suizidideen – verursacht vor allem durch die ausweglose finanzielle Situation, in die ihre Sucht häufig führt. Neben der erhöhten Suizidalität ist die Komorbidität mit stoffgebundenen Abhängigkeiten wie Alkohol und illegale Drogen häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Behandlung der Grunderkrankung stellt die beste Suizidprävention dar. Aufgrund von Scham und Schuldgefühlen werden aber sowohl die Glücksspielsucht als auch suizidale Gedanken vom Betroffenen selten thematisiert. Zur Einschätzung des Suizidrisikos ist darum eine aktive Exploration unbedingt notwendig.

Einleitung – Ein folgenschweres Tabu

„Ein Verdacht, dem keiner nachgehen wollte“, betitelt die Süddeutsche Zeitung am 22. September 2011 einen Bericht über den Suizid von Heinz Wölfl, Landrat im niederbayerischen Regen und Opfer seiner jahrelangen Glücksspiel-

sucht (Süddeutsche Zeitung, 22. September 2011). Der Lokalpolitiker hatte hohe Schulden. Ein paar Personen sollen davon gewusst haben, seine Spielleidenschaft war wohl vielen bekannt. Konkrete Hilfen und Auswege aus seiner Spielsucht hatte Heinz Wölfl offiziellen Angaben nach nie erhalten und angeblich auch nicht gesucht. Doch seine finanziell prekäre Situation, die wachsende Angst vor einer Entdeckung, vor einer öffentlichen Bloßstellung, vor dem Verlust des öffentlichen Ansehens und des politischen Amts sowie die rechtlichen Folgen seiner Verschuldung durch die Sucht endeten in einer krisenhaften Zuspitzung, die ihn nur noch den eigenen Tod als Lösung erkennen ließ. Viele Fragen bleiben nach seinem Tod unbeantwortet: Hätte die Spielsucht von Wölfl durch Freunde, Familie oder Wegbegleiter als Problem erkannt und angesprochen werden können? Hätte er sich Hilfe gesucht oder wenigstens Hilfe angenommen, wenn diese ihm angeboten worden wäre? Hätte die fatale, letztlich tödliche Verheimlichung der Sucht, der Schulden und der Suizidgedanken nicht stattgefunden, wenn der Umgang mit psychischen Störungen wie der Spielsucht weniger schambesetzt und die Auseinandersetzung mit suizidalen Gedanken weniger tabuisiert wäre?

Suizidalität – unterschätzt in Häufigkeit und Auswirkung

Suizidalität ist ein häufiges gesellschaftliches Phänomen, wird als solches gesundheitspolitisch aber immer noch zu wenig gewürdigt. Pro Jahr nehmen sich in Deutschland 2,5-mal mehr Menschen das Leben (rund 10.000 Suizide/Jahr), als es Verkehrstote gibt (rund 4.000/Jahr; Bundesamt für Statistik, 2011). Die Dunkelziffer, zum Beispiel Verkehrsteilnehmer, die in unbekannt suizidaler Absicht verunglückt sind, ist hierbei nicht berücksichtigt. Suizidversuche werden statistisch nicht erfasst. Sie sind jedoch sehr viel häufiger als Suizide, Schätzungen zufolge mindestens 15- bis 20-mal.

Die jährlichen Statistiken verzeichnen einen Rückgang der Suizide seit den 1950er Jahren, die Suizidrate liegt in Deutschland aktuell bei etwa 13 Suiziden pro 100.000 Einwohnern. Männer haben eine bis zu dreifach höhere Suizidrate als Frauen, ihre gewählten Suizidmethoden haben in der Regel eine größere Letalität (Erschießen und Erhängen im Vergleich zu Medikamenten und Schnittverletzungen). Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Ältere, alleinlebende Männer sind besonders gefährdet. Suizidversuche werden am häufigsten von jungen Frauen verübt. Häufig steht hier weniger der Todeswunsch als der appellative Charakter der Handlung im Vordergrund. Da mit jedem Suizidversuch in der Vorgeschichte das Risiko für einen späteren Suizid steigt, sind jedoch bereits diese frühen, verzweifelten Hilferufe sehr ernst zu nehmen.

Ist suizidal gleich psychisch krank?

Suizidalität ist nicht per se als Krankheit zu sehen, sondern als Phänomen, das grundsätzlich bei allen Menschen auftreten kann (Wolfersdorf, Etzersdorfer, 2011). Todeswünsche und Suizidideen erlebt auch ein erheblicher Anteil nicht psychiatrisch erkrankter Menschen im Laufe des Lebens, zum Beispiel im Rahmen von schweren Verlusterlebnissen oder Krisensituationen. Suizidales Handeln im engeren Sinn, dies beinhaltet Suizidversuche und Suizide, findet jedoch meist im Kontext von schweren psychosozialen Krisen und vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen und Störungen statt. Depression, Suchterkrankungen und Schizophrenie werden mit einem Großteil der Suizide in Zusammenhang gebracht. Untersuchungen zufolge litten bis zu 90 Prozent der Suizidenten an einer psychischen Erkrankung beziehungsweise entsprechenden Symptomen, schwerstem Leidensdruck und subjektiv erlebtem Verlust jeglicher Wahlmöglichkeiten (Lönnqvist, 2000). Die Vorstellung eines „Bilanzsuizides“, eine auf rationale Abwägung des eigenen Gesundheitszustandes und der Lebensumstände beruhende freigewählte Selbsttötung, ist demnach in den meisten Fällen nicht zutreffend.

Suizidale Entwicklungen im Rahmen einer Glücksspielsucht

Der Suizid von Heinz Wölfl offenbart typische Motive: Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Schulderleben, Enttäuschung (häufig in zwi-

schenmenschlichen Beziehungen), Angst vor Entdeckung einer Schuld, die Flucht aus einer unerträglichen Realität und aus einer Versagenssituation (Tölle, Windgassen, 2012). Die psychosoziale Situation, die nur noch den Ausweg des Suizids zulässt, beschreibt RINGEL bereits in den 1950er Jahren als präsuizidales Syndrom: mit den wesentlichen Merkmalen der Einengung vor allem im Denken und Verhalten, der Aggressionsumkehr gegen den Betroffenen selbst gerichtet und der Todesfantasien im Sinne von Fluchtgedanken (Ringel, 2005).

Pathologische Spieler gehören zu einer Risikogruppe für suizidale Handlungen. Ähnlich wie bei anderen psychischen Erkrankungen treten bei ihnen suizidale Gedanken, aber auch Suizidversuche und Suizide häufiger auf (Battersby et al., 2006). In ihrem süchtigen Verhalten wird eine selbstzerstörerische Komponente deutlich: Im Kreislauf der Sucht erleben sie Kontrollverlust, berufliche und soziale Konflikte, Verheimlichung und Lügen, sozialen Abstieg, illegale Handlungen, Persönlichkeitsveränderungen, Hoffnungslosigkeit. Ihre Sucht verursacht regelmäßige Krisensituationen, die im Verlauf der Abhängigkeit überhand nehmen.

„Ich habe gute Vorsätze, sage, nie wieder, irgendwie ohne zu denken, lande ich irgendwie bei einem Automaten, wache erst wieder auf, wenn alles weg ist... Jetzt weiß ich nicht mehr, was ich tun soll. Ich möchte sterben, damit das ein Ende hat.“
(Onlineforum der Fachstelle Glücksspielsucht des Caritasverbandes für das Stadtdekanat Neuss, 22. Juni 2010).

Der Drang zum Glücksspiel wird in manchen Fällen noch durch einen weiteren Aspekt verschärft: Substanzmissbrauch in Bezug auf Alkohol- und illegalen Drogenkonsum ist bei pathologischen Glücksspielern signifikant erhöht (Park et al., 2010). Im Hinblick auf das Suizidrisiko wiegt dies besonders schwer: Ein großer Anteil der Suizidversuche, aber auch der Suizide, geschieht unter dem enthemmenden und angstlösenden Einfluss von Alkohol.

Den meisten suizidalen Handlungen geht eine bestimmte Entwicklung voraus, diese kann in ihrem zeitlichen Verlauf aber stark variieren (Pöldinger, Sonneck, 1980). Manchmal beträgt die Zeitdauer vom ersten Gedanken bis hin zur Tat nur wenige Stunden oder Tage, in anderen Fällen geschieht eine lange und sorgfältige Vorbereitung. Mit der Dauer der Zeitspanne steigt die Gefährdung des Betroffenen, nach langer Planung ist die Durchführung häufig radikaler und entsprechend tödlicher. Kurzschlusshandlungen wirken zwar auf den ersten Blick besonders schockierend und überraschend, bergen aber auch eine Chance, dass die eher ungeplan-

te suizidale Handlung misslingt und eine Rettung wahrscheinlicher ist.

Mögliche Alarmzeichen

Suiziddrohungen und Suizidankündigungen

Die meisten Menschen haben sich vor ihrem Suizid über die geplante Handlung mitgeteilt, wenigstens in Anspielungen oder durch Erwägungen. Diese sind immer ernst zu nehmen!

Große Hoffnungslosigkeit

Äußerungen wie „Es hat ja doch alles gar keinen Sinn mehr...“, irgendwann muss auch mal Schluss sein...“, es muss jetzt was passieren...“ sind ein Hinweis auf ernste Gefährdung. Auch ein Drang nach Veränderung und spürbare Anspannung beim Gegenüber können Warnhinweise sein.

Angelegenheiten ordnen, Abschied nehmen

Viele Menschen möchten vor einem Suizid ihre Angelegenheiten ordnen. Beispielsweise verschenken sie Wertgegenstände, setzen ihr Testament auf oder verabschieden sich von ihren Freunden und Verwandten.

Plötzliche, unerklärliche Stimmungsverbesserung

Wer fest zum Suizid entschlossen ist, wirkt oft ruhiger, gefestigter und weniger verzweifelt. Das Umfeld kann zu dem trügerischen Schluss kommen, es gehe endlich wieder aufwärts mit dem vorher so verzweifelt oder angespannt wirkenden Menschen.

Exploration suizidaler Gedanken und Umgang mit Suizidalität

In der Beratung und Behandlung pathologischer Glücksspieler ist das Ansprechen der Suizidalität in ruhiger und sachlicher Weise unbedingt und regelmäßig notwendig. Um eine Einschätzung über den Grad der Gefährdung zu erhalten, sind Fragen vom Allgemeinen zum Konkreten hilfreich. Vorschläge für diese Fragen finden sich in Abbildung 1.

Auch Angehörige, Freunde und andere Personen, die einen guten Kontakt zum Betroffenen haben, können in einem vertrauensvollen Gespräch für Entlastung sorgen, indem sie die Verzweiflung ernst nehmen und den Weg zu professioneller Hilfe bahnen. Laien sind nicht als Co-Therapeuten vorgesehen, aber als wichtige Türöffner, um dem Betroffenen die Angst vor professioneller Hilfe zu nehmen. Sie können auch stellvertretende Hoffnungsträger sein

Vom Allgemeinen zum Konkreten:

- „Haben Sie Gedanken an den Tod?“
- „Haben Sie Gedanken, sich selbst töten zu wollen?“
- „Haben Sie Ideen, wie und wo ein Suizid passieren könnte?“
- „Haben Sie schon konkrete Pläne, gibt es Vorbereitungen?“
- „Wie häufig und in welchen Situationen kommen Ihnen diese Gedanken?“
- „Hatten Sie schon einmal suizidale Gedanken, gab es bereits einen Suizidversuch in der Vergangenheit?“
- „Weiß jemand anderes aktuell von diesen Gedanken?“
- „Welche Ressourcen halten Sie bisher im Leben?“

Abbildung 1

Fragen zur Einschätzung der Suizidgefahr

und signalisieren, dass Hilfe noch möglich ist. In akuten Situationen müssen sie manchmal auch Verantwortung übernehmen und ihr Gegenüber zu einem Arzt, Therapeuten, Notfalldienst oder in eine Klinik begleiten.

Krisengespräche sollten möglichst unter vier Augen geführt werden und erfordern vom jeweiligen Helfer eine gewisse Sicherheit im Umgang mit den eigenen Grenzen und Möglichkeiten. Für Laienhelfer wie professionelle Berater gilt darum stets abzuwägen, ob sie ein solches Gespräch führen können und ob der entsprechende Rahmen dafür gegeben ist. Grundsätzlich gilt: Ansprechen und Zuhören, Zeit gewinnen und (bei Bedarf) zusätzliche Hilfe hinzuziehen oder aufsuchen. Wird die Suizidalität nur vage geäußert, sind engmaschige und verbindliche Absprachen sinnvoll – zur Sicherheit beider Gesprächspartner.

Professionelle Helfer können in Einzelfällen mit den Betroffenen einen sogenannten „Anti-Suizid-Vertrag“, das heißt eine schriftliche, lebensbejahende, aber auch zeitlich begrenzte Vereinbarung schließen. Ein solches Versprechen kann auch per Handschlag besiegelt werden. Diese Verabredungen müssen aber immer aufs Neue getroffen werden und setzen ein enges, vertrauensvolles Verhältnis voraus. Zentral ist die Einschätzung des Helfers, wie gut er sein Gegenüber als bündnisfähig erlebt, vor allem bei einer möglichen Zuspitzung der Krise. Vorbeugend kann ein gemeinsam vereinbarter Krisenplan essentiell sein, der detaillierte Schritte und Handlungen enthält, die im Falle einer akuten Krise und einem erhöhten Suizidrisiko eingehalten werden. Unabkömmlich ist eine Notfallnummer, die rund um die Uhr auch am Wochenende telefonisch erreichbar ist und schnelle Hilfe im Ernstfall bietet (Krisendienst, Notfalltelefon).

Abbildung 2

Mythen rund um
Suizidalität

Vorurteile	Fakten
Menschen, die über Suizid sprechen, tun es nicht. – FALSCH	Die meisten Suizidenten haben vorher darüber gesprochen oder sich auf eine andere Weise mitgeteilt. – RICHTIG
Suizidale Menschen sind sich sicher, dass sie sterben möchten. – FALSCH	Die Mehrheit der Personen ist ambivalent. – RICHTIG
Ich trete dem Menschen zu nahe und beschäme ihn, wenn ich Suizidalität anspreche, darum schweige ich lieber. – FALSCH	Ich signalisiere dem Menschen, dass er sich für seine Gedanken und Ängste nicht schämen muss, und entlaste ihn, wenn ich das Thema respektvoll anspreche. – RICHTIG
Ein Mensch, der nicht suizidal ist, könnte durch ein Gespräch über das Thema suizidal werden. – FALSCH	Ein sachliches Gespräch über Suizidalität bietet dem Betroffenen die Möglichkeit, sich zu distanzieren, im Ernstfall aber auf ein weiteres Gesprächsangebot zurückzukommen. – RICHTIG

Bei akuter Selbstgefährdung kann ein Betroffener gegebenenfalls auch gegen seinen Willen geschützt werden. Wenn ein Mensch unmittelbar von Suizid bedroht ist, er aber in keiner Weise mehr über ein Gespräch erreichbar ist und nicht bereit ist, gemeinsam Hilfe aufzusuchen, sollten Notarzt und Polizei verständigt werden. Diese entscheiden gegebenenfalls über eine vorübergehende Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik – zum Schutz des Suizidgefährdeten.

Appell für eine Enttabuisierung: Vorurteilen begegnen!

Die Einschätzung der Suizidgefahr ist nur durch ein offenes Gespräch mit dem Betroffenen möglich. Hartnäckige Vorurteile, wie in Abbildung 2 dargestellt, verhindern aber immer noch den angemessenen Umgang mit dem Thema.

Es gilt, die doppelte Stigmatisierung von süchtigem Verhalten und suizidalen Gedanken unbedingt aufzubrechen. Ein Wandel der Einstellungen entlastet Betroffene wie auch ihre Angehörigen und öffnet Wege für eine bessere Prävention und Versorgung suizidgefährdeter Menschen!

Literatur/Quellen

- Battersby, M. W. et al. (2006). Suicide ideation and behaviour in people with pathological gambling attending a treatment service. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4 (3), 233-246.
- Bundesamt für Statistik. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 2011; www.gbe-bund.de
- Lönnqvist, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. In: K. Hawton & K. van Heeringen (Hrsg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (S. 107-120). New York: John Wiley & Sons.

Onlineforum der Fachstelle Glücksspielsucht des Caritasverbandes für das Stadtdekanat Neuss, 22. Juni 2010; www.spielsucht.net/vforum

Park, S. et al. (2010). Prevalence, clinical correlations, comorbidities, and suicidal tendencies in pathological Korean gamblers: results from the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 6, 621-629.

Pöldinger, W., Sonneck, G. (1980). Die Abschätzung der Suizidalität. *Nervenarzt* 51, S. 147-151.

Ringel, E. (2005). *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaft psychischen Entwicklung – Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern* (9. unveränderte Auflage). Magdeburg: Klotz.

Süddeutsche Zeitung, 22. September 2011. „Ein Verdacht, dem keiner nachgehen wollte“, Autor: Max Hägler; www.sueddeutsche.de/bayern/toter-landrat-von-regen-ein-verdacht-dem-keiner-nachgehen-wollte-1.1147323.

Töle, R., Windgassen, K. (2012). *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie* (16., überarbeitete, erweiterte Auflage) (S. 124 ff.). Berlin: Springer.

Wolfersdorf, M., Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.



Rita Wüst

Magister Artium (M.A.) Kommunikationswissenschaft, Psychologie, Politikwissenschaft. Hauptamtliche Geschäftsführerin des Münchner Bündnisses gegen Depression e.V.; Koordinatorin der Münchner Woche für Seelische Gesundheit; langjährige Mitarbeiterin im Kompetenznetz Depression, Suizidalität. rita.wuest@muenchen-depression.de

Was wir über Angststörungen wissen und deshalb tun sollten

Franziska Einsle

Zusammenfassung

Angststörungen gehören zu den häufigsten komorbiden Störungen bei Pathologischem Glücksspiel, allerdings sind zugrundeliegende Mechanismen dieses Zusammenhangs im Gegensatz zur Depression nicht untersucht.

Generell gehören die Angststörungen zu den frühen Störungen, die oft schon im Kindes- und Jugendalter beginnen und mit einer Reihe von Folgekomplikationen einhergehen, z.B. Entwicklung depressiver Störungen oder Suchtprobleme.

Bei der Entstehung von Angststörungen sind zahlreiche Faktoren beteiligt, die je nach Patient und Störung variieren können. Für die Aufrechterhaltung der Symptomatik über alle Angststörungen hinweg spielt das Vermeidungs- bzw. Sicherheitsverhalten eine große Rolle. Zum Goldstandard der Behandlung von Angststörungen gehören daher die Expositionenverfahren, die auf den Abbau des Sicherheitsverhaltens abzielen und deren Effektivität durch zahlreiche Studien bestätigt wurde. Aktuelle Befunde zeigen, dass Patienten bei der Exposition begleitet werden sollten und eine komorbide depressive Symptomatik bei der Behandlungsplanung zu vernachlässigen ist. Darüber hinaus gibt es bei der Sozialen Phobie und der Generalisierten Angststörung Besonderheiten bei der Durchführung von Expositionstherapien.

Bisher gibt es keine Studien, die den Effekt der Angstbehandlung auf das Pathologische Glücksspiel untersuchen und umgekehrt. Daher ist es wichtig, für die Herausforderungen beider Störungen sensibilisiert zu sein und diese in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen.

Hintergrund: Angststörungen und Pathologisches Glücksspiel

Angststörungen gehören mit einer 12-Monats-Prävalenz von 14% zu den häufigsten psychi-

schen Störungen (Wittchen et al., 2011). Bei bevölkerungsbasierten Untersuchungen an Pathologischen Glücksspielern findet sich eine Prävalenzangabe für die Lebenszeit für irgendeine Angststörung von 37% (Lorains et al., 2011; Meyer et al., 2011; Petry et al., 2005). Noch höher ist die Komorbidität bei stationär behandelten Patienten mit Pathologischem Glücksspiel. Diesbezüglich berichten Premper und Schulz (2008) für das Vorliegen irgendeiner Angststörung Prävalenzzahlen für die Lebenszeit von 57,4% und für die letzten 12 Monate von 47,5%. Dabei liegen die meisten Angststörungen bereits vor Beginn des Pathologischen Spielens vor. Blaszczyński & Nower (2002) zeigen in ihren Analysen, dass Angststörungen das Risiko, an Pathologischem Glücksspiel zu erkranken, erhöhen. Hierbei spielen insbesondere Panikstörungen eine große Rolle. Des Weiteren scheinen Angststörungen, insbesondere das Vorliegen einer Zwangsstörung bzw. einer Sozialen Phobie, mit problematischem Spielen einherzugehen (Hodgins et al., 2012; Preston et al., 2012). Darüber hinaus steigt beim komorbiden Vorliegen von Angststörungen und Pathologischem Glücksspiel das Risiko für weitere psychische Störungen (Giddens et al., 2012). Unbehandelt haben Angststörungen generell eine ungünstige Prognose und gehen mit massiven privaten, beruflichen und gesundheitlichen Einschränkungen und Belastungen einher (Wittchen & Einsle, 2012). In der Praxis sind Angststörungen in der Regel eher schlecht diagnostiziert und meist nicht adäquat behandelt. Darüber hinaus verursachen sie enorme Gesundheitskosten (Wittchen et al., 2011).

Was sind Angststörungen?

Gemeinsam ist allen Angststörungen das Vorliegen von „unangemessenen“ Angstreaktionen gegenüber der jeweiligen Bedrohungsquelle, wobei eine mögliche oder tatsächliche Bedrohung in ihrer Gefährlichkeit überschätzt wird. Typische Angstreaktionen sind gekenn-

zeichnet durch ein Vorbereiten des Körpers auf schnelle Handlungen beim Auftreten von Gefahren, z.B. durch körperliche Erregung (u.a. Herzrasen, Atemnot, Schwitzen, Schwindel), katastrophisierende Gedanken (z.B. „es wird etwas Schlimmes passieren“) und Flucht- oder Kampfverhalten (z.B. Weglaufen, in Sicherheit bringen). Neben den jeweils zwingend erforderlichen Symptomen für die einzelnen Angststörungen sowie den Zeit- und Intensitätskriterien ist es erforderlich, dass die Beschwerden subjektives Leiden hervorrufen, klinisch bedeutsame Einschränkungen in Arbeit und Lebensführung nach sich ziehen und mit unbegründet starken oder exzessiven Angstreaktionen einhergehen. Darüber hinaus müssen die Symptome persistieren, d.h. konsistent mit Angstreaktionen oder Vermeidungsverhalten einhergehen. Nach ICD-10 (WHO, 1992) werden folgende Angststörungen unterschieden: Panikstörung, Agoraphobie (mit vs. ohne Panikstörung), Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, nicht näher bezeichnete Angststörung.

Entstehung, Verlauf und Aufrechterhaltung von Angststörungen

Angststörungen sind im Vergleich zu depressiven Störungen und Substanzstörungen gekennzeichnet durch einen frühen lebenszeitlichen Beginn (Beesdo-Baum & Knappe, 2012; Beesdo et al., 2010). Dabei zeigen insbesondere Spezifische und Soziale Phobien ein frühes Auftretensalter bereits während der Kindheit/Jugend, während die Agoraphobie, die Generalisierte Angststörung sowie die Posttraumatische Belastungsstörung im Allgemeinen etwas später beginnen (Beesdo-Baum & Knappe, 2012; Beesdo et al., 2010). Darüber hinaus sind Angststörungen mit einer negativen Konsequenz für die Betroffenen behaftet: Sie erhöhen das Risiko für nachfolgende psychische Störungen (Beesdo et al., 2007; 2010). So weisen Personen mit einer Spezifischen Phobie ein 2,4-fach erhöhtes Risiko auf, eine weitere Angststörung zu entwickeln. Am höchsten ist hierbei das Risiko für Betroffene mit einer Panikstörung (Hazard Ratio: 5,4; gemeint ist die Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person im beobachteten Zeitraum die entsprechenden Diagnosekriterien erfüllt). Darüber hinaus zeigen Personen mit einer Angststörung ein 2,1-fach erhöhtes Risiko für eine spätere depressive Störung. Dabei ist das Risiko für Patienten mit einer Generalisierten

Angststörung besonders hoch (Hazard Ratio: 2,3).

Ein grundlegendes Entstehungsmodell, das für alle Angststörungen herangezogen werden kann, ist das sogenannte Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Wittchen & Hoyer, 2011). Dies geht davon aus, dass sich bei zugrundeliegenden Risikofaktoren („Vulnerabilitäten“) das Risiko für das Auftreten einer Angststörung erhöht. Typische Vulnerabilitäten für das Auftreten von Angststörungen sind beispielsweise eine vermehrte Verhaltenshemmung in der Kindheit (sog. „behavioural inhibition“; Kagan et al., 1988), aber auch ein überbehütender Erziehungsstil in Kombination mit vermehrter Kritik und Zurückweisung (bspw. Hudson & Rapee, 2000). Letzteres geht damit einher, dass die Kinder keine hinreichende Kontrollierbarkeits- und Kompetenzerwartung aufbauen können, was sie in Belastungssituationen anfälliger für die Entwicklung von Angststörungen macht (Chorpita & Barlow, 1998). Des Weiteren werden kognitive Besonderheiten bei Patienten mit Angststörungen, insbesondere bezogen auf die Aufmerksamkeit für angstausslösende Stimuli, diskutiert (u.a. Clark & Wells, 1995). Darüber hinaus erhöhen einzelne Faktoren das Auftreten spezifischer Angststörungen. So wird z.B. diskutiert, dass Krankheitserfahrungen in der Kindheit (Craske et al., 2001) sowie das Vorliegen einer erhöhten Angstsensitivität (d.h. eine überdauernde Überzeugung, dass Angst und die damit einhergehenden Symptome zu schädigenden Konsequenzen führen; Reiss & McNally, 1985) das Risiko für Panikstörungen erhöhen. Demgegenüber haben Kinder mit einer vermehrten Sensitivität bezüglich Ekel ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Spezifischen Phobie (Muris et al., 1999). Auch werden über alle Angststörungen hinweg genetische Faktoren diskutiert, die das Auftreten von Angststörungen wahrscheinlicher machen (Domschke & Deckert, 2012; Hettema et al., 2001; Webb et al., 2012). Zur Auslösung einer psychischen Störung kommt es im Sinne der Vulnerabilitäts-Stress-Modelle dann, wenn Stressereignisse (z.B. kritische Lebensereignisse, dauerhafte Belastungen) auftreten und die Person keine hinreichenden Ressourcen zur Kompensation besitzt. Ressourcen können dabei Copingfähigkeiten, Resilienz (auch seelische Widerstandsfähigkeit), aber auch Leistungskompetenz (Wittchen & Hoyer, 2011) sein. Zusammenfassend ist festzustellen, dass bei jedem Patienten eine individuelle Risikokonstellation vorliegt, die im Rahmen der Diagnostik zu erheben und in ein individuelles Entstehungsmodell zu integrieren ist.

Hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Symptomatik wird über alle Angststörungen hinweg das Vermeidungsverhalten, auch Sicherheitsverhalten oder Rückversicherungsverhalten genannt, der Betroffenen problematisiert. Unter Vermeidungsverhalten wird hierbei jegliche Art von Verhalten verstanden, welches zur Reduktion bzw. zum Ausweichen bezüglich der (möglichen) Angstreaktion eingesetzt wird. Beispiele für typische Strategien sind hierbei: Versuche, an andere Dinge zu denken, Versuche, Körpersymptome wie Zittern oder Herzschlag zu kontrollieren (z.B. durch Pulsmessen), tiefe Bauchatmung, Klopfen, koffeinhaltige Getränke vermeiden, immer in Begleitung sein, Situationen ganz vermeiden durch Krankmeldung oder kurzfristige „Ausreden“, Alkohol trinken/Medikamente einnehmen, ablenken durch andere Tätigkeiten (wie Computer spielen), sich Sicherheit bei anderen holen (z.B. durch Anrufe oder Besuche). Einen Überblick zur Bedeutung von Sicherheitsverhalten gibt die Arbeit von Helbig-Lang & Petermann (2010). Dabei wird im Sinne der 2-Faktoren-Theorie von Mowrer (1960) davon ausgegangen, dass dem Vermeidungsverhalten der Lernmechanismus der Operanten Konditionierung zugrunde liegt. Bei Antizipation des konditionierten Stimulus (z.B. Bild einer Spinne) vermeidet der Betroffene die Situation, was zum Ausbleiben der konditionierten Reaktion (z.B. Angst) führt. Im Sinne einer negativen Verstärkung kommt es daraufhin zur Aufrechterhaltung der Angst bezogen auf die Spinne, der Betroffene lernt kein neues Verhalten, sondern die Vermeidung wird gefestigt. Die Bedeutung von Vermeidungsverhalten wurde in verschiedenen Studien bestätigt. So untersuchten Sloan & Telch (2002) 46 Probanden mit Klaustrophobie (d.h. Angst vor engen Räumen) mittels eines sogenannten Behavioural Approach Test (d.h. einer Art Schrank). Die Probanden wurden drei Gruppen zugeordnet:

- (a) Fokus auf die Befürchtung und die Angst,
- (b) Möglichkeit, Sicherheitsverhalten zu nutzen,
- (c) Hineingehen in die Situation ohne Instruktion.

Dabei zeigte sich die stärkste Angstreduktion in der Gruppe, die den Fokus auf die Befürchtung gelegt hatte, während die Gruppe mit dem Sicherheitsverhalten die geringste Angstreduktion aufwies. Hierbei stellt sich die Frage, ob es für die Aufrechterhaltung der Angst entscheidend ist, ob das Vermeidungsverhalten lediglich möglich ist oder auch tatsächlich genutzt wird. Dieser Frage gingen Powers & Kollegen (2004) ebenfalls bei Probanden mit Klaustrophobie unter Verwendung

eines Behavioural Approach Test nach. Dabei wurden die Probanden folgenden Gruppen zugeordnet:

- (a) Fokus auf die Befürchtung und die Angst,
 - (b) Möglichkeit, Sicherheitsverhalten zu nutzen,
 - (c) Instruktion Sicherheitsverhalten zu nutzen.
- Dabei zeigte sich wieder die stärkste Angstreduktion in der Gruppe, die sich auf die Befürchtung fokussierte, während es zwischen den beiden Gruppen mit Sicherheitsverhalten keinen Unterschied gab. Somit zeigt sich, dass allein die Möglichkeit, Sicherheitsverhalten nutzen zu können, zur Aufrechterhaltung der Angstsymptomatik führt. Dies ist insbesondere bedeutsam für das therapeutische Vorgehen zur Reduktion dieses Vermeidungsverhaltens: die Expositionstherapie.

Therapie bei Angststörungen

Die Expositionstherapie, auch Konfrontationstherapie genannt, vereint als verhaltenstherapeutische Interventionsmethode Übungen, die darauf abzielen, dass das Sicherheitsverhalten reduziert wird und es dadurch zu einer langfristigen Reduktion der Angst kommt (Hand, 2000). Diese sollten aufgrund der Komplexität der Anforderungen (Neudeck & Einsle, 2010) nur von ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt werden. Dabei werden in Abhängigkeit von den verschiedenen Verhaltensebenen unterschiedliche Ziele verfolgt (Tabelle 1). Im Rahmen der Expositionstherapie wird der Patient mit einer oder mehreren angstauslösenden Situationen konfrontiert, wobei einzelne Techniken hinsichtlich der Dauer der Darbietung und deren Reihenfolge (massiert vs. graduell), der Anwesenheit des angstauslösenden Stimulus (in vivo vs. in sensu) sowie der Rolle des Therapeuten (mit vs. ohne Modelllernen) variieren. Die Effektivität der Expositionstherapie über die verschiedenen Angststörungen hinweg kann als belegt angesehen werden

Ebene	Ziele
Verhalten	• genau die Situationen aufsuchen, in denen Probleme auftreten, • neue Verhaltensmuster aufbauen statt Vermeidungsverhalten, • sich aktiv der Problemsituation stellen
Körperlich	• Habituation an die Problemsituation, z.B. Verminderung der psychophysiologischen Angstreaktion
Emotional	• Rückgang der Emotion (Angst)
Kognitiv	• Veränderung in der Wahrnehmung und Bewertung der Situation und der Handlungskompetenz

Tabelle 1

Überblick über die Ziele der Expositionstherapie

(Mitte, 2005; Ruhmland & Margraf, 2001a, 2001b, 2001c; Sanchez-Meca et al., 2010).

Generelles Vorgehen bei der Angstexposition

Im Folgenden wird zunächst das Standardvorgehen im Rahmen der Expositionstherapie, wie es v.a. bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie, aber auch Spezifischen Phobien angewendet wird, vorgestellt.

Das Vorgehen im Rahmen einer Konfrontationstherapie (zum Überblick: Neudeck & Wittchen, 2005) lässt sich in vier Phasen gliedern:

- (1) diagnostische Phase, insbesondere zur Erfassung des Sicherheitsverhaltens und situativ bedeutsamer Variablen,
- (2) kognitive Vorbereitung, insbesondere zur Ableitung der Bedeutung von Sicherheitsverhalten,
- (3) Intensivphase der Konfrontation,
- (4) Selbstkontroll- Stabilisierungsphase.

Bei der kognitiven Vorbereitung wird mit dem Patienten zunächst erarbeitet, welche Wirkungen sein bisheriges Verhalten auf die Stabilisierung des Angstverhaltens hat (siehe Abbildung 1 zur Illustration typischer Angstverläufe bei bestimmten Sicherheitsstrategien). Dabei wird dem Patienten verdeutlicht, dass er sowohl bei der Flucht aus der Situation (Grafik 1) als auch bei der Ablenkung (Grafik 2) und dem Vorhandensein von Sicherheitssignalen wie z.B. einer Begleitperson (Grafik 3) keine neuen Erfahrungen zur Gefährlichkeit der Situation macht, sondern vielmehr darin bestärkt wird, dass die

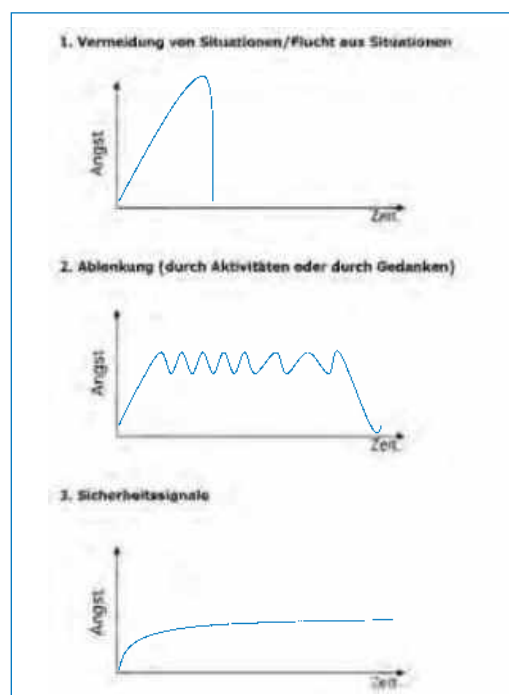
Situation gefährlich ist und er sich weiterhin so verhalten sollte.

Anschließend wird mit dem Patienten, meist unter Verwendung sogenannter „Gedankenexperimente“, das Habituationstraining erarbeitet. Bei diesen Experimenten wird der Patient gebeten, sich vorzustellen, dass er in einer von ihm gefürchteten Situation wäre, z.B. einem Flugzeug, und kein Sicherheitsverhalten anwenden könne (z.B. sich hinsetzen, andere um Hilfe bitten, gedanklich ablenken). Das Flugzeug könne endlos fliegen und sei durch nichts dazu zu bewegen, zu landen. Der Patient wird gebeten, sich die Situation möglichst plastisch vorzustellen und Gedanken, Körpersymptome und Verhaltensweisen zu berichten. Aufgabe des Therapeuten ist es, jegliche Form von Sicherheitsverhalten auszuschließen. Ziel des Experimentes ist es, dass der Patient erkennt, dass es bei gleichbleibender Konfrontation mit einem Reiz ohne positive oder negative Folgen für den Organismus zu einer Abnahme der Reaktionsbereitschaft („Habituation“) kommt und die Angst somit „von selbst“ abnimmt, wenn kein Sicherheitsverhalten eingesetzt wird. Des Weiteren wird mit dem Patienten erarbeitet, dass es bei wiederholter Konfrontation mit der gefürchteten Situation zu einer generellen Abnahme der Reaktionsbereitschaft kommt (sog. Übungseffekt). Eine detaillierte Beschreibung der kognitiven Vorbereitung bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie findet sich bei Lang et al. (2012). Aus der kognitiven Vorbereitung lässt sich das generelle Vorgehen bei der Konfrontationstherapie ableiten. Das heißt, der Patient muss möglichst direkt mit den symptomauslösenden Situationen konfrontiert werden und so lange in der Situation verbleiben, bis die Reaktion deutlich abgenommen hat. Darüber hinaus muss – zunächst unterstützt durch den Therapeuten – jegliches Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten verhindert werden. Des Weiteren muss die Exposition wiederholt werden, da es erst durch mehrmalige Wiederholung zur Änderung der Reaktionsbereitschaft und zum Aufgeben des Vermeidungsverhaltens kommen kann. Wichtig ist dabei, dass der Betroffene nicht die Situation übt, sondern generell einen anderen Umgang mit Angst lernt. Im Anschluss an die Expositionen in der Therapie sind Hausaufgaben für den Therapieerfolg bedeutsam, d.h. der Patient sollte zum regelmäßigen Üben in möglichst kurzen Zeitabständen motiviert werden.

Trotz der oben beschriebenen, nachgewiesenen Effektivität der Expositionsbehandlung stellen sich weiterführende Fragen, die im Folgenden anhand aktueller Studienergebnisse beantwortet werden sollen.

Abbildung 1

Wirkung von Vermeidungsverhalten auf den Angstverlauf (in Anlehnung an Lang et al., 2012)



Begleitete versus unbegleitete Expositionen

Eine insbesondere für Kliniker bedeutsame Fragestellung bezieht sich darauf, ob ein Patient bei der Exposition begleitet werden muss oder die Anleitung zur Exposition aus dem Therapiezimmer (unbegleitete Exposition) heraus genauso erfolgreich ist. Dieser Frage widmet sich ein vom BMBF gefördertes Verbundprojekt, in das eine multizentrische Therapiestudie bei 301 Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie (Gloster et al., 2009) integriert ist. Die Therapie basiert auf dem Manual von Lang et al. (2012) und läuft über acht Wochen (mit wöchentlich 2 Sitzungen à 100 Minuten) und einem Boosterzeitraum von sechs Monaten (mit 2 Boostersitzungen alle 8 Wochen). In den ersten drei Sitzungen erfolgt die Psychoedukation und Verhaltensanalyse mit der individuellen Vermittlung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik. In den nächsten beiden Sitzungen werden interozeptive Expositionen durchgeführt, bei denen die Patienten mit Körpersymptomen konfrontiert werden. Nach der Ableitung des Habituationsrationalis mittels Gedankenexperiment werden bei jedem Patienten drei standardisierte Expositionen (Bus, Kaufhaus, Wald) durchgeführt und anschließend die Erfahrungen in der Sitzung zusammengefasst. Danach finden jeweils zwei individualisierte Übungen statt, bei denen die für den Patienten bedeutsamsten Situationen aufgesucht werden. Abschließend werden die Erfahrungen nachbesprochen und daraus Übungen für den Boosterzeitraum geplant. Des Weiteren erfolgt eine Besprechung möglicher Risikosituationen für Rückfälle und deren Bewältigung. In den Boostersitzungen werden die Erfahrungen mit der selbstgeleiteten Exposition nachbesprochen. Für die Studie waren beide Vergleichsbedingungen identisch bis auf die Begleitung während der Exposition (begleitet vs. unbegleitet). Verglichen mit der Wartegruppe zeigen beide Therapiegruppen zum Ende der Therapie (nach Sitzung 12) deutliche Verbesserungen bezüglich der primären Outcomes (u.a. Paniksymptomatik, Vermeidungsverhalten; Gloster et al., 2011). Diese Effekte verbessern sich nochmals zum 6-Monatszeitraum, also nach den Boostersitzungen. Dabei berichten Patienten der begleiteten Bedingung signifikant weniger agoraphobische Vermeidung und ein besseres allgemeines Funktionsniveau. Als zugrundeliegender Mechanismus wird die Häufigkeit und Dauer der Exposition mit angstbesetzten Reizen diskutiert, die in der begleiteten Therapievariante signifikant stärker ausgefallen ist (Gloster et al., 2011). Es scheint

somit so zu sein, dass die Anwesenheit des Therapeuten dazu führt, dass sich Patienten länger und intensiver mit angstbesetzten Situationen auseinandersetzen und dadurch stärker von der Therapie profitieren.

Berücksichtigung einer komorbiden Depression

In der Praxis stellt sich darüber hinaus immer wieder die Frage, wie mit komorbiden Erkrankungen umzugehen ist. Dabei stellt aus Sicht der Praktiker das Vorliegen einer depressiven Komorbidität eine besondere Herausforderung für die Durchführung einer Expositionstherapie dar. Insgesamt gesehen treten bei Patienten mit Angststörungen sehr häufig Depressionen als zusätzliche Störung auf (Kessler et al., 1996), wobei die Angststörung der Depression meist vorausgeht (Beesdo-Baum & Knappe, 2012; Horn & Wuyek, 2010). In der Praxis berichten Patienten mit Depression häufig Selbstzweifel, Antriebsarmut, Konzentrationsstörungen und Interesselosigkeit. Dies führt dazu, dass Therapeuten das Gefühl bekommen, dass ein Patient nicht in der Lage sei, Expositionsübungen und die dazugehörigen Hausaufgaben durchzuführen. Die bisherige Forschung zeigt diesbezüglich ein heterogenes Bild (Brown et al., 1991; van Balkom et al., 2008). Daher wurde im Rahmen der oben beschriebenen Studie auch getestet, ob die depressive Komorbidität einen Einfluss auf den Erfolg der Expositionstherapie hat. Hierbei konnten Emmrich et al. (2011) zeigen, dass Therapieerfolg bei Panikstörung und Agoraphobie unabhängig vom Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung sowie der Schwere der depressiven Symptomatik zu Behandlungsbeginn ist. Des Weiteren berichten sie, dass sich die depressive Symptomatik allein durch die Angstbehandlung signifikant über die Zeit reduziert. Für die Praxis bedeutet dies, dass auch Patienten mit einer komorbiden depressiven Störung in gleicher Art und Weise von einer auf die Angst bezogenen Expositionstherapie profitieren und Therapeuten sich darauf fokussieren sollten.

Konfrontationsübungen bei sozialer Phobie

Konfrontationsübungen bei sozialer Phobie stellen eine besondere Herausforderung dar, da soziale Situationen meist von kurzer Dauer, unvorhersehbar und mehrdeutig sind. Ziel der Konfrontationsübungen ist der Abbau von Vermeidung durch Aufsuchen, aber auch Über-

prüfen sozialer Situationen. Basierend auf dem Modell von Clark & Wells (1995) werden soziale Ängste durch fehlerhafte Prozesse der Informationsverarbeitung aufrechterhalten. Aufgrund früherer Erfahrungen werden in sozialen Situationen dysfunktionale Gedanken ausgelöst, die mit einer Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die eigene Person einhergehen. Im Zusammenspiel mit Sicherheitsverhalten und ausgelösten Angstsymptomen führt diese Selbstfokussierung zur Aufrechterhaltung der sozialen Phobie. Eine besondere Herausforderung in der Behandlung liegt somit in der Notwendigkeit zur Externalisierung der Aufmerksamkeit in sozialen Situationen. Patienten müssen dazu angeleitet werden, ihre Aufmerksamkeit nach außen zu richten, also auf den Inhalt der sozialen Interaktion, statt auf eigene Gefühle, Körperempfindungen und Vorstellungsbilder. Im Fokus der Konfrontationsübungen bei Sozialer Phobie steht darüber hinaus die gezielte Überprüfung gefürchteter Verhaltensweisen („ich bekomme kein Wort raus“) und Körpersymptome („ich werde rot“, „ich zittere und alle sehen es“) und das Einholen einer realistischen Rückmeldung über die eigene Wirkung auf andere, u.a. auch durch Videofeedback. Darüber hinaus hat sich die Bearbeitung der nachträglichen sowie der antizipatorischen Verarbeitung bewährt (Stangier et al., 2009). Hierbei geht es darum, dass Patienten ihre Erfahrungen über die Zeit zunehmend negativer beurteilen. Daher sollten die negativen Gedanken der nachträglichen Verarbeitung ausgesprochen und schriftlich festgehalten werden. Dies ermöglicht es, Denkfehler zu identifizieren und kognitiv umzustrukturieren.

Konfrontationsübungen bei Generalisierter Angststörung: „Sorgenexposition“

Auch bei der Generalisierten Angststörung (GAS) haben sich Konfrontationsverfahren bewährt. Patienten mit GAS berichten eine übermäßige Angst bzw. Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, wobei es Betroffenen schwer fällt, diese Sorgen zu kontrollieren (APA, 2000). Darüber hinaus liegen Anspannungssymptome vor, z.B. Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Muskelspannung, Schlafstörungen. Bei Patienten mit GAS ist das Vermeidungsverhalten nicht so leicht zu erkennen wie bei Patienten mit anderen Angststörungen. Dabei wird diskutiert, ob die Sorgen selbst eine Art Vermeidungsverhalten darstellen. Eine detaillierte Auseinan-

dersetzung mit der Funktion der Sorgen findet sich in der Vermeidungstheorie der Sorgen von Borkovec (Borkovec et al., 2004). Hierbei zeigen Borkovec & Inz (1990) und Stöber & Borkovec (2002), dass während des Sorgenprozesses der relative Anteil von bildlichen Vorstellungen (gegenüber Kognitionen) reduziert ist und die Sprachproduktion bzw. die Problemelaboration weniger konkret. Diese Abstraktheit „blockiert“ aversive (emotionale und physiologische) Angstreaktionen (Borkovec & Hu, 1990). Dies wirkt als negative Verstärkung der Sorgen und fördert positive Annahmen über die Sorgen (Borkovec et al., 1998). Verschiedene Arbeitsgruppen haben sich damit beschäftigt, was durch die Sorgen vermieden wird. So postulieren Olatunji et al. (2010), dass durch das Sorgen (negative) Emotionen vermieden werden, während Dugas et al. (2004) davon ausgehen, dass durch das Sorgen Unsicherheiten basierend auf einer erhöhten Unsicherheitsintoleranz umgangen werden. Demgegenüber wird angenommen, dass durch das Sorgen das physiologische Arousal reduziert wird (Borkovec & Hu, 1990). Eine sehr spannende Hypothese stellen Newman & Liera (2011) auf, die davon ausgehen, dass Patienten mit GAS durch die Sorgen „emotionale Kontraste“ vermeiden. Beesdo-Baum et al. (2012) berichten darüber hinaus über zusätzliche Vermeidungsverhaltensweisen bei GAS-Patienten, z.B. Versuche, Sorgen zu kontrollieren, gedankliche Vermeidung und Rückversicherungsverhalten.

Das Konfrontationsverfahren, das sich bei Patienten mit GAS bewährt hat, ist die sogenannte „Sorgenexposition“. Hierbei werden die Patienten in sensu (in der Vorstellung) mit „worst case“-Szenarien konfrontiert (Hoyer & Beesdo-Baum, 2012; Hoyer & Gloster, 2009). Die Patienten werden dabei angeleitet, Situationen zu Ende zu denken und sich den für sie schlimmsten Ausgang möglichst bildlich vorzustellen. Hierbei ist es wichtig, neben der Situation körperliche, gedankliche, aber insbesondere auch emotionale Vorstellungen anzusprechen. Darüber hinaus werden die Patienten während der Konfrontation mit den Sorgeninhalten instruiert, kein Vermeidungs- oder Rückversicherungsverhalten einzusetzen. Abbildung 2 zeigt ein Beispiel für ein im Rahmen der Sorgenexposition eingesetztes Sorgendrehbuch.

Spannend ist, dass sich die Sorgenexposition in einer Studie von Hoyer & Beesdo-Baum (2012) als genauso effektiv herausgestellt hat wie die Durchführung der sogenannten „Angewandten Entspannung“, wobei beide Verfahren zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik der Patienten führten. Bei der

Angespannten Entspannung nach Öst (1987) handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Progressiven Muskelrelaxation, bei der die Patienten nach Erlernen des Entspannungsverfahrens angehalten werden, dieses Verfahren immer weiter zu verkürzen, so dass sie sich sehr schnell auf erste Anzeichen von Angst hin entspannen können. An sich wird die Anwendung von Entspannungsverfahren bei Patienten mit Angststörungen aus Sicht von Expositionstherapeuten sehr kritisch betrachtet, da diese als Vermeidungsverhalten eingestuft werden und dadurch zur Aufrechterhaltung der Störung führen. Interessant ist hierbei, dass Beesdo-Baum et al. (2012) zeigen konnten, dass der Therapieerfolg von der Reduktion des Vermeidungsverhaltens abhing, d.h. je ausgeprägter das Vermeidungsverhalten nach der Therapie war, desto ausgeprägter waren die Sorgensymptome bei den Follow-up-Zeitpunkten. Dieser Effekt gilt in gleichem Maße für die Sorgenexposition wie auch für die Angewandte Entspannung. Weiterführende Studien sind daher notwendig, um zu untersuchen, wie es den Patienten gelingt, das Vermeidungsverhalten zu reduzieren.

Ein gemeinsames Therapiekonzept bei Angststörungen: die Zukunft?

Die Annahme, dass dysfunktionale Vermeidung der Kernprozess bei der Aufrechterhaltung aller Angststörungen ist, führte die Arbeitsgruppe um Schmidt dazu, ein Therapiekonzept für alle Angststörungen zu entwickeln (Schmidt et al., 2012). Dabei steht die Reduktion des Sicherheitsverhaltens im Mittelpunkt. Den Patienten wird zunächst ein Erklärungsmodell zur Entstehung pathologischer Angst vermittelt und das Sicherheitsverhalten wird identifiziert. Im Anschluss daran wird mit den Patienten erarbeitet, wie sie im Alltag Sicherheitsverhalten reduzieren können. Gleichzeitig werden „antiphobische“ Verhaltensweisen eingeübt und es wird eine indirekte Konfrontation mit angstauslösenden Stimuli gefördert, ohne dass der Fokus dabei auf dem Habituationsrational liegt. Diese Form der Therapie wurde bei Patienten mit primärer Panikstörung, Generalisierter Angststörung und Sozialer Phobie getestet und die Effekte mit einer Wartegruppe verglichen. Dabei zeigen alle Angstpatienten eine Verbesserung hinsichtlich der Angstsensitivität und des Funktionsniveaus im Vergleich zur Wartegruppe. Die Ergebnisse dieser Studie verweisen darauf, dass weiterführende Forschung dahingehend notwendig ist, ob der Fokus bei der Angstbehandlung auf dem Eliminieren des

Es ist Montag früh. Ich bin in Eile und fühle mich total unwohl. Das ist ja mal wieder typisch... In der Eile habe ich alles schnell zusammengegriffen und habe auch noch meine Brille vergessen... Auf der Fahrt ins Büro war ich total unsicher und unruhig ... schon wieder ein Personalgespräch, was passiert wohl heute? Was kommt da bloß wieder auf mich zu... Mist, ich bin wirklich zu spät. Ich stehe vor der Tür und atme noch mal tief durch, mein Herz rast, ich schwitze... bloß nichts anmerken lassen... Mein Chef schaut auf und dann auf seine Uhr... Ein total maskierter Blick ... er schüttelt den Kopf... Sie wissen doch, wie wichtig der Termin ist, oder?!... Ich werde rot, kann nichts antworten, setze mich schweigend hin... Mein Chef beginnt zu reden... seine Worte rauschen an mir vorbei... ich kann mich nicht konzentrieren... warum habe ich mich denn nicht im Griff? ... ich fühle mich leer und hilflos... hoffentlich spricht er mich jetzt nicht an... ich spüre, dass etwas in der Luft liegt... Auf einmal spüre ich, dass er mich anstarrt... Mein Chef sagt mit undurchdringlicher und starrer Miene ... es tut mir leid, ich weiß, Sie haben sich sehr bemüht ... er seufzt ... aber es reicht einfach nicht für uns... mir wird schwindlig... ich merke, wie mir die Tränen kommen ... mit starrer Miene spricht mein Chef weiter ... daher müssen wir Sie leider fristlos kündigen und Sie bitten, umgehend ihre Sachen zu packen und die Firma zu verlassen... ich fühle mich, als würde mir der Boden unter den Füßen weggerissen, ich fühle mich einsam und allein ... ich kann nichts mehr tun...

Abbildung 2

Beispiel für ein Sorgendrehbuch

Sicherheitsverhaltens oder der Konfrontation mit der Befürchtung liegen sollte.

Probleme der Expositionstherapie: Abbruchraten und Therapeuteinstellungen

Eine Herausforderung für die generelle Verbesserung der Effektivität der Expositionstherapie liegt insbesondere in der Reduktion der meist hohen Abbruch-Raten (von rund 20%; u.a. Gloster et al., 2011; Ruhmland & Margraf, 2001a, 2001b, 2001c). Dabei treten Abbrüche am häufigsten bei der Entscheidung für bzw. gegen die Durchführung der Expositionsübungen auf. In der weiterführenden Forschung sollten daher Faktoren analysiert werden, die einen Therapieabbruch vorhersagen inklusive der Ableitung möglicher therapeutischer Strategien zur Veränderung dieser Variablen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, warum Expositionsverfahren trotz ihrer nachgewiesenen Effektivität im Alltag selten adäquat eingesetzt werden. Hierbei berichten Neudeck und Einsle (2010) in ihrer Übersichtsarbeit über

zahlreiche Probleme bei der Umsetzung von Expositionsverfahren in der therapeutischen Praxis. Dazu zählen neben Herausforderungen bei der logistischen Planung und der Notwendigkeit zu organisatorischer Flexibilität Zeitprobleme und eine ablehnende Grundeinstellung der Therapeuten. So gehen einige Therapeuten davon aus, dass Expositionsübungen Symptome verschlimmern, dass Expositionen ethisch nicht zu vertreten sind, dass Exposition eine zu rigide Therapieform darstelle bzw. Exposition allein für den Behandlungserfolg nicht ausreiche. Darüber hinaus wird kritisiert, dass Effektivitätsstudien „künstlich“ seien und die Vielfalt der Patienten nicht berücksichtigen. Zudem lösen Expositionsübungen Emotionen und Hilflosigkeit (auch bei Therapeuten) aus. Einige Therapeuten haben aber auch die Einstellung, dass Exposition eine „einfache“ Methode sei und geben diese oft ohne hinreichende Vorbereitung an Praktikanten oder den Patienten allein ab. Neudeck & Einsle (2010) verweisen in ihrer Übersichtsarbeit darauf, dass diese dysfunktionalen Einstellungen gegenüber der Expositionstherapie durch eine Verbesserung der Ausbildung, aber auch durch weiterführende Forschung behoben werden müssen. Es ist Aufgabe der Psychotherapeuten, den Patienten eine effektive Behandlung zukommen zu lassen und Letzteres wurde für die Expositionstherapie bei Angststörungen durch zahlreiche Effektivitätsnachweise hinreichend belegt.

Fazit: Angststörungen und Pathologisches Glücksspiel

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Angststörungen eine häufige, aber gut behandelbare Komorbidität bei Patienten mit Pathologischem Glücksspiel sind. Dabei spielt insbesondere der Abbau von Vermeidungsverhalten eine große Rolle. Allerdings gibt es keine Studien, die den Effekt der Angstbehandlung auf das Pathologische Glücksspiel untersuchen und umgekehrt. Daher ist es zunächst wichtig, beide Behandlungsseiten (Angsttherapeuten, aber auch Behandler Pathologisches Glücksspiels) für die Herausforderungen der jeweiligen anderen Seite zu sensibilisieren und diese in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen.

Literatur

- APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Hofler, M., Lueken, U., Becker, E. S. & Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29 (11), 948-957.
- Beesdo-Baum, K. & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21 (3), 457-478.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R. et al. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64 (8), 903-912.
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2010). Incidence and Risk Patterns of Anxiety and Depressive Disorders and Categorization of Generalized Anxiety Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67 (1), 47-57.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 487-499.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. & Behar, E. S. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: R. Heimberg, D. Mennin & C. Turk (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (S. 77-108). New York, NY: Guilford Press.
- Borkovec, T. D. & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular-response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 69-73.
- Borkovec, T. D. & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J. & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (6), 561-576.
- Brown, T. A., Antony, M. M. & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder – effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 408-418.
- Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 3-21.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & F. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (S. 69-93). New York: Guilford Press.
- Craske, M., Poulton, R., Tsao, J. C. I. & Plotkin, D. (2001). Path to panic disorder/agoraphobia: An exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *Journal of American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 556-563.
- Domschke, K. & Deckert, J. (2012). Genetics of Anxiety Disorders – Status Quo and Quo Vadis. *Current Pharmaceutical Design*, 18 (35), 5691-5698.
- Dugas, M. J., Buhr, K. & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In: R. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (S. 143-163). New York: Guilford Press.
- Emmrich, A., Beesdo-Baum, K., Gloster, A. T., Knappe, S., Hofler, M., Arolt, V. et al. (2012). Depression Does Not Affect the Treatment Outcome of CBT for Panic and Agoraphobia: Results from a Multicenter Randomized Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81 (3), 161-172.
- Giddens, J. L., Stefanovics, E., Pilver, C. E., Desai, R. & Potenza, M. N. (2012). Pathological gambling severity and co-occurring psychiatric disorders in individuals with and without anxiety disorders in a nationally representative sample. *Psychiatry Research*, 199 (1), 58-64.
- Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Hofler, M., Lang, T., Helbig-Lang, S. et al. (2009). Mechanism of action in CBT (MAC): methods of a multi-center randomized controlled trial in 369 patients with panic disorder and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 155-166.
- Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T. et al. (2011). Psychological Treatment for Panic Disorder With Agoraphobia: A Randomized Controlled Trial to Examine the Role of Therapist-Guided Exposure In Situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (3), 406-420.
- Hand, I. (2000). Expositionstherapie. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiehandbuch* (S. 164-175). Berlin: Springer.
- Helbig-Lang, S. & Petermann, F. (2010). Tolerate or Eliminate? A Systematic Review on the Effects of Safety Behavior Across Anxiety Disorders. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 17 (3), 218-233.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10), 1568-1578.
- Hodgins, D. C., Schopflocher, D. P., Martin, C. R., el-Guebaly, N., Casey, D. M., Currie, S. R. et al. (2012). Disordered gambling among higher-frequency gamblers: who is at risk? *Psychological Medicine*, 42 (11), 2433-2444.
- Horn, P. J. & Wuyek, L. A. (2010). Anxiety disorders as a risk factor for subsequent depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 14 (4), 244-247.
- Hoyer, J. & Beesdo-Baum, K. (2012). Prolonged imaginal exposure based on worry scenarios. In: P. Neudeck & H. U. Wittchen (Eds.), *Exposure Therapy: Rethinking the Model – Refining the Method* (S. 245-260). New York: Springer.
- Hoyer, J. & Gloster, A. T. (2009). Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder: Don't Worry, It Works! *Psychiatric Clinics of North America*, 32 (3), 629-640.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior Modification*, 24 (1), 102-129.
- Kagan, J., Reznick, J. S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240 (4849), 167-171.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.
- Lang, T., Helbig-Lang, S., Westphal, D., Gloster, A. T. & Wittchen, H. U. (2012). *Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie – Ein Behandlungsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S. & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106 (3), 490-498.
- Maddock, R. J. & Blacker, K. H. (1991). Response to treatment in panic disorder with associated depression. *Psychopathology*, 24 (1), 1-6.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A. & de Brito, S. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht*. Greifswald; Lübeck.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131 (5), 785-795.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. & Tierney, S. (1999). Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (10), 953-961.
- Neudeck, P. & Einsle, F. (2010). Expositionstherapie: was hindert Praktiker an deren Anwendung in der klinischen Praxis? Ein kritischer Review. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 31 (3), 247-258.
- Neudeck, P. & Wittchen, H. U. (2005). *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

- Newman, M. G. & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review, 31* (3), 371-382.
- Olatunji, B. O., Moretz, M. W. & Zlomke, K. R. (2010). Linking cognitive avoidance and GAD symptoms: The mediating role of fear of emotion. *Behaviour Research and Therapy, 48* (5), 435-441.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation – description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy, 25* (5), 397-409.
- Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66* (5), 564-574.
- Powers, M. B., Smits, J. A. J. & Telch, M. J. (2004). Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (3), 448-454.
- Premper, V. & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht, 54*, 131-140.
- Preston, D. L., McAvoy, S., Saunders, C., Gillam, L., Saied, A. & Turner, N. E. (2012). Problem gambling and mental health comorbidity in Canadian federal offenders. *Criminal Justice and Behavior, 39* (10), 1373-1388.
- Reiss, S. & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In: S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (S. 107-121). New York: Academic Press.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001a). Efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder and social phobia. *Verhaltenstherapie, 11* (1), 27-40.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001b). Efficacy of psychological treatments for panic and agoraphobia. *Verhaltenstherapie, 11* (1), 41-53.
- Ruhmland, M. & Margraf, J. (2001c). Efficacy of psychological treatments for specific phobia and obsessive compulsive disorder. *Verhaltenstherapie, 11* (1), 14-26.
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A. I., Marin-Martinez, F. & Gomez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30* (1), 37-50.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L. & Norr, A. (2012). Randomized Controlled Trial of False Safety Behavior Elimination Therapy: A Unified Cognitive Behavioral Treatment for Anxiety Psychopathology. *Behavior Therapy, 43* (3), 518-532.
- Sloan, T. & Telch, M. J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: an experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy, 40* (3), 235-251.
- Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2009). *Soziale Phobien: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz.
- Stöber, J. & Borkovec, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research, 26* (1), 89-96.
- van Balkom, A., van Boeijen, C. A., Boeke, A. J. P., van Oppen, P., Kempe, P. T. & van Dyck, R. (2008). Comorbid depression, but not comorbid anxiety disorders, predicts poor outcome in anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 25* (5), 408-415.
- Webb, B. T., Guo, A. Y., Maher, B. S., Zhao, Z. M., van den Oord, E. J., Kendler, K. S. et al. (2012). Meta-analyses of genome-wide linkage scans of anxiety-related phenotypes. *European Journal of Human Genetics, 20* (10), 1078-1084.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H.-U. & Einsle, F. (2012). Depression, Anxiety and Somatic Complaints – is it all psychosomatic? *Medicographia, 34* (3), 307-314.
- Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21* (9), 655-679.



Prof. Dr. Dipl.-Psych. Franziska Einsle
 Institut für Klinische Psychologie
 und Psychotherapie TU Dresden
 Chemnitzer Straße 46
 01187 Dresden
 einsle@psychologie.tu-dresden.de

Pathologisches Glücksspielen und komorbide Persönlichkeitsstörung

Petra Schuhler

Zusammenfassung

Seit der Einführung der operationalisierten Diagnostik in die psychiatrischen Klassifikationssysteme ist eine zunehmende klinische und wissenschaftliche Beschäftigung mit Persönlichkeitsstörungen erfolgt. Die Forschungsergebnisse weisen auf den besonderen Stellenwert dieser Diagnosen in der Psychotherapie, Psychiatrie und Rehabilitation hin. So kann davon ausgegangen werden, dass bei mindestens einem Drittel aller stationären Patienten und Patientinnen in psychiatrischen, psychosomatischen und Suchtkliniken zusätzlich zu den symptomatischen Störungen eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, wobei häufig die diagnostischen Kriterien für mehr als eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sind. Vor diesem Hintergrund wurde in den AHG-Kliniken Münchwies und Bad Dürkheim ein psychotherapeutisches Programm für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entwickelt und evaluiert (Schmitz et al., 2002): Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapieprogramm ist ressourcen- und kompetenzorientiert aufgebaut, stellt die Persönlichkeitsstörung direkt und unmittelbar in den Fokus und sieht eine, hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung heterogene Gruppenzusammensetzung vor. Psychoedukative Methoden, die auf die Vermittlung plausibler Verstehensmodelle setzen, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, emotionale Erlebnisaktivierung und Verhaltenstraining bilden das Gerüst des Konzepts.

Dieses psychotherapeutische Programm wird auch in der stationären Behandlung in der Münchwieser Klinik bei der Diagnose „Persönlichkeitsstörung mit pathologischem Glücksspielen“ eingesetzt. Die Grundzüge dieser Vorgehensweise werden in dem Beitrag praxisnah beschrieben und erläutert. Am Anfang steht eine Beschreibung der sechs häufigsten Persönlichkeitsstörungen in den Indikationsgebieten Psychosomatik und Sucht unter besonderer Berücksichtigung der jeweiligen Bezüge zum pathologischen Glücksspielen.

1 Einleitung

Die Psychotherapie der Persönlichkeitsstörung (Fiedler, 2007) gilt als besonders schwierig: Die Therapie wird häufig abgebrochen, die therapeutische Beziehung ist besonders belastet, im stationären Rahmen kommt es verstärkt zu Problemen mit Mitpatienten, die Prognose gilt als zweifelhaft bis ungünstig. Die Persönlichkeitsstörung rückte in den letzten Jahrzehnten jedoch zunehmend mehr in den Fokus des klinischen und wissenschaftlichen Interesses. Heute findet man eine breite Forschungs- und Publikationstätigkeit, an der auch die kognitiv-verhaltenstherapeutische Forschung (Beck et al., 1993; Schmitz et al., 1996) und die Arbeiten der dritten Welle der Verhaltenstherapie (Hays, 2007; Young et al., 2008) erheblichen Anteil haben.

Einen Meilenstein in der Erforschung der Persönlichkeitsstörung bedeutete die Arbeit von Millon (1981, 2011; Millon & Everly, 1985), der mit der bio-sozialen Lerntheorie einen ersten verhaltenstheoretisch orientierten Erklärungsansatz für Persönlichkeitsstörungen vorlegte und in der Folge ein ausgearbeitetes Modell des Zusammenspiels von biologischen Faktoren, psychologischer Entwicklung und lernpsychologischen Prozessen entwickelte. Auf der Basis seines Ansatzes erschienen kognitiv orientierte Behandlungskonzepte (Beck et al., 1993; Young, 1990) und breiter angelegte, verhaltenstherapeutisch orientierte Programme (Linehan, 1993; Turkat, 1996). Seit ungefähr 20 Jahren werden auch im deutschsprachigen Raum verhaltenstherapeutische Konzepte vorgelegt (Bohus & Berger, 1996; Fiedler, 2000; Schmitz et al., 1996; Schmitz et al., 2001).

Neben dem Ansatz von Millon (2011) hat die Arbeit von Benjamin (2001) einen herausragenden Stellenwert, die das Zusammenspiel von kognitiver, affektiver und interpersonaler Dimension der Entwicklung besonders berücksichtigt. Diese komplexe Sichtweise wird im Folgenden kurz umrissen. Daran schließt sich die Darstellung eines kompetenz- und ressour-

cenorientierten Therapieprogramms an, das Glücksspielpathologie und Persönlichkeitsstörung in ihrer wechselseitigen Dynamisierung behandelt. Es basiert auf einer quasi-experimentellen Interventionsstudie¹ (Schmitz et al., 2002, 2006), die in der Abhängigkeitsabteilung der AHG-Kliniken Münchwies und Bad Dürkheim (Psychosomatik) durchgeführt wurde und in der die Wirksamkeit des neuen Programms mit dem herkömmlichen Behandlungsprogramm, das bereits hinsichtlich der Therapie bei Persönlichkeitsstörungen hochpotente Elemente enthält, verglichen worden ist. *Die Ergebnisse zeigen im Vergleich des herkömmlichen mit dem neuen Programm signifikante Prä-Posteffekte, eine hohe Therapieakzeptanz und langfristige Erfolge in der Einjahreskatamnese.*

Der Ansatz von Petry (1996, 2003) kann als bahnbrechende Entwicklung in der Psychotherapie der Glücksspielpathologie gelten. Dort wird die maladaptive Funktionalität des Glücksspielens in einem Vulnerabilitätsmodell beschrieben als die Suche nach der Kompensation des inneren Leeregefühls, nach Selbstwertsteigerung und Abwehr aversiv erlebter Gefühle von Leere und Angst sowie nach der inneren Distanzierung von konflikthaften sozial-interaktiven Beziehungen. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich die Glücksspielproblematik aus der Wechselwirkung der inneren, oft nicht bewussten „Gründe“ eines Glücksspielers mit dem dazu passenden Aufforderungscharakter eines speziellen Glücksspielangebots.

In einer klinischen Populationsstudie (Feindel, 2012; Premper et al., 2012) stellen im Durchschnitt 40-jährige Männer den weitaus größten Anteil in der Patientengruppe. Frauen sind nur zu 13,6% vertreten. Vogelgesang (2009) legt ein genderspezifisches Therapiekonzept für Glücksspielerinnen vor und leistet damit einen wichtigen Beitrag zu einem stark vernachlässigten Aspekt der Psychotherapie bei pathologischem Glücksspielen. Zu den neuen Entwicklungen gehören die Diagnostik und Therapie des pathologischen PC-/Internet-Gebrauchs als Verhaltens- und Beziehungsstörung (ICD-10 F68.8) im Spektrum der Persönlichkeitsstörungen (Schuhler & Vogelgesang, 2011, 2012).

Schuhler et al. (2013) zeigten, dass bei mehr als einem Fünftel der Patienten mit pathologischem Glücksspielen in den Indikationsgebieten Psychosomatik und Sucht eine komorbide Persönlichkeitsstörung vorliegt. Am häufigsten kommen die Borderline- und die narzisstische

sowie die kombinierte Persönlichkeitsstörung vor, bei der mehr als eine Form einer Persönlichkeitsstörung vorliegt. Im folgenden Abschnitt werden die sechs in den Indikationsgebieten Sucht und Psychosomatik häufigsten Persönlichkeitsstörungen nach Entwicklungsaspekten beschrieben. Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörung finden dabei besondere Berücksichtigung.

2 Merkmale von Persönlichkeitsstörungen in Verbindung mit pathologischem Glücksspielen

Über die Therapieschulen hinweg besteht Einmütigkeit darüber, dass Persönlichkeitsstörungen als tiefverwurzelte, überdauernde, unangepasste Verhaltens- und Erlebensweisen verstanden werden, die sich in Form starrer dysfunktionaler Reaktionen auf vielfältige persönliche und soziale Lebenslagen zeigen.

Die neueren Forschungsergebnisse betonen den besonderen Stellenwert der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Fiedler, 2007) in der Psychotherapie, Psychiatrie und Rehabilitation. Zahlreiche Studien weisen auf die zum Teil hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen hin. In einer groß angelegten empirischen Studie (Schmitz et al., 2002) zeigte sich auf der Grundlage einer reliablen und validen Diagnostik der Persönlichkeitsstörung, dass jeder fünfte Patient einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung unter einer Persönlichkeitsstörung leidet, deren Folgen häufig durch pathologisches Glücksspielen abzumildern versucht werden (Schuhler et al., 2013).

Die Ergebnisse der therapiebezogenen Komorbiditätsforschung zeigen, dass komorbide Persönlichkeitsstörungen ganz allgemein den Behandlungsverlauf einer symptomatischen Störung sowie die Prognose erheblich verschlechtern können. Die Behandlungsverläufe sind oft schwierig wegen der tiefverwurzelten und komplexen Probleme, die mit der typischen „Ich-Syntonie“ und dem damit einhergehenden mangelnden Problembewusstsein der Betroffenen zusammenhängen: Motivations-, Kooperations- und Complianceprobleme führen zu kaum auflösbaren Krisen in der Zusammenarbeit, zu Therapieabbrüchen oder zu unbefriedigenden Behandlungsergebnissen. Diese schwierige Konstellation wird durch pathologisches Glücksspielen darüber hinaus negativ dynamisiert.

¹ Die Studie war ein Teilprojekt des rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Südwestdeutschland, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Förderkennzeichen 016D9803

Die Borderline-Störung

In der Entwicklungsgeschichte von Menschen mit Borderline-Störungen wurden überzufällig häufig schwere Traumatisierungen festgestellt (van der Kolk, 1999). Als weitere verursachende Faktoren werden ausgeprägte emotionale Vernachlässigung in der Kindheit diskutiert ebenso wie rigide Erziehungsmuster und ein fortwährend die Person kränkendes Erziehungsverhalten. Borderline-Patienten mit schwerwiegenden Traumata in der Vorgeschichte weisen typischerweise posttraumatische Störungen wie Amnesien, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsstörungen und selbstverletzende Tendenzen auf. Die Traumatisierung zieht offensichtlich erhebliche affektive Dysregulation nach sich, die zur Destruktivität im sozialen Verhalten und in der Selbststeuerung führt. Jedoch auch die Borderline-Persönlichkeiten, die kein Trauma erfuhren, sondern offenbar einer vernachlässigenden rigiden und kränkenden Erziehung ausgesetzt waren, zeigen ein stark beeinträchtigtes soziales Interaktionsverhalten. Auch hier bilden die Probleme der affektiven Regulierung den Boden für die Defizite in der sozial interaktiven Beziehungsfähigkeit und in der Selbststeuerung.

Millon (1981, 2011) sieht als virulenten Kern der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein nicht kohärentes Identitätsgefühl. Er vermutet eine dominierende Gefühlsorientierung, die erprobtes und impulsdurchbrüchiges Verhalten verursacht und nur ein gering ausgeprägtes rationales, auf abwägender Überlegung beruhendes Handeln ermöglicht. Benjamin (2001) nimmt an, dass Borderline-Persönlichkeiten in emotional chaotischen Familien aufwachsen und dass Alltagsroutinen ohne Aufregungen den Betroffenen leer und langweilig vorkommen. Destruktive Internalisierungen machen es der Borderline-Persönlichkeit unmöglich, stabile Gefühle von Wert und Glück zu entwickeln. Das große Ausmaß innerer Destruktivität und sozial interaktiver Krisenanfälligkeit bereitet den Boden für pathologisches Glücksspielen.

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung

Als biologischer Faktor wird bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung angenommen, dass, vergleichbar zur histrionischen Persönlichkeitsstörung, eine Neigung zu Überreagibilität besteht. Als Kinder sollen diese Persönlichkeiten oft als besonders talentiert auffallen. Eine besondere Aufmerksamkeit auf sozial interaktive Prozesse wird angenommen. Ty-

pischerweise bewundern die Eltern das Kind und es wird von einer ausgesprochenen oder verdeckten Erwartung ausgegangen, dass das Kind außerordentliche Leistungen zeigt. Einzelkinder sind überproportional häufig, ebenso wie der Verlust naher Bezugspersonen in der Kindheit. Es wird angenommen, dass früh manipulatives Verhalten, auch durch das Modell Erwachsener, erlernt wird, wodurch wenig Empathie für andere gebahnt wird. Diese Kontextbedingungen treffen auf einen narzisstischen Grundzug, der starken Beschäftigung mit dem eigenen Ich. Affektive Schwingungsfähigkeit, Selbstreflexion und Interesse an inneren Prozessen werden dabei nicht gefördert, ebenso wenig soziale Perspektivenübernahme. Der Anspruch, bewundert werden zu wollen, und gleichzeitig emotionale Kälte dem anderen gegenüber werden die dominanten Merkmale in der sozialen Welt. Diese Haltung führt dann in der weiteren Entwicklung zu Krisen, wenn die hochgesteckten Erwartungen, die die narzisstische Persönlichkeit an sich selbst hat und die andere an sie haben, nicht erfüllt werden können. Zurück bleibt eine große Verwundbarkeit gegenüber kritischen Rückmeldungen, die wiederum zu dem fast unstillbaren Bedürfnis nach Bewunderung und Anerkennung führt. In diese Dynamik kann pathologisches Glücksspielen hinein verwoben werden in dem Sinn, dass das Glücksspielen die narzisstischen Krisen abmildern kann bzw. die Persönlichkeit in eine Verfassung katapultiert, in der kurzfristig die Beschwichtigung der eigenen Selbstzweifel besser gelingt, ebenso wie eine narzisstische Aufladung der inneren Welt.

Die histrionische Persönlichkeitsstörung

Auch die histrionische Persönlichkeit ist gekennzeichnet durch ein hohes energetisches Level und reiche psycho-vegetative Reaktionsbereitschaft. Schon als Kinder zeigen diese Menschen ein hohes Maß an emotionaler Labilität. Ein dominierender Wesenszug ist die überaus große Orientierung an der Gratifikation von außen. Im Erziehungsverhalten der Bezugsperson wird Reziprozität angenommen, das heißt die histrionische Persönlichkeit stößt offenbar schon als Kind auf soziale Umwelten, die dann aufmerksam werden, wenn das Kind selbst auf sich aufmerksam macht und stark präsent ist. Diese Entwicklung wird durch wenig auf Disziplin ausgerichtete Erziehung unterstützt. Vermutlich wird diese Entwicklung auch verstärkt durch wenigstens einen histrionischen Elternteil, der via Modell-Lernen

und entsprechender selektiver Verstärkung des histrionischen Verhaltens des Kindes den Kreislauf weiter aufrechterhält. Kurzlebige Beziehungen, vorherrschende Beschäftigung mit Äußerlichkeiten und permanente Verleugnung und Verdrängung innerer Bewegung machen Weiterentwicklungen aus dem histrionischen Kreislauf hinaus für die betreffende Person aus eigener Kraft sehr schwer. Benjamin (2001) geht davon aus, dass histrionische Persönlichkeiten über operante Verstärkungsmechanismen gelernt haben, mit äußerer Attraktivität, gutem Aussehen und Charme viel bewirken zu können, um bei wichtigen Bezugspersonen eigene Ziele zu erreichen. Sie postuliert im elterlichen Erziehungsverhalten unvorhersehbare Brüche und Konsequenzen, auf die sich das Kind durch das histrionisch gefärbte Verhalten einstellt und die gleichzeitig wieder Modell bilden für eigenes, dramatisierendes und unstetes Verhalten. Die Glücksspielpathologie kann in dieses komplexe Wechselspiel zwischen innerer Welt, eigener Bedürftigkeit, personellen Kompetenzen und interpersonalen Kontext im Sinn eines kurzfristig wirkenden Selbstheilungsversuches eingreifen, der zum Preis hoher Risiken im Glücksspielen erreichbar geworden ist. Beispielsweise wird das unangenehm hohe Level an psychovegetativer und emotionaler Erregung im Glücksspielritual reduziert.

Die selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Der Grundzug der selbstunsicheren Persönlichkeit besteht in der extremen Anspannung und Angst im Umgang mit Menschen und in dem einzig zur Verfügung stehenden Heilmittel, nämlich der Abschottung vor Anderen, obwohl sie sich gleichzeitig diese Nähe wünschen. Millon & Everly (1985) vermuten, dass selbstunsichere Persönlichkeiten häufig auf elterliche Ablehnung und Kränkung gestoßen sind, die dann in der so wichtigen Adoleszenzphase abgelöst wurden durch weitere Ablehnung von der Peergroup. Diese ungünstigen Beziehungskonstellationen treffen bei selbstunsicheren Persönlichkeiten auf hoch irritierbare biologische Grundmuster, die über ein niedrigschwellig leicht erregbares, vegetatives Nervensystem aktiviert werden. Die frühen Erfahrungen münden in überdauernde innere Einstellungen und Erwartungen, die in einem Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit wurzeln und sich in einer generalisierten Angst vor Zurückweisung in sozialen Situationen manifestieren. Selbstmitleid, Ängstlichkeit und depressive Verarbeitung als

Folge der Selbstabwertung und ängstlichen Erwartungshaltung tragen im Sinn eines Circulus vitiosus wieder zur Bestätigung der selbstunsicheren Grundannahmen und Überzeugungen bei. Fehler oder Unzulänglichkeiten des Kindes werden durch Demütigung und Herabsetzung bestraft. Als Erwachsener vermeiden die so aufgewachsenen Kinder Situationen und Aufgaben, an denen sie scheitern könnten und die vermeintlich wieder Anlass zur Herabsetzung und zum Ausgeschlossenwerden bieten könnten. Die Ablenkung von Krisen und Kränkungen im sozial-interaktiven Umfeld auf dem Boden der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung durch das Glücksspielen, das im eigenen Erleben mit Erfolg bewältigt werden kann, sowie zudem mit Glück und Gewinn lockt, gehört zu den maladaptiven Bewältigungsversuchen schwieriger Alltagssituationen.

Die dependente Persönlichkeitsstörung

Bei der Entwicklung der dependenten Persönlichkeitsstörung wird als charakteristisches Bindungsmuster (Bowlby, 1969, 1977) die „angstbeladene Bindung“ angenommen, die aus der vom Kind nicht sicher erlebten Präsenz und Ansprechbarkeit der Bezugsperson resultieren soll. Dieses frühe Bindungsmuster wird gewissermaßen in späteren Beziehungen wiederbelebt und verursacht auf diese Weise die ständige Angst, alleingelassen zu werden, wodurch sich die extreme Abhängigkeit vom Partner erklärt. Millon & Everly (1985) vermuten, dass dependente Persönlichkeiten als Kind ängstliche, in sich zurückgezogene oder traurige Wesenszüge aufwiesen, die bei den Bezugspersonen überbehütendes Verhalten auslösten. Geringe Explosivität und stark ausgeprägte Kontrolle scheinen die Familien, in denen dependente Persönlichkeiten heranwachsen, zu charakterisieren (Bornstein, 1993; Hend et al., 1991). Respondente Konditionierung durch verstärkendes Erziehungsverhalten auf dependente Verhaltensweisen unterstützen die Entwicklung der sozialen Ängstlichkeit und die mangelnde Zuversicht in die eigene Handlungswirksamkeit. Benjamin (2001) geht von einer zu lange andauernden behütenden und versorgenden Haltung von Eltern aus, die die Autonomie des Kindes nicht angemessen zum richtigen Zeitpunkt fördert. Auf diese Weise sollen sich bei diesen Kindern Selbstzweifel und geringe Selbstachtung entwickeln, die sie Kränkungen durch andere erdulden lassen. Diese, die Herabsetzung hinnehmende Haltung wird durch die unzureichende Hand-

lungskompetenz ungünstig ergänzt, die durch die überversorgende elterliche Haltung mit verursacht wurde. Vor diesem Hintergrund werden Gefühle, unzureichend und unfähig zu sein, ständig verstärkt und setzen wiederum die rasche Bereitschaft, sich unterdrücken zu lassen, erneut in Gang. Pathologisches Glücksspielen mit dem Gewinnversprechen, das ohne beängstigende Kontakte zu anderen vollführt werden kann, mildert die im Zuge dieser Persönlichkeitsorganisation häufigen Ängste vor Anderen und lässt insbesondere die Gefühle der Erniedrigung und Beschämung im sozialen Kontakt in der subjektiven Bedeutung zurücktreten.

Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Als primäre Problemkonstellation wird von einer extrem geringen Selbstachtung des Patienten ausgegangen. Die Selbstabwertung soll vor dem Hintergrund entstanden sein, dass in der häuslichen Umgebung viel Aggression, Ablehnung, Wut und Destruktivität herrschte. Wesentlich soll dabei sein, dass diese destruktiven Gefühle hinter einer oberflächlich freundlichen Fassade verborgen blieben (Sullivan, 1956). Auf diesem Hintergrund lerne der Zwanghafte das, was Sullivan „verbale Magie“ nennt. Worte und Regeln werden dadurch wichtiger als Emotionen. Im Fall der zwanghaften Persönlichkeitsstörung steht die Beeinträchtigung der affektiven Regulation im Fokus. Emotionale Nähe und Mitteilungsbereitschaft ändern gegenüber wird generell vermieden bzw. nicht gezeigt. Dieses Grundmodell Sullivans wird auch von Angyal (1965) unterstützt. Dabei wird das inkonsistente widersprüchliche Verhalten der Eltern als Herausforderung an das kindliche Anpassungsvermögen gesehen, das versucht, Kontrolle zu erlangen, die es sonst überwiegend nicht erlebt. Millon (1981; Millon & Everly, 1985) geht davon aus, dass der Mensch mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung von überaus stark kontrollierenden Eltern eingeschränkt wird, sich autonom oder abweichend von einer sozialen Erwünschtheitsperspektive zu verhalten. Die Identitätsentwicklung und der reife Umgang mit Normen und Werten soll dadurch in der Lebensperspektive erschwert werden. Das zwanghafte Verhalten sollen im Kindesalter direkt und indirekt innerhalb der Familie dadurch gelernt werden, dass Strafe vermieden werden kann durch Akzeptieren und kritikloses Übernehmen der Erwartungen perfektionistischer und strafender Eltern. Pathologisches Glücksspielen wird in diesem Kontext oft

deshalb betrieben, weil darin der einzige punktuelle Ausbruch aus einem rigiden und starren Normensystem gelingt, dem sich der oder die Betreffende sonst unterordnet.

3 Diagnostik der Persönlichkeitsstörung

Nach den allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nur dann gestellt werden, wenn ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, vorliegt. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kognition, Affektivität, Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und Impulskontrolle. Das Muster ist unflexibel und tiefgreifend in vielen Interaktionssituationen und in der Selbststeuerung. Dieses Muster führt zu Leiden in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Bereichen. Es beginnt in der Adoleszenz bis frühem Erwachsenenalter und ist stabil und lang andauernd. Das Muster lässt sich nicht als Folge einer anderen psychischen Störung erklären. Es geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz wie einer Droge oder eines Medikaments oder einer Erkrankung oder Verletzung zurück.

Das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse II – Persönlichkeitsstörungen“ (SKID; Fydrich et al., 1997), das aus einem Screening-Fragebogen und darauf bezogenem Interviewteil besteht, kann als geeignete Methode gelten, eine Persönlichkeitsstörung mit der gebotenen Sorgfalt diagnostisch einzugrenzen. Auf keinen Fall aber sollten nur die Fragebogenergebnisse zur diagnostischen Einordnung herangezogen werden. Dies könnte zu drastischen Fehleinschätzungen führen, wie am Beispiel der narzisstischen, zwanghaften und Borderline-Störung ausgeführt werden soll:

Nimmt man die narzisstische Persönlichkeitsstörung als Beispiel, so sind nach den DSM-Kriterien im SKID-Fragebogen 15 Fragen dazu formuliert, wie beispielsweise: „Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?“ oder „Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?“ oder „Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden?“ Für die Auswertung genügt es nicht, die Ja-Antworten zu zählen, um als Diagnose „Narzisstische Persönlichkeitsstörung“ zu vergeben, sondern im

anschließenden Interview werden die Ja-Antworten hinterfragt mit „Geben Sie uns bitte ein Beispiel“ oder „Wie meinen Sie das?“ Das gibt oft verblüffenden Aufschluss über das, was der Patient mit seinem „Ja“ meinte: In einem Fall hatte ein Patient einen sehr hohen Wert auf dieser Narzissmus-Skala. Aber im Interview stellte sich heraus, dass er keineswegs eine narzisstische Persönlichkeitsstörung oder auch nur eine narzisstische Struktur hat, sondern eher depressiv einzuordnen war. Als er, ein blasser, niedergedrückter Mann, der mit hängenden Schultern da saß, gefragt wurde: „Wie meinen Sie das, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht schätzen?“, antwortete er: „Die meisten Menschen schätzen mich nicht. Das stimmt. Ich muss mich immer neu beweisen, auch bei neuen Chefs, obwohl mein bisheriger Chef, den hab ich ja nun schon 15 Jahre, aber ich denke immer noch, ich muss ihm jeden Tag neu beweisen, dass ich der richtige Mann an der richtigen Stelle bin. Das drückt mich unheimlich nieder. Ich hadere oft damit, dass ich mir offenbar immer noch kein Fundament geschaffen habe. Ich bin ja jetzt 26 Jahre auf diesem Posten und mache es offenbar ganz gut. Aber: Ich muss mich immer neu beweisen.“

Diese Aussage legt eher Selbstunsicherheit im Rahmen einer depressiven Entwicklung nahe. Der gleiche Patient hatte auch die Frage, ob es ihm sehr wichtig sei, dass andere ihn beachten oder ihn in irgendeiner Weise bewundern, mit „Ja“ beantwortet. Er meinte aber dazu: „Ich brauche immer unbedingt Lob und Anerkennung. Auch nur ein bisschen Kritik kann ich nicht vertragen. Wenn mich einer nur ein wenig kritisiert, ärgert mich das sehr. Alles soll perfekt sein. Und wenn einer mir sagt, dass etwas nicht perfekt ist, dann bin ich sofort wie zerstört. Ich bin dann geknickt, niedergeschlagen und verzweifelt. Und Lob und Anerkennung, das tröstet mich ein bisschen, weil ich im Grunde ja nicht viel von mir halte. Ich weiß zwar, dass ich gut bin und dass ich auch in meinem Beruf etwas kann. Auf der anderen Seite bin ich halt so leicht zum Zweifeln zu bringen.“ Hierin zeigt sich nicht das unbedingte Verlangen nach Bewunderung der narzisstischen Persönlichkeit, sondern es kennzeichnet den Perfektionismus und den übersteigerten Selbstzweifel der depressiven Verarbeitung.

Auch auf die Frage: „Mussten Sie andere schon einmal regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen“, womit das typische Ausnutzen von andern abgeklopft werden soll, sagte der Patient: „Ja, das macht mir heute noch Kopfzerbrechen, dass ich damals vor 20 Jahren die Freundschaft zu meinem damaligen Freund

genutzt habe, um meine zweite Frau, also seine Frau, kennen zu lernen. Das habe ich aber nicht mit Absicht gemacht. Das hat sich so ergeben. Aber dennoch habe ich heute noch oft Gewissensbisse.“ Dagegen sagte ein narzisstischer Patient auf die gleiche Frage – „Ist es Ihnen sehr wichtig, dass andere Sie beachten oder Sie in irgend einer Art und Weise bewundern?“ – mit erhobener Stimme: „Ja, denn ich hab die Bewunderung ja auch verdient. Ich hab wirklich große Talente. Ich hätte alles werden können, Schriftsteller, Sportler, Wissenschaftler, alles.“ Dabei sah er die Therapeutin mit vorgeschobenem Kinn und rausgedrückter Brust herausfordernd an. Der gleiche Patient sagte auf die Frage: „Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen?“: „Das stimmt absolut. Ich hab das Zeug zu einem großen Sportler oder auch sonst zu etwas Großem. Ich bin doch sogar schon in der Schule als besonders begabt aufgefallen, weil ich Gedichte wortwörtlich behalten habe, nachdem ich sie nur einmal gehört habe. Ich bin kein Mittelmaß. Ich bin Spitze.“ Die Therapeutin berichtet im Anschluss den Impuls, diese Großsprecherei etwas zurechtzurücken. Diese innere Reaktion ist sehr wertvoll als Hinweis auf eine narzisstische Struktur beim Patienten, man sollte diesen Unmut registrieren und gewissermaßen als diagnostische Information nutzen, aber nicht im Interview ausdrücken.

Bei der Einschätzung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung konnte häufig eine Diskrepanz zwischen den Fragebogenergebnissen und dem Interviewergebnis festgestellt werden: Die Fragebogenergebnisse wiesen auf eine stark ausgeprägte zwanghafte Persönlichkeitsstörung hin, es handelte sich jedoch um eine depressive innere Verarbeitung, die von Perfektionismus, der Angst, Fehler zu machen und Selbstabwertung geprägt war. Bei Patienten, die Suchtmittelmissbrauch betreiben, gilt es zudem sicherzustellen, dass sich Ängste vor Fehlern oder Selbstbestrafungstendenzen, die zu hohen Scores auf der Skala „zwanghafte Persönlichkeit“ im Fragebogen geführt haben mögen, nicht auf die Beschämung nach Trinkzeiten beziehen und dann keinesfalls als Ausdruck einer zwanghaften Persönlichkeit zu werten wären. Diese Gefahr der Fehleinschätzung ist besonders groß bei der Diagnose der Borderline-Störung, weil die dort aufgeführten Erlebens- und Verhaltensweisen wie Impulsdurchbrüche, Stimmungsschwankungen, jähe Beziehungsabbrüche auch Symptome von Trinkzeiten sein können und nicht als Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung zu werten sind.

4 Diagnostik des pathologischen Glücksspiels

Folgende klinisch relevante Erscheinungsformen des pathologischen Glücksspiels können unterschieden werden: Geldautomatenspiele, Kasinospiele (z.B. Roulette), Sportwetten (oddset, Pferdewetten), Internetglücksspiele (-kasinos, -sportwetten), Karten- und Würfelspiele (z.B. Poker), besonders riskante Formen der Börsenspekulation, Rubbellose und Lotto-Spielen (Petry, 2003).

Als Diagnosekriterien (ICD-10, F63.0) gelten: Häufiges, episodenhaftes wiederholtes Glücksspielen, das die Lebensführung beherrscht, zum Verfall sozialer, beruflicher, materieller, familiärer Werte und Verpflichtungen und zu Lügen und Delinquenz führt. Ein intensiver kaum kontrollierbarer Drang zum Glücksspielen sollte gegeben sein und „Chasing“ als illusionäres dem Glück Hinterherjagen. Der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG; Petry, 1996) kann als geeignetes Instrument gelten, eine Glücksspielpathologie in einem ersten Screeningschritt vor der ausführlichen klinischen Exploration und Anamnese festzustellen.

5 Das Gruppentherapieprogramm

Das Programm geht in mehrerer Hinsicht neue Wege in der Therapie der Persönlichkeitsstörungen (Schmitz et al., 2001).

5.1 Kernmerkmale

Bestimmend für die Ausarbeitung des Programms war der entpathologisierende und ressourcenorientierte Blick auf die Persönlichkeitsstörung. Die Kernmerkmale im Überblick sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

5.2 Aufbau

Das Gruppenprogramm (Schmitz et al., 2001) umfasst 12 Gruppenstunden (s. Abbildung 2), wobei zwei Gruppenstunden einer bestimm-

- Das Programm stellt die Persönlichkeitsstörung direkt und unmittelbar in den Fokus der therapeutischen Arbeit
- Das Programm basiert auf einem dimensionalen Modell der Persönlichkeitsorganisation in Abgrenzung zum kategorialen Konzept der Persönlichkeitsstörung. Mildere Formen gehören zu unverzichtbaren Qualitäten der Selbststeuerung und der Interaktionskompetenzen (Persönlichkeitsstile).
- Das Programm orientiert auf Ressourcen und positives Reframing
- Das Programm verzichtet auf Pathologisierung zugunsten einer Kompetenzorientierung
- Das Programm erlaubt eine heterogene Gruppenzusammensetzung hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung
- Das Programm zielt auf Transparenz und Veränderungsbereitschaft durch Psychoedukation, nicht-konfrontative Motivierungsstrategien, in Verbindung mit emotionaler Erlebnisaktivierung.

Abbildung 1

Kernmerkmale des Programms

ten Persönlichkeitsstörung, jeweils ein psychoedukativer und ein erlebnisaktivierender Teil, gewidmet sind. Insgesamt werden die sechs oben vorgestellten Persönlichkeitsstörungen in dem Programm behandelt (s. Abbildung 2). Den Patienten wird allerdings nur jeweils der Persönlichkeitsstil und das dazugehörige veranschaulichende „Motto“ vorgestellt. Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ wird nicht erwähnt. Die psychoedukativen Teile haben Erklärungscharakter und vermitteln plausible Erklärungsmodelle sozialer Interaktion und der Selbststeuerung, z.B. die Zusammenhänge zwischen Frustration und Aggression oder die Grundzüge des Sichhineinfühlens in andere. Empirische Untersuchungen zum Stellenwert psychoedukativer Maßnahmen im Bereich der Persönlichkeitsstörungen liegen bislang allerdings nicht vor, obwohl deren Bedeutsamkeit von verschiedenen Autoren gesehen wird (z.B. Linehan, 1996; Young, 1990). So prognostiziert auch Fiedler (2000), dass sich Psychoedukation oder Patientenschulung zukünftig zu einem

Persönlichkeitsstörung	Persönlichkeitsstile	Motto des Persönlichkeitsstils
Borderline PS narzisstische PS selbstunsichere PS dependente PS histrionische PS zwanghafte PS	der sprunghafte Stil der selbstbewusste Stil der sensible Stil der anhängliche Stil der dramatische Stil der gewissenhafte Stil	„Feuer und Eis“ „Der Star“ „Am liebsten zu Hause“ „Der gute Kumpel“ „Das Leben ist aufregend“ „Das Richtige tun“

Abbildung 2

Überblick über die sechs im Programm behandelten Persönlichkeitsstile sowie das Motto des Persönlichkeitsstils

der wichtigsten Aspekte einer integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen entwickelt wird.

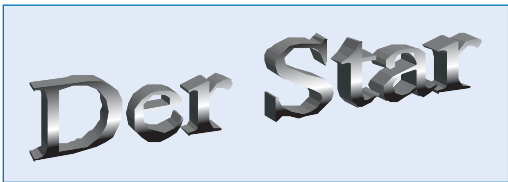
5.3 Durchführung

Psychoedukativer Teil

In dem Programm wird nicht von Persönlichkeitsstörungen, sondern von „Persönlichkeitsstilen“ gesprochen. Darin spiegelt sich die konzeptuelle Überwindung der auf Pathologie eingeeengten Sicht auf den Menschen wider. Das grundsätzliche Vorgehen soll am Beispiel der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, in der Sprache des Programms am Beispiel des „selbstbewussten Persönlichkeitsstils“ veranschaulicht werden: Der „selbstbewusste Persönlichkeitsstil“ wird mit dem Untertitel „Der Star“ eingeführt (s. Abbildung 3).

Abbildung 3

Patientenmaterial zur Einführung in die narzisstische Persönlichkeitsstörung



Zunächst werden charakteristische Merkmale des Persönlichkeitsstils mit seinen Stärken und Schwächen anschaulich erläutert. Eine Facette des Selbstkonzepts wird vorgestellt, die „Die Freude, Ich zu sein“ genannt wird (s. Abbildung 4).

Die Welt der Arbeit wird darüber hinaus charakterisiert als geprägt durch die Erfolgspolitik des narzisstischen Menschen, die Beziehungswelt dadurch, dass Narzissten darin gut sind, dass sie Beachtung auf sich ziehen. Hinsichtlich der Beziehungen wird verwiesen auf den Gesichtspunkt, dass das starke Ich-Gefühl die Erfolgsorientiertheit des Narzissten und sein taktisches Geschick ihn davor bewahren, kritische Gefühle hochkommen zu lassen. Im Sinn eines Kontinuums werden alle diese Be-

züge weitergeführt bis hin zu dem kritischen, dem negativen Pol. Die moderierende Rolle des Glücksspielens, das die Selbstheilungsstrategien, wenn auch nur kurzfristig und zu hohem Preis unterstützt, wird besonders betont.

Zwar erreichen narzisstische Menschen leicht Anerkennung, sie tun ja auch einiges dafür. Aber sie sind nicht ausgerichtet auf andere, sie können sich die innere Welt des anderen nicht vorstellen und stehen oft völlig überrascht vor den Trümmern ihrer Beziehung. In der Welt der Gefühle, der Selbstbeherrschung und in Bezug zur realen Welt übersehen narzisstische Menschen leicht ihre Fehler, ihre Schwächen und ihren relativen Platz. Sie neigen dazu, sich selbst zu überschätzen und die eigenen Stärken nicht realistisch einzuschätzen. Diese narzisstische Struktur wird den PatientInnen in verständlicher und akzeptierender Sprache vermittelt. Dreh- und Angelpunkt dabei ist immer, das Interesse der PatientInnen für ihre innere Welt zu wecken und hier bereits die Ressourcen des narzisstischen Stils einzuführen. Narrative werden dabei als nichtkonfrontative Motivierungsstrategie eingesetzt.

Nichtkonfrontative Motivierungsstrategie – Narrativ

Im Gruppenprogramm werden neben der Psychoedukation im Sinn von Aufklärung, Wissens- und Modellvermittlung zwei methodische Wege beschritten, um die emotionale Beteiligung der Patienten zu erreichen, nämlich Demonstrationsrollenspiele und Narrative, die in den psychoedukativen Teil eingebunden sind. Im ersten Fall werden dabei in der Handlung vorskizzierte Rollenspiele, die den jeweiligen Persönlichkeitsstil demonstrieren und anschaulich vorstellen, eingesetzt. Narrative (Schuhler & Baumeister, 1999), also kleine Erzählungen, bildliche, nicht-sachliche Geschichten dienen dem gleichen Zweck. Die Rollenspiele werden vom Gruppentherapeuten und einem instruierten Teilnehmer übernommen, die Narrative werden vom Gruppentherapeuten erzählt.

Abbildung 4

Patientenmaterial – die Stärken des selbstbewussten Stils und seine Risiken

Das Selbst	Arbeit	Beziehungen
Die Freude, ich zu sein	Erfolgspolitik	wollen geliebt werden. Das eigene Glück bedeutet automatisch das Glück des Anderen
Extrem: Selbstverherrlichung, Selbstüberschätzung, Selbstsucht, sogar Selbstzerstörung, oft durch Glücksspielen	Extrem: Andere werden manipuliert, übergroßer Neid Ausgleich: Glücksspielen	Extrem: Bleibt Bewunderung aus, enormer Stress und Hass Ausgleich: Glücksspielen

Rollenspiele ebenso wie Narrative sind dialogisches Geschehen. Dabei wirkt in beiden Fällen eine individuelle, mit Affekt versetzte Sprache, die den Patienten dazu anregen soll, die oft nicht mehr zur Verfügung stehende Fähigkeit, Sprache mit Bedeutungen, Affekten und Beziehungen aufzuladen, wieder zu vollziehen. Das Rollenspiel ist handlungsbetont, während das Narrativ über einen einfachen Bericht hinausweist: Es erweitert ihn und vertieft und veranschaulicht das, was gesagt werden soll durch eine metaphor- und bilderreiche Sprache. In Narrativen werden Zusammenhänge anschaulich hergestellt, denn Mimik, Gestik und die szenische Darstellung des Erzählers gehören zum Narrativ dazu. Es ist ein Mittel zur gleichnishaften sinnstiftenden Darstellung und beinhaltet immer eine innere Begegnung zwischen Rezipienten und Erzähler.

Bei Narrativen als therapeutischem Agens (Spence, 1993; Lankton & Lankton, 2005; Schuhler, 2007; Wahl et al., 2008) ist der spielerische Aspekt besonders wichtig: Geschichten oder auch nur Geschichtsfragmente versorgen den Patienten mit einem kreativen Bild, das die Vorstellungskraft anregt. Darüber hinaus kann durch die narrative Methode der Kampf zwischen Patient und Therapeutin vermieden werden: Sie sagen dem Anderen nicht, was zu tun ist, sondern sie laden aufgrund ihrer Mehrdeutigkeit zur Neugier und zum Fortdenken und Fühlen ein. Die Geschichten sind eine produktive Art, den Kampf um die Macht zu umgehen und einzuladen zu einer gänzlich anderen Art von Interaktion zwischen Patient und Therapeut. Der Einsatz dieser nicht-konfrontativen narrativen Motivierungsstrategie hat sich in der therapeutischen Arbeit sehr bewährt (Schuhler & Baumeister, 1999; Schuhler & Schmitz, 2007; Vogelgesang, 2007, 2011).

Nachfolgend das Narrativ zum selbstbewussten Stil, wie es vom Therapeuten erzählt wird:

Ich möchte Ihnen die Geschichte eines 40-jährigen Mannes erzählen, die wesentliche Zusammenhänge zwischen der überaus selbstbewussten Persönlichkeit und dem Glücksspielen – und in diesem Fall auch Essen – deutlich macht. Stellen Sie sich einen gewaltig dicken und großen Mann vor, der bei der Aufnahme unten in der Empfangshalle der Klinik auf mich zu wagt und um Luft ringt. Er drückt meine Hand und sagt als erstes: „Die Klinik hier hat ja einen guten Ruf, sonst wäre ich gar nicht hierhergekommen. Aber die unmöglichen Vitrinen hier – wie sieht das denn aus? Das ist doch primitiv. Da können Sie von Glück sagen, dass Sie nicht in der Gastronomie arbeiten. Da kämen Sie mit so was Selbstgebasteltem nicht weit.“ Ich sage erst

mal nichts dazu und bitte ihn zum Gespräch in mein Zimmer. Er lässt sich schwer auf einen Stuhl sinken, wischt sich mit einem Taschentuch über den Kopf und verkündet: „Ich bin Koch, ein Meisterkoch. Ich hatte ein erstklassiges Haus. Nicht so eine Schnitzelschmiede, sondern Haute Cuisine. Aber nur vom Feinsten. Dass ich keinen Stern gekriegt habe, das war das Ergebnis einer Intrige. Mit rechten Dingen ging das nicht zu.“ Und: „Ich bin gewohnt, das Beste zu liefern und ich erwarte auch das Beste von andern Leuten. Mit zweitklassigen Ärzten lasse ich mich hier nicht abspeisen.“ In mir will so etwas wie Ärger über seine anmaßende Art aufsteigen, aber etwas an ihm verrät auch eine ganz andere, verletzliche Seite. Er erzählt mir, dass er aus Enttäuschung über seine Frau im letzten Jahr viel getrunken habe. „Ich habe ihr ein Schmuckstück von Restaurant hingestellt. Den Marmor für den Fußboden habe ich aus einem besonderen Steinbruch in Italien kommen lassen. Die Tischdecken und Servietten waren aus allerbestem Elsässer Leinen. Und sie selbst, was hat sie durch mich nicht alles gelernt? Ich habe der erst mal beigebracht, wie man sich anzieht und wie man Gäste begrüßt. Die hat dann die Empfangsdame gemacht und ich stand in der Küche. Das kann sich keiner vorstellen, was das für ein Stress ist: jeden Tag, jeden Mittag, jeden Abend Höchstleistungen zu vollbringen! Ist doch kein Wunder, wenn man da was braucht zum Stressabbau: Bei mir war es eben das Essen und ich gebe zu, auch das Glücksspiel. Aber immer nur Roulette und Online-Poker. In Spielhallen habe ich mich nie rumgetrieben. Das wäre mir doch zu niveaulos gewesen.“ Seine Frau hat ihn dann betrogen, mit dem Oberkellner. Als er dahinter kam, war das der Anfang vom Ende, wie er sagte.

Als ich ihn im weiteren Behandlungsverlauf besser kennenlerne, wird aber klar, dass es vorher schon kriselte, sowohl im Restaurant als auch in seiner Ehe. Er war wohl nicht immer zu den Höchstleistungen in der Lage und erreicht auch nie wirklich die Anerkennung als Meisterkoch, für den er sich ansah. Blieben die ersehnten Erfolge aus, besänftigte er sich schon von Jugend auf mit Glücksspielen und er suchte auch die tröstliche Wirkung, die im Sichhineinschlingen von großen Nahrungsmengen liegen kann. Waren es am Anfang auserlesene Speisen und Weine, so wurden es am Ende ganze Toastbrote mit billiger Salami und Ketchup – und er ging auch immer weniger in Roulette-Casinos, sondern spielte vermehrt Online-Poker und war durchaus auch in Spielhallen, weil elegante Kleidung, besondere Anfahrt und auch größere Geldmengen nicht erforderlich waren. Das konnte er aber nur mir im Einzelgespräch eingestehen und er drohte mir, sofort abzureisen, wenn davon etwas

bei seinen Mitpatienten ruckbar werden sollte. Es war für ihn geradezu überlebenswichtig, dass er das Bild des außergewöhnlichen Mannes mit den Spitzenleistungen aufrechterhielt.

Als Kind wurde er von seiner Mutter in der Überzeugung aufgezogen, etwas ganz Besonderes zu sein. Sie stammte aus einer verarmten Adelsfamilie und hielt sich auf die aristokratische Herkunft sehr viel zugute. So war sie überzeugt, mit ihrem Mann, dem Vater des Patienten, eine Mesalliance eingegangen zu sein. Ein Fehlgriff, für den sich ihr Mann, ein einfacher Straßenbahnfahrer, glücklich zu schätzen hatte. Von ihm wurde Anpassung, um nicht zu sagen Unterwerfung gefordert und der kleine Sohn sah seinen Vater zu Hause nie anders als geduckt und lächerlich gemacht. Er übernahm früh die innere Haltung der Mutter und wollte ihr gern beweisen, „welches Blut in seine Adern rollte“, wie sie zu sagen pflegte. Dass er von früh auf zu Übergewicht neigte und offenbar auch häufig in der Schule gehänselt wurde, verleugnete er schon als kleiner Junge. Niederlagen, Misserfolge oder gar Demütigungen wurden verdrängt. Dabei half schon in der Kindheit das Essen, das Glücksspielen kam mit 15 Jahren bereits dazu. Im Spielrausch gelangen ihm die Träume von seiner Einzigartigkeit und von seinen Spitzenleistungen besser und störende Erinnerungen an Fehlschläge oder Misserfolge zogen sich gnädig in den Hintergrund.

Den Patienten gelingt es, wenn sie sich mit den Geschichten auseinandersetzen, eher, selbst einen angstfreieren Umgang mit dem bedrohlichen Thema „Ich und Andere“ zu finden, sie fühlen sich in ihrer Beschämung und in ihren Ängsten verstanden und gewürdigt. Der Patient kommt zu eigenen Lösungen, wenn er darüber nachdenkt oder fantasiert, was die Geschichte über ihn und seine inneren Konflikte enthält, die ihm unverständlich und deshalb auch häufig unlösbar erscheinen.

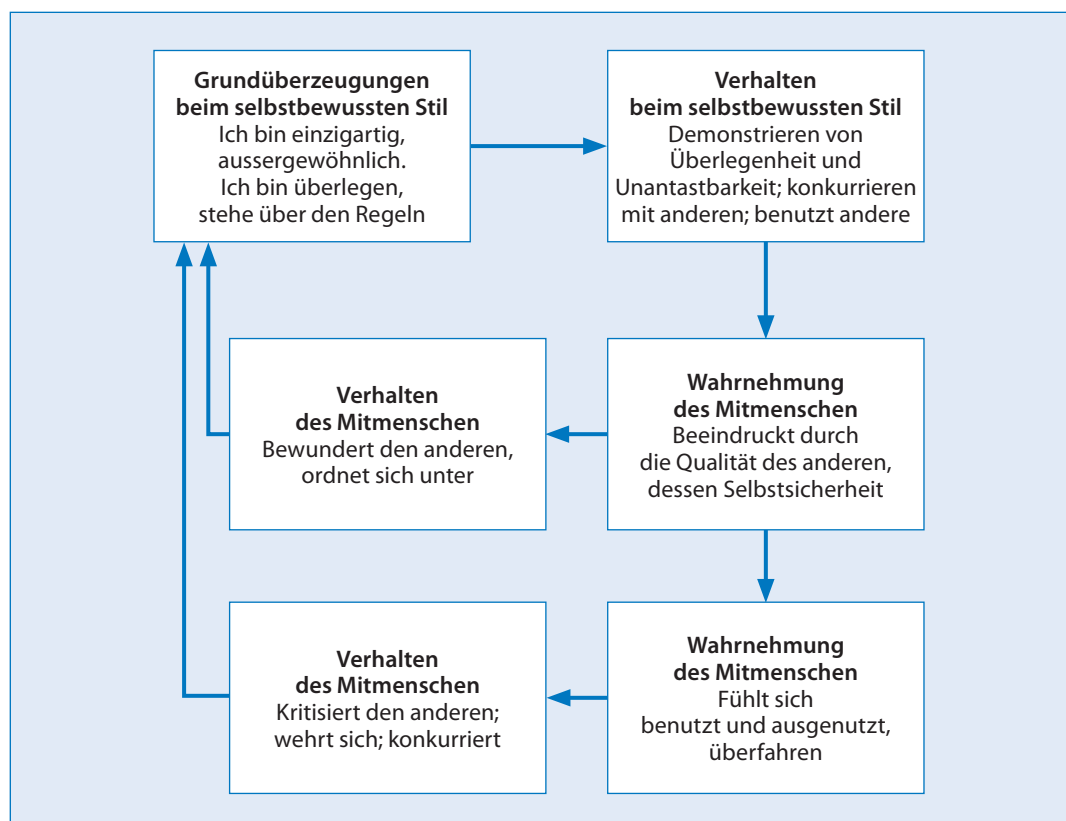
Plausible Erklärungsmodelle

Ein weiterer wichtiger Schritt im psychoedukativen Teil ist der Einführung der so genannten Teufelskreise nach Schulz von Thun (1989) gewidmet (s. Abbildung 5).

Gerade die Teufelskreise haben sich bei den PatientInnen sehr bewährt in dem Sinn, dass sie nachvollziehen können, wieso jemand, obwohl er oder sie unter Beschuss gerät, doch nichts anderes tut, als das Verhalten zu zeigen, das ihn erst in die Enge manövriert hat. Dabei wird bei den PatientInnen eine versöhnliche Haltung zur eigenen Persönlichkeit etabliert, durch die akzeptierende und verstehende Haltung, die mit dem strukturierten Vorgehen im psychoedukativen Teil verbunden werden. Die Dienstfunktion des für die Umwelt offen-

Abbildung 5

Patientenmaterial –
Teufelskreis beim
selbstbewussten Stil



bar kritischen bis unerträglichen Verhaltens wird verdeutlicht, indem erklärt wird, dass es einen Sinn und eine Geschichte hat, dass „Du so geworden bist. Es hat Dir beim Leben geholfen. Es wäre falsch, das alles in Bausch und Bogen zu verdammen“. Wichtig ist, sich auf die Suche nach den Gründen zu begeben und danach zu forschen, inwiefern das heute so problematische Verhalten und Erleben schon früh zur Lebenshilfe und Krücke bei den ersten Schritten in die Welt der Beziehungen wurde. Dass das Glücksspielen dabei hilft, solche Selbstheilungsversuche zu unterstützen und zu fördern, und sich dabei gleichzeitig in die innere Welt der Patienten einfräst, so dass es scheinbar unverzichtbar wird, leuchtet unmittelbar ein.

In narrativer Weise werden auch die anderen Elemente des psychoedukativen Teils an derselben Geschichte – mit Erzählungen aus Kindheit und Jugend – verdeutlicht. Dazu gehört vor allem die Einheit „Wenn der selbstbewusste Stil zum Problem wird“. Dabei wird der Einfluss von dysfunktionalen Grundannahmen (Beck et al., 1997) auf das Verhalten in konkreten Situationen und eben auf die Glücksspielpathologie an einem Beispiel verdeutlicht.

Der psychoedukative Teil schließt stets mit einer Einheit, die durchaus in bekanntem plakativen Stil die PatientInnen auffordert: „Machen Sie das Beste aus Ihrem Stil“ (Oldham & Morris, 1992). Abbildung 6 veranschaulicht diese ressourcenorientierte Sichtweise, wie diese im Patientenmaterial wiedergegeben wird.

Therapeutische Wirkfaktoren

Der psychoedukative Teil zielt auf grundlegende Einstellungsveränderungen und geht weit über Information und inhaltliche Aufklärung hinaus, wie der Begriff „Psychoedukation“ nahelegen könnte. Vielmehr werden Räume in dem Sinn eröffnet, dass das assoziative emotionale Verstehen erweitert und ein Spiegel zur Verfügung gestellt wird: Das spiegelnde Gesicht des bedeutsamen Interaktionspartners schärft den Blick für den andern und mich selbst. Die PatientInnen lernen Einordnungskriterien kennen und ihnen wird gewissermaßen eine Brille zur Verfügung gestellt, mit der sie die soziale Welt um sich und sich selbst erkennen können.

Gleichzeitig wirkt Unaufdringlichkeit: Das Vorgehen ist nicht invasiv, nicht bedrängend, nicht mit aller Macht soll etwas an den Mann oder die Frau gebracht werden. Den PatientInnen wird eine Welt- und Innensicht nahe gebracht mit bislang nicht zur Verfügung stehenden Kategorien. Dabei spielt das Moment

Machen Sie das Beste

- Versuchen Sie aufzuschreiben, welche „Schwächen/Fehler“ Sie haben. Beispielsweise: „Ich neige dazu, meine Bedürfnisse oder Interessen immer in den Vordergrund zu stellen.“ Entwickeln Sie also ein Gespür/Bewusstsein für Ihre Schwachstellen.
- Nehmen Sie Ihre Lebensregeln bewusst wahr und überprüfen Sie diese (z.B. „Ich bin außergewöhnlich und besser als andere, ich verdiene besondere Beachtung und besondere Regeln“).
- Versuchen Sie, sich durch die Augen der anderen zu sehen. Versuchen Sie auch hier wieder bei Ihren Schwachstellen zu bleiben. Also, was könnte mein(e) Partner(in), Arbeitskollege(in) an mir weniger gut finden?
- Selbstbewusste Menschen können sich in der Regel sehr gut konzentrieren. Nutzen Sie diese Fähigkeit im Kontakt mit anderen, besonders mit den Menschen, mit denen Sie häufiger zu tun haben. Fragen Sie sich bei jedem Gespräch: „Wer ist dieser Mensch?“ Konzentrieren Sie sich dabei auf seine charakteristische Körperhaltung, seine typische Redensweise, seine Stimme, seine möglichen Gefühle, Einstellungen und Gedanken, etc.
- Lernen Sie angemessen Kritik zu äußern und weniger empfindlich auf die Kritik anderer zu reagieren. „Schlagen Sie nicht sofort zurück!“ Beobachten Sie vielmehr Ihre Gefühle: Sind Sie verletzt? Fühlen Sie sich gedemütigt? Versuchen Sie sich dann davon zu distanzieren. Manchmal ist es auch hilfreich, wenn Sie zu aufgewühlt sind und Gefahr laufen, die Kontrolle zu verlieren, die Situation erst einmal zu verlassen.
- Üben Sie in einem Team mitzumachen und finden Sie heraus, warum es sich lohnt.

Abbildung 6

Patientenmaterial –
Machen Sie das Beste
aus Ihrem Stil

der Ermutigung eine entscheidende Rolle. Offensichtlich schaffen die psychoedukativen Maßnahmen Sicherheit und bilden Vertrauen dadurch, dass ein klarer Rahmen vermittelt wird, ein Verstehensmodell, das eine Einordnung bislang unverständlicher, ja unheimlicher Vorgänge mit sich und anderen erlaubt. Das geschieht in patientenzentrierter Zugewandtheit, in einem strukturierten Rahmen, der offensichtlich die Selbstreflexionsmöglichkeiten der PatientInnen fördert und ihre sicherlich angstbesetzten Regungen zur Selbstöffnung und Introspektion stärkt.

Erlebnisaktivierende Elemente

Diese Bereitschaft wird in einem zu jedem psychoedukativen Teil dazugehörigen Übungsteil genutzt und weiter gefördert. Beim selbstbewussten Stil, also der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, liegt der Schwerpunkt auf der Unterstützung von Empathie und Kritikfähigkeit sowie der Förderung von Kooperationsbereitschaft. Beispielsweise werden gruppendynamische Übungen wie der „heiße Stuhl“ durchgeführt und mit den Einsichten aus dem psychoedukativen Teil in Verbindung gebracht. Der Schwerpunkt bei der Auswertung liegt auf der Integration von negativer und positiver Rückmeldung und auf den besonderen Problemen, die vor allem narzisstisch geprägte Persönlichkeiten mit dieser schwierigen Übung haben. Diese Erfahrungen werden benutzt, um eine vom Therapeuten dargestellte Interaktionssequenz zu erleben und emotional nachzuvollziehen.

Der Therapeut führt in eine Alltagsszene eines Ehepaares ein, in der beide nach einem Abend von Freunden nach Hause fahren und die Frau genervt zu ihrem Mann sagt: „Du musstest dich ja mal wieder aufspielen heute Abend! Musst du immer so auf den Putz hauen!?“ – In der szenischen Nachstellung stellt der Therapeut zunächst die Frau dar und sagt sichtlich gereizt den Satz. Er wechselt dann den Platz (zuvor werden schon zwei Stühle so nebeneinander gestellt, dass die Vordersitze eines Autos markiert sind) und schimpft dann entsprechend einer im psychoedukativen Teil eingeführten Weise der narzisstischen Störung, beispielsweise so: „Wenn dir das nicht passt, dann kannst du ja künftig zu Hause bleiben! Du sitzt doch immer nur dumm rum und sagst nichts. Meinst du, ich brauche dich, ich bin doch froh wenn ich dich nicht am Bein habe.“ In einem zweiten Durchspielen der Szene verwirklicht der Therapeut eine einführende, verständnisvolle Reaktion auf die Kritik: „Ich bin dir heute Abend auf die Nerven gefallen. Was hat dich genau gestört?“ Der Fokus liegt im Herausarbeiten der unterschiedlichen, am Konflikt beteiligten Perspektiven.

Psychoedukativer Teil und Übungsteil werden mit schriftlichem Material ergänzt, indem die Patienten dazu angeleitet werden, im Alltag bestimmte Erfahrungen zu sammeln, ihre eigenen Wahrnehmungen und Reaktionen auf bestimmte Ereignisse, wie z.B. Zurückweisung oder Ablehnung festzuhalten und diese bei der nächsten Sitzung zu besprechen. Schmitz et al. (2002) geben eine ausführliche Anleitung zu allen Elementen des therapeutischen Vorgehens.

6 Fazit

Das Programm (Schmitz et al., 2001) hat sich bewährt in der stationären wie ambulanten Psychotherapie des pathologischen Glücksspiels mit komorbider Persönlichkeitsstörung als die Bearbeitung der generell wichtigen, aber bei dieser Koinzidenz zentral bedeutsamen Beziehungs-, Gefühls- und Selbstregulierungsproblematik (Petry, 2003). Gerade bei GlücksspielerInnen mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung hängt von der gelingenden Therapie dieser zentralen Dimensionen die Glücksspielabstinenz im posttherapeutischen Verlauf ab.

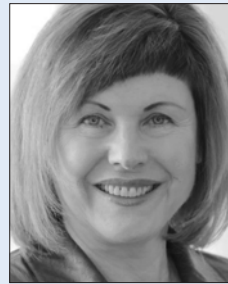
Weichenstellende Funktion hat die Bearbeitung der Persönlichkeitsdimensionen in der Gefühls-, Beziehungs- und Selbstwertregulierung auch auf die Veränderungsmotivation im Hinblick auf den Abbau der Kontrollillusion, dass beim Glücksspielen mehr Einfluss möglich ist, als dies objektiv der Fall ist. Dies gilt auch für die irrationalen Kausalattributionen der Glücksspielergebnisse, sodass Gewinne internal den eigenen Kompetenzen, Verluste aber externalen Umständen zugeschrieben werden. Auch die Rückfallprophylaxe, der künftige günstige Umgang mit Geld und eine adäquate Schuldenregulierung hängen von einer erfolgreichen Therapie der Persönlichkeitsdimensionen ab.

Literatur

- Angyal, A. (1965). *Neurosis and treatment*. New York: Viking.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Wright, D., Newman, C. F., Liese, B. S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz.
- Beck, A. T., Freeman, A., Pretzer, J., Dacis, D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K. M., Padesky, C., Meyer, J. & Trexler, L. (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz PVU.
- Benjamin, L. S. (2001). *Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medizin.
- Bohus, M. & Berger M. (1996). Die dialektisch-behaviorale Psychotherapie nach Linehan. *Nervenarzt*, 67, 911-923.
- Bornstein, R. F. (1992). *The dependant personality*. New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Falge-Kern, A., Schulz, H. & Fricke, S. (2007). Ein Gruppentherapieprogramm bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen: Eine quasi-experimentelle Evaluation. *Verhaltenstherapie*, 17, 17-24.
- Feindel, H. (2012). *Der Mensch und das Glücksspiel. Dem Glück hinterher jagen*. Vortrag. Deutsch-französische Veranstaltung Europ'age, Saarbrücken.
- Fiedler, P. (1996). Psychotherapeutische Ansätze bei Persönlichkeitsstörung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede. In: B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz PVU.
- Fiedler, P. (2000). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H. U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hays, S. (2007). In Abstand zur inneren Wortmaschine. Tübingen: dgvt.
- Hend, S., Baker, J. & Williamson, D. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 5, 256-263.
- Kuhl, J. & Kazen M. (1997). Persönlichkeitsstil und Störungs-Inventar. Göttingen: Hogrefe.
- Lankton, C. H. & Lankton, S. R. (2005). *Geschichten mit Zauberkraft*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., deBoto, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Port, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze, D., Bischof, G. & John, U. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE). Projektbericht*. Universitäten Greifswald und Lübeck.
- Millon, T. H. (1981). *Disorders of personality: DSM-III Axis II*. New York: Wiley.
- Millon, T. H. (2011). *Disorders of personality*. New York: Wiley.
- Millon, T. H. & Everly, G. (1985). *Personality and disorders*. New York: Wiley.
- Oldham, J. B. & Morris, L. B. (1992). *Ihr Persönlichkeitsporträt*. Hamburg: Kabel.
- Petermann, F. (Hrsg.) (1997). *PatientInnen-schulung und PatientInnen-beratung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Beltz.
- Petry, J. (2003). *Glücksspielsucht*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (2010). Psychotherapie bei pathologischem Glücksspielen und Abhängigkeitserkrankung. In: M. Vogelgesang & P. Schuhler (2010). *Psychotherapie der Sucht* (S. 322-342). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., Feindel, H., Zemlin, U. & Petry, J. (2012). *Multizentrische Katamnese pathologisches Glücksspielen*. Vortrag. Deutscher Suchtkongress, 03.-06. Oktober.
- Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (1996). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim Beltz PVU.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, A., Husen, E., Wagner, A., Gönner, S., Limbacher, K. & Vogelgesang, M. (2002). *Die Rehabilitation von Persönlichkeitsstörungen in der stationären verhaltenstherapeutischen Psychosomatik und Suchttherapie*. Abschlussbericht über ein Forschungsprojekt Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Förderkennzeichen 01GD9803.
- Schmitz, B., Schuhler P., Gönner, S. Wagner, A., Limbacher, K. & Vogelgesang, M. (2006). Rehabilitation of Personality Disorders in Inpatient Behavioral Psychosomatic and Addiction Therapy. In: W. Jäckel et al. (Eds.), *Research in Rehabilitation* (S. 143-161). Stuttgart: Schattauer.
- Schuhler, P. (2007) Der narrative Ansatz als nicht-konfrontative Motivierungsstrategie. In: P. Schuhler, *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten* (S. 62-73). Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P. & Baumeister, H. (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schuhler, P. & Schmitz, B. (2007) Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen mit komorbidem schädlichen Gebrauch von Alkohol und suchtpotenten Medikamenten. In: P. Schuhler (Hrsg.), *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten*. Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2011). *Abschalten statt abdriften*. Weinheim: Beltz.
- Schuhler, P. & Vogelgesang, M. (2012). *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schuhler, P., Sobottka, B., Vogelgesang, M., Fischer, T., Flatau, M., Schwarz, S., Brommundt, A. & Beyer, L. (2013) *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei PatientInnen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schulz von Thun, F. (1989). *Miteinander reden. 1. Störungen und Klärungen. 2. Werte, Stile und Persönlichkeitsentwicklung*. Hamburg: Rowohlt.

- Spence, D. P. (1993). Die Sherlock-Holmes-Tradition: Die narrative Metapher. In: M. Buchholz (Hrsg.), *Metaphernanalyse* (S. 72-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- Turkat, I. D. (1996). *Die Persönlichkeitsstörungen*. Bern: Huber.
- van der Kolk, B. (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. *PTT – Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 3, 21-29.
- Vogelgesang, M. (2007). Imaginative Verfahren in der Therapie des schädlichen Substanzgebrauchs. In: P. Schuhler (Hrsg.), *Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Medikamenten*. Weinheim: Beltz.
- Vogelgesang, M. (2009). *Psychotherapie für Frauen. Ein Lehrbuch für weibliche und männliche Psychotherapeuten*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Vogelgesang, M. & Schuhler, P. (2010). *Psychotherapie der Sucht*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. & Weishaar, M. (2008) *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.



Dr. Petra Schuhler
 Ltd. Psychologin
 AHG-Klinik Münchwies
 Turmstraße 50-58
 D- 66540 Neunkirchen
 pschuhler@ahg.de
www.ahg.de/muenchwies > Facebook-
 Themenseite Computer-Internet-Krankheit



Volker Premper

Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnisse

Patienten, die sich wegen pathologischen Glücksspiels in eine stationäre Behandlung begeben, leiden häufig an weiteren psychischen Störungen. Bisher vorliegende Befunde legen den Schluss nahe, dass pathologisches Spielverhalten selten ein singuläres Phänomen ist, sondern dass komorbides Auftreten weiterer psychischer Störungen eher die Regel als die Ausnahme ist. Für den Krankheitsverlauf des pathologischen Glücksspiels wie für die Behandlung ist eine komorbide psychische Störung als erheblich komplizierender Umstand anzusehen.

Eventuelle Wechselwirkungen oder Beeinflussungen zwischen pathologischem Glücksspielen und anderen psychischen Störungen können Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnisse in gravierender

Weise ungünstig beeinflussen. Es ist daher von erheblichem diagnostischem und psychotherapeutischem Interesse, fundierte Aussagen über vorliegende komorbide psychische Störungen treffen zu können.

Die an der Klinik Schweriner See durchgeführte Studie zielte darauf ab festzustellen, welche komorbiden psychischen Störungen bei pathologischem Glücksspiel klinisch bedeutsam sind und welchen Einfluss sie auf die Entwicklung und den Verlauf des Störungsbildes sowie auf Behandlungsergebnisse haben. Es ging gezielt darum, das Wissen um die psychische Konstitution pathologischer Glücksspieler zu erweitern, um so eine verbesserte Grundlage für das Verständnis des Krankheitsverlaufs sowie für eine spezifische und effektive Behandlungsplanung zu schaffen. So konnte zur Klärung von Indikationskriterien für eine differentielle Therapieplanung beigetragen werden.

296 Seiten · ISBN 978-3-89967-338-8 · Preis: 20,- Euro

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550 · pabst.publishers@t-online.de

www.psychologie-aktuell.com · www.pabst-publishers.de



Integrativ, sequentiell, parallel? – Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern mit komorbiden Störungen

Johannes Lindenmeyer

Angeichts der bislang fehlenden empirischen Studienergebnisse zur Wirksamkeit von verschiedenen Ansätzen der therapeutischen Versorgung von pathologischen Glücksspielern mit komorbiden Störungen werden in dem Beitrag eine Reihe von Detailfragen erörtert, die bei der Entwicklung von geeigneten Behandlungsstrategien bei dieser Klientel zu berücksichtigen sind:

- Welche Zusammenhänge zwischen pathologischem Glücksspiel und komorbider Störung sind möglich?
- Was bedeutet integrierte Behandlung?
- Inwieweit bedarf es einer Berücksichtigung des therapeutischen Verlaufs?

Abschließend werden therapeutische Knackpunkte zur Differentialdiagnostik, der Vermittlung eines Erklärungsmodells und der Strukturierung der Therapiesitzungen bei pathologischen Glücksspielern mit komorbider Störung herausgearbeitet.

Kritische Vorbemerkung

Es ist fast schon vermessen, Substantielles zur geeigneten Behandlungsstrategie bei pathologischen Glücksspielern mit einer komorbiden Störung äußern zu wollen, wenn die diagnostische Verortung von problematischem Glücksspiel an sich gerade einer grundlegenden Änderung unterliegt. Während bislang im ICD-10 bzw. DSM-IV pathologisches Glücksspiel als Impulskontrollstörung verstanden wurde, soll es ab DSM-5 als sogenanntes gestörtes Glücksspielen den Suchterkrankungen zugeordnet werden. Das hat erhebliche Auswirkungen auf die Behandlung der Betroffenen: Zum einen wird damit die Behandlung vorrangig innerhalb des Suchthilfesystems stattfinden, zum anderen wird die Erzielung von Glücksspielabstinenz im Vergleich zur Bearbeitung anderer psychischer Störungsaspekte in den Vordergrund rücken. Es ist davon auszugehen, dass diese Wende auch im ICD-11 vollzogen wird. Auch wenn von den Befürwortern des

Suchtmodells eine ganze Kaskade von epidemiologischen und neurowissenschaftlichen Befunden ins Feld geführt wird (z.B. Mörsen et al., 2011), so sei der guten Ordnung halber doch angemerkt, dass jene Behandler, die bislang hierzulande mit nennenswerten Katamneseuntersuchungen als Beleg für die Effektivität ihrer Behandlung aufweisen können, in ihren Therapieansätzen bei der Mehrzahl der Patienten nicht auf das Glücksspiel als Sucht, sondern vielmehr auf die damit verbundenen psychischen Störungsbereiche bzw. Reifungsdefizite fokussiert haben (Klepsch et al., 1989; Premper & Schulz, 2007).

Insgesamt liegen noch kaum randomisiert-kontrollierte Studien zur Effektivität verschiedener Behandlungsansätze bei pathologischem Glücksspiel vor. Die Situation wird dadurch nicht einfacher, dass es sich bei pathologischen Glücksspielern um eine sehr heterogene Patientengruppe mit hohen Komorbiditätsraten aus den unterschiedlichsten Bereichen handelt:

- Achse-I-Störungen (z.B. Depression, Angststörungen),
- Abhängigkeitserkrankungen (insbesondere Alkoholabhängigkeit),
- Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Narzisstische Persönlichkeitsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung und Antisoziale Persönlichkeitsstörung).

Möglicherweise erfordern allein schon die drei verschiedenen Komorbiditätsbereiche jeweils ein unterschiedliches therapeutisches Vorgehen. Allerdings wissen wir hierüber bislang nur sehr wenig. Erkennbar ist lediglich, dass pathologische Spieler mit psychischer Komorbidität ein signifikant höheres Abbruchrisiko bei einer Therapie haben (Schulte et al., 2010).

Und schließlich soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass auch materielle und berufspolitische Interessen bei der Entwicklung von geeigneten Behandlungsansätzen für Glücksspieler mit komorbiden Störungen berührt sind:

- Die aufgrund des Glücksspielstaatsvertrages zur Verfügung gestellten Gelder haben

bewirkt, dass viele Glücksspieler ambulant in Suchtberatungsstellen behandelt werden. Dort arbeiten aber vorrangig Sozialarbeiter, die nicht über die erforderliche Qualifikation verfügen, komorbide Störungen zu diagnostizieren, geschweige denn psychotherapeutisch zu behandeln. Hier wäre bestenfalls eine parallele Behandlung von Glücksspielern mit komorbiden Störungen durch Suchtberatungsstellen und niedergelassene Psychotherapeuten realisierbar.

- Umgekehrt erfordert angesichts der Heterogenität der komorbiden Störungen bei Glücksspielern eine integrative Behandlung große Behandlungseinrichtungen, um homogene Untergruppen bilden zu können und ausreichend Expertise im Umgang mit den verschiedenen Störungsbereichen zu garantieren. Dies ist nur in jenen psychosomatischen Kliniken gegeben, die sich auf die Behandlung von Glücksspielern spezialisiert haben.
- Und schließlich ist es unwahrscheinlich, dass Glücksspieler mit komorbiden Störungen bei einem sequentiellen oder parallelen Behandlungsansatz in ausreichendem Ausmaß einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten finden werden, da gibt es schließlich viel attraktivere Patienten.

Insgesamt handelt es sich also bei der Behandlung von Glücksspielern mit komorbider Störung um ein Thema von hoher Relevanz, zu dem aber bislang nur sehr wenig gesichertes Wissen existiert, dafür aber starke Interessen bestehen (vgl. Abbildung 1). Entsprechend kann auch der vorliegende Artikel keine verbindlichen Antworten liefern, sondern lediglich eine Reihe von Punkten konkretisieren, die bei der Entwicklung von geeigneten Behandlungsansätzen für diese Klientel zu berücksichtigen sind.

Was wissen wir?

Hinsichtlich der geeigneten Behandlungsstrategie bei Glücksspielern mit komorbiden Störungen gibt es bislang keine systematischen Reviews oder gar Metaanalysen. Entsprechend können aus der Literatur lediglich sehr vorsichtig einige Tendenzen abgeleitet werden, wie exemplarisch an einigen Studien aufgezeigt werden soll:

– Überlegenheit von integrativen Behandlungsansätzen:

Löber (2011) kommt in einem aktuellen Überblicksartikel zu dem Schluss, dass integrierte Behandlungsansätze allen anderen Vorgehensweisen überlegen sind. Allerdings konnten nur wenige Studien gefunden werden, die methodologische Qualität der Studien war gering und schließlich bezogen sich die Studien auf Suchtprobleme allgemein und nicht speziell auf pathologisches Glücksspiel.

– Psychische Störungen zeitlich vor pathologischem Glücksspiel:

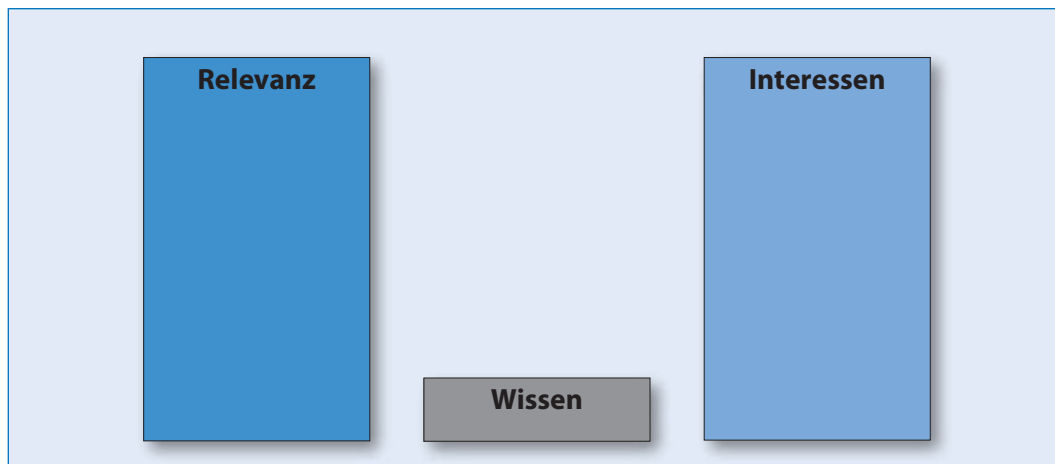
Eine Studie von Langes et al. (2012) und auch die ersten bislang veröffentlichten Ergebnisse der deutschen PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) deuten darauf hin, dass bei pathologischen Glücksspielern mit psychischer Komorbidität letztere zeitlich vor dem Beginn der Spielproblematik existiert. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um prospektive Längsschnittstudien, sondern um die retrospektive Selbsteinschätzung der Betroffenen.

– Geschlechtsspezifische Unterschiede:

Baker et al. (2010) fanden in einer Studie, dass Männer eher von einem Suchtfokus in der Behandlung profitieren, während weibliche Betroffene eher von einem Fokus auf die psychische Störung in der Behandlung profitieren. Allerdings handelte es sich um

Abbildung 1

Die Suche nach einer geeigneten Behandlung von Glücksspielern mit psychischer Komorbidität ist gekennzeichnet von hoher Relevanz, wenig gesichertem Wissen und starken ökonomischen/berufspolitischen Interessen.



eine einzige Studie mit 284 Probanden, die verschiedenste Suchtmittelabhängigkeiten aufwiesen. Bei der komorbiden Störung handelte es sich ausschließlich um Depression.

– **Hohe Abbruchquote:**

Schulte et al. (2010) verzeichneten bei Suchtpatienten mit psychischer Komorbidität eine Abbruchquote von über 50% in ambulanter Behandlung. Auch hier handelte es sich aber nur um eine kleine Studie mit 124 Probanden mit verschiedensten Suchtmittelabhängigkeiten. Es zeigte sich ein Zusammenhang mit der Qualifikation und v.a. der praktischen Erfahrung der Behandler im Umgang mit Doppeldiagnosen.

– **Gutes Ansprechen auf Psychotherapie:**

In einer Studie von Schwikerath et al. (2010) zeigten pathologische Glücksspieler in stationärer Psychotherapie eine schnellere Besserung ihres psychischen Befindens als alle anderen Patienten. Aber auch diese Studie bezieht sich lediglich auf eine Fallzahl von 48 Probanden mit pathologischem Glücksspiel. Bei der Kontrollgruppe handelte es sich außerdem um eine sehr heterogene Gruppe aller Patienten einer psychosomatischen Klinik.

Hieraus lassen sich beim besten Willen keine belastbaren Hinweise für das geeignete Behandlungsprozedere ableiten. Es kann lediglich geschlussfolgert werden, dass wir gezielte Vergleichsstudien über verschiedene Vorgehensweisen und therapeutische Settings benötigen. Hierbei ist insbesondere die Art und der Schweregrad des pathologischen Glücksspiels sowie der komorbiden Störung mithilfe standardisierter diagnostischer Instrumente exakt zu beschreiben. Möglicherweise ergibt sich die Notwendigkeit eines spezifischen Vorgehens für männliche und weibliche Betroffene.

- Die psychische Störung verursacht/begünstigt die Entwicklung von pathologischem Glücksspiel,
- beide Störungen sind vollkommen unabhängig,
 - beeinträchtigen aber ihre jeweilige Behandlung,
 - beeinträchtigen nicht ihre jeweilige Behandlung,
- pathologisches Glücksspiel verursacht/begünstigt die Entstehung einer weiteren psychischen Störung,
- pathologisches Glücksspiel bewirkt vorübergehende psychische Symptome, die bei einer erfolgreichen Glücksspielbehandlung von selbst verschwinden,
- beide Störungen haben eine gemeinsame dritte Ursache (z.B. Impulskontrollstörung oder Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom).

Ganz offensichtlich ist eine Klärung des Zusammenhangs zwischen pathologischem Glücksspiel und komorbider Störung bei jedem Patienten im Einzelfall zu fordern, bevor eine geeignete Behandlungsstrategie abgeleitet werden kann. Entsprechend den allgemeinen Überlegungen von Mueser et al. (2006) zur Komorbidität ist für den Fall, dass eine psychische Störung die Entwicklung von pathologischem Glücksspiel verursacht bzw. begünstigt hat, darüber hinaus noch eine weitere Differenzierung auf Mikroebene erforderlich:

- Glücksspielen stellt einen spezifischen Bewältigungsversuch für die psychische Störung dar,
- Glücksspielen erfolgt aufgrund der durch die psychischen Störung verursachten allgemeinen Dysphorie,
- die psychische Störung bewirkt eine Übersensibilität für den Anreiz von Glücksspielen,
- Glücksspielen erfolgt aufgrund der negativen psychosozialen Folgen der psychischen Primärstörung.

Der Teufel liegt im Detail

Im Folgenden soll auf einige Detailfragen aufmerksam gemacht werden, die bei der Entwicklung von geeigneten Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern mit psychischer Komorbidität zu berücksichtigen sind.

1) Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspiel und psychischer Komorbidität

Schuckit (2006) unterscheidet fünf mögliche Formen des Zusammenhangs zwischen komorbiden Störungen:

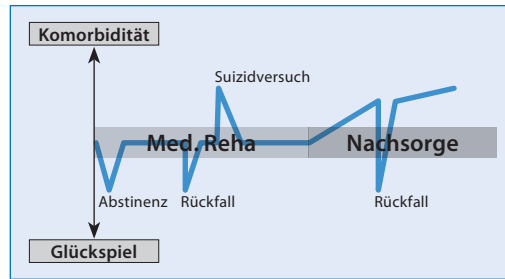
2) Was bedeutet integrierte Behandlung?

Fast alle größeren Therapieeinrichtungen, die sich auf die Behandlung von pathologischen Glücksspielern spezialisiert haben, geben an, dass sie bei entsprechender Komorbidität einen integrierten Behandlungsansatz fahren. Zu fragen ist allerdings, was sich dahinter ganz konkret verbirgt:

- Kann der Patient lediglich an zwei störungsspezifischen Therapieangeboten gleichzeitig teilnehmen (z.B. Glücksspielgruppe und Depressionsgruppe),

Abbildung 2

Unterschiedliche Gewichtung des inhaltlichen Therapieschwerpunkte in Abhängigkeit des individuellen Behandlungsverlaufs



- bedeutet es, dass die Behandlung beider Störungsbereiche durch ein und denselben Therapeuten erfolgt,
- ist gemeint, dass beide Störungen zu einem einheitlichen Erklärungsmodell zusammengefasst wurden,
- oder erfolgt die gleichzeitige Behandlung beider Störungsbereiche in einem einzigen, spezifischen Behandlungsangebot?

3) Berücksichtigung des individuellen Behandlungsverlaufs

Mit Sicherheit wird auch in einem integrierten Behandlungskonzept im Verlauf der Behandlung manchmal mehr das Glücksspielverhalten und manchmal mehr die komorbide psychische Störung im Vordergrund stehen müssen. Abbildung 2 soll an einem fiktiven Fallbeispiel verdeutlichen, dass zu Beginn zunächst Glücksspielabstinenz als Grundlage für die Behandlung erreicht werden musste. Im Anschluss wurden beide Störungsbereiche in gleichem Ausmaß fokussiert. Aufgrund eines Glücksspielrückfalls lag der Behandlungsschwerpunkt kurzfristig auf der Rückfallbewältigung, um angesichts eines Suizidversuchs im Sinne einer Krisenintervention vorübergehend fast vollständig auf die komorbide Störung verlagert zu werden. Gegen Ende der stationären Behandlung konnte der Fokus aufgrund stabiler Glücksspielabstinenz immer mehr auf die Behandlung der psychischen Störung gelegt werden. Angesichts eines erneuten Rückfalls stand für kurze Zeit dagegen wieder die Glücksspielproblematik im Vordergrund.

Zur Praxis der Behandlung von pathologischen Glücksspielern mit komorbiden Störungen

Abschließend sollen noch einige therapeutische Knackpunkte beschrieben werden, die unabhängig von der mangelnden empirischen Befundlage zur Behandlung dieser Klientel besonderer Beachtung bedürfen:

1) Differentialdiagnostik

Grundlage für jede sachgerechte Behandlung von pathologischen Glücksspielern ist eine qualifizierte Differentialdiagnostik von möglichen komorbiden Störungen. Hierzu ist der Einsatz folgender Instrumente unabdingbar:

- Standardisierte Interviews (z.B. SKID, CIDI, PRISM)
- Störungsspezifische Fragebogen (z.B. BDI, SCL-90, AUDIT, KMM)
- Erhebung eines psychischen Befunds (z.B. nach ADMP)
- Implizite Messverfahren (z.B. zu Impulskontrollfähigkeit, Wahrnehmungsbias oder Assoziationstendenzen)

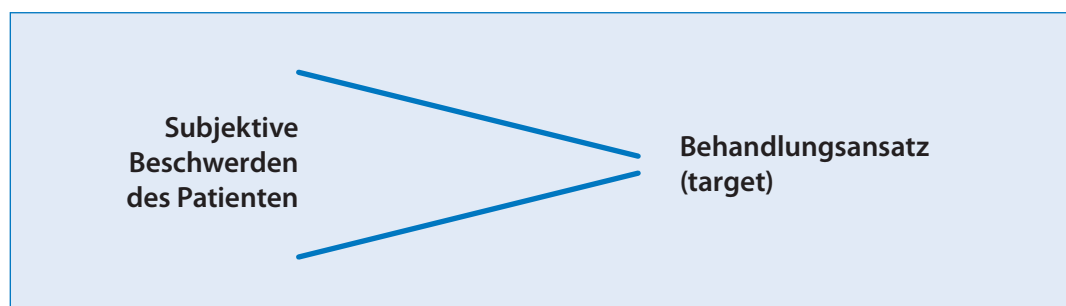
Die Durchführung einer derartigen Differentialdiagnostik erfordert zwingend die psychotherapeutische Qualifikation eines Psychologen oder Psychiaters und übersteigt häufig die Möglichkeiten einer Suchtberatungsstelle.

2) Vermittlung eines Erklärungsmodells

Für den Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung ist die Überwindung der Demoralisierung des Patienten und die Erzeugung von positiver Therapieerwartung von entscheidender Bedeutung (Grawe, 1998). Hierbei kommt der Vermittlung eines geeigneten Erklärungsmodells ein zentraler Stellenwert zu. Es soll dem Patienten nachvollziehbar machen, welche seiner vielfältigen subjektiven Beschwerden zum offiziellen Therapiegegenstand (target) werden können (vgl. Abbildung 3) und welche

Abbildung 3

Vermittlung eines Erklärungsmodells: Die subjektiven Beschwerden des Patienten werden glaubwürdig auf einen spezifischen, erfolgversprechenden Behandlungsansatz (target) konkretisiert



therapeutische Vorgehensweise hierbei den größten Änderungserfolg verspricht.

Bei der Behandlung von pathologischen Glücksspielern kommt es insbesondere darauf an, den Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspiel und psychischer Komorbidität für den Patienten nachvollziehbar zu beschreiben, um daraus einen Behandlungsansatz schlüssig ableiten zu können. Hierbei sind folgende vier Alternativen denkbar:

- **Keine Komorbidität:** *„Wir haben Sie gründlich untersucht. Sie waren zwar in letzter Zeit etwas niedergeschlagen und verunsichert, aber das hat nicht das Ausmaß einer gesonderten psychischen Störung. Wir können uns also in unserer Behandlung getrost auf Ihr Glücksspielproblem konzentrieren. Ich bin zuversichtlich, dass sich Ihre Stimmung dadurch von selbst wieder stabilisiert.“*
- **Pathologisches Glücksspiel als Folge von X:** *„Man kann deutlich erkennen, dass Sie unter X leiden. Alles deutet darauf hin, dass das Glücksspielen ein verzweifelter Bewältigungsversuch hierfür war. In der Behandlung sollten wir uns daher darauf konzentrieren, wie Sie mit X anders umgehen können als zu spielen.“*
- **X als Folge von pathologischem Glücksspiel:** *„Man kann deutlich erkennen, dass Sie wie viele Glücksspieler unter X leiden. Das ist auch sehr verständlich, denn die negativen Folgen des Glücksspiels wie Schulden und Vorwürfe führen früher oder später zu verstärktem X. Wir sollten daher in der Behandlung mit Ihrem Glücksspiel beginnen und schauen, ob sich X dadurch von allein wieder bessert.“*
- **Zwei unabhängige Störungsbereiche („Läuse und Flöhe“):** *„Unsere Diagnostik hat ergeben, dass Sie neben Ihrem Glücksspiel auch noch unter X leiden. Um Ihnen wirksam helfen zu können, sollten wir in der Behandlung daher von Beginn an zweigleisig fahren und auf beide Problembereiche eingehen.“*

3) Systematische Selbstbeobachtung

Die folgenden zwei Umstände lassen es geboten erscheinen Glücksspieler mit psychischer Komorbidität im Rahmen einer Behandlung zu einer systematischen Selbstbeobachtung anzuhalten. Zum einen haben die Annahmen des Therapeuten zu dem Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspiel und psychischer Komorbidität lediglich hypothetischen Charakter, die es ständig zu überprüfen gilt. Zum anderen sind die Auslöser für Glücksspielrückfälle den Betroffenen oftmals unzureichend bewusst, sodass hier eine systematische Wachsamkeit gegenüber Frühwarnzeichen

und Risikosituationen trainiert werden muss. Entscheidend ist hierbei eine möglichst zeitnahe Protokollierung der Selbstbeobachtung, um retrospektive Verzerrungen zu vermeiden. Entsprechend ist ein möglichst einfaches Kodierungssystem erforderlich, damit der Patient auf einer kleinen Zeittafel über den Tag verteilt sofort z.B. folgende Eintragungen vornehmen kann:

- R (Rückfall)
- V (Verlangen)
- S (Auslösesituation)
- +/- (Stimmung)

4) Strukturierung der Therapiesitzungen

Wenn bei einem Patienten mehrere Störungsbereiche gleichzeitig behandelt werden sollen, dann braucht es eine besonders gute Strukturierung der Therapiesitzungen, um den Überblick zu behalten und jedem der Störungsbereiche das notwendige Gewicht zu geben. Hierzu könnte beispielsweise die folgende Reihenfolge von Tagesordnungspunkten geeignet sein:

- a) Begrüßung
- b) Update zu beiden Störungsbereichen:
 - Gab es Rückfälle?
 - Waren Sie in Risikosituationen?
 - Gab es Fortschritte?
- c) Therapieschädigendes Verhalten (z.B. Verspätung, Stundenausfall, Konflikte, Widerstand)?
- d) Besprechung der Hausaufgabe der letzten Therapiesitzung
- e) Eigentlicher Themenschwerpunkt der Therapiesitzung
- f) Erneute Hausaufgabe
- g) Gemeinsame Zusammenfassung und Dokumentation.

Die Themenabfolge ist hierarchisch gedacht. Insofern kann es vorkommen, dass man bei Auffälligkeiten gelegentlich nicht über Punkt b) oder c) hinauskommt. Jede Therapiestunde sollte allerdings immer mit einer Therapieaufgabe (f) abschließen, die sich der Patient notiert!

Schlussfolgerung

Die Frage der geeigneten Behandlungsstrategie bei Glücksspielern mit psychischer Komorbidität ist mangels empirischer Befunde derzeit nicht qualifiziert zu beantworten. Es bleibt dem Behandler nur, im Einzelfall aufgrund einer ausführlichen Differentialdiagnostik begründete Hypothesen über den Zusammenhang zwischen pathologischem Glücksspiel und

psychischer Komorbidität aufzustellen, daraus einen spezifischen Behandlungsansatz abzuleiten und diesen systematisch anhand des tatsächlichen Veränderungsverlaufs zu überprüfen bzw. zu adaptieren.

Literatur

- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J. & Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction*, 105, 87-99.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Klepsch, R., Hand, I., Wlazlo, Z., Fischer, M., Friedrich, B. & Bodek, D. (1989). Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen. *Sucht*, 35, 35-49.
- Langas, A.-M., Malt, U. F. & Opjordsmoen, S. (2012). Substance Use Disorders and Comorbid Mental Disorders in First-Time Admitted Patients from a Catchment Area. *European Addiction Research*, 18, 16-25.
- Löber, S., Dinter, Chr. & Mann K. (2011). Psychotherapie von Patienten mit Depression und Abhängigkeitserkrankung. *Sucht*, 57, 373-381.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze, C., Bischof, G. & John, U. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport*. Greifswald/Lübeck: Universitäten Greifswald und Lübeck.
- Mörsen, C. P., Heinz, A., Bühler, M. & Mann, K. (2011). Glücksspiel im Gehirn: Neurobiologische Grundlagen pathologischen Glücksspiels. *Sucht*, 57, 259-273.
- Mueser, K. T., Drake, R., Turner, W. & McGovern, M. (2006). Comorbid substance use disorders and psychiatric disorders. In: W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse. What the science shows and what we should do about it* (S. 115-133). New York: Guilford Press.
- Premper V. & Schulz, W. (2007). Behandlungserfolg und prospektiver Krankheitsverlauf bei pathologischen Glücksspielern in Abhängigkeit von Komorbidität und Spiekarriere. *Suchttherapie*, 8, 108-115.
- Premper, V. & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei pathologischem Glücksspiel. *Sucht*, 54, 131-140.
- Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101, 76-88.
- Schulte, S.J., Meier, P.S., Stirling, J. & Berry, M. (2010). Dual Diagnosis competency among Addiction Treatment Staff: Training levels, training needs and the link to retention. *European Addiction Research*, 16, 78-84.
- Schwikerath, J., Recktenwald, S. & Lutz, W. (2010). Therapieverläufe bei Patienten mit der Diagnose Pathologisches Glücksspiel im Vergleich zu Patienten mit depressiven Störungen und Anpassungsstörungen. *Praxis Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 87, 81-90.



PD Dr. rer. nat., Dipl.-Psych.
Johannes Lindenmeyer
 Psychologischer Psychotherapeut
 Direktor der salus klinik Lindow.
lindenmeyer@salus-lindow.de