

Die „Sucht-Sucht“ bei Verhaltenssexzessen

Warum Verhaltenssexzesse nicht den Süchten zugerechnet werden sollten – Beispiel: Pathologisches Glücksspielen



Prof. Dr. med. Iver Hand

Die Diskussion, ob eskaliertes Glücksspielen und andere „Verhaltenssexzesse“ den Sucht- oder den Zwangserkrankungen zuzurechnen sind, läuft seit Jahrzehnten (vgl. Hand, 2004). Die diesbezüglich letzte große Welle in Deutschland wurde generiert, als Mitte der 80er Jahre (auch damals eine Wirtschaftskrise) viele sehr junge und ältere Menschen arbeitslos wurden und – man-

gels attraktiverer Alternativen – zunehmend Ablenkung in Spielhallen suchten. Damit gab es zugleich auch „Opfer“, d. h. Menschen, die bei entsprechender Prädisposition die im realen Leben erfahrenen Arbeitsplatz-, Geld- und Selbstwertverluste dann noch durch die Spielverluste sehr schmerzlich verstärkt erlebten und in einen subjektiv nicht steuerbaren Teufelskreis gerieten. Schon damals wurden zusätzlich etwa 50 weitere „Verhaltenssüchte“ beschrieben (Gross, 1990). Die aktuelle Diskussion wurde in Deutschland dadurch massiv verstärkt, dass seit Inkrafttreten des Glücksspielstaatsvertrages (1/2008; nach Feststellung der Suchtgefahr des Glücksspiels durch das Bundesverfassungsgericht) die Anbieter von Lotto- und Totowetten nachzuweisen haben, dass sie hinreichende Anstrengungen unternehmen, um Prävention und Therapie sicherzustellen. Danach flossen erhebliche Gelder in Suchteinrichtungen und in suchtbezogene Bildgebungsforschung. Zugleich stieg die Zahl der „Spielsucht“-Experten in Deutschland immens an.

Im Folgenden soll versucht werden, jenseits von Ideologien zu skizzieren, weshalb der Suchtbegriff im Kontext mit Verhaltenssexzessen den weiteren Erkenntnisprozess behindert und welche Alternativen längst zur Verfügung stehen. Dazu müssen wir aufhören zu fragen, *was* pathologisches Glücksspielen (PG) *ist*, stattdessen müssen wir fragen, *wie es funktioniert*:

- Wie kommt es zustande?
- Welche intrapsychischen und interaktionellen (zwischenmenschlichen) Funktionen kann es erhalten?
- Wie kann auf Grundlage dieser Erkenntnisse erfolgreich Rat oder Hilfe gegeben werden – und das mit einem Vokabular, das bei den Betroffenen und deren Angehörigen die ohnehin vorhandene Scham nicht noch erhöht?

Der Therapeut und Forscher im Bereich des pathologischen Glücksspiels ist zwangsläufig ökonomischen und/oder moralischen Ansprüchen der beteiligten Institutionen ausgesetzt: Die Glücksspielanbieter möchten maximale Freiheit der Glücksspielgestaltung und des Angebotes; der Staat möchte, insbesondere in Zeiten von Wirtschaftskrisen, einen maximalen Steuerprofit aus den Glücksspielangeboten; manche Träger sehen in der Diskussion eine Chance, ihre Therapieeinrichtungen im Markt erfolgreicher zu positionieren. Ferner spielen die unterschiedlichen Auffassungen in der Bevölkerung über den wünschenswerten Umgang der Bürger mit Risikosituationen eine ganz erhebliche Rolle – wobei Glücksspiele (nicht nur das Investmentbanking der letzten Jahre) oftmals auch moralisch negativ bewertet werden.

Grundsätzliche Probleme bei der Suchtdefinition

Die Definition der Sucht – bisher gescheitert

Es gibt bis heute keine international akzeptierte, einheitliche Suchtdefinition. Grob unterscheiden lassen sich die traditionellen, eher biologischen Suchtmodelle von den neueren, psychologischen (z. B. Petry, J., 2010, Kap.5. Einige Beispiele der Definitionsversuche der letzten Jahrzehnte:

„Sucht ist eine chronische, durch Rückfälle charakterisierte Gehirnerkrankung mit nicht kontrollierbarem Drogen-, Sucht- und Konsumverhalten (...) es ist eine medizinische Erkrankung (...) Medikamente können die Pathologie der Erkrankung umkehren.“ (Lucas, einer der führenden Suchtforscher der USA, in TIME 2007) Dem entsprechen Spekulationen, dass ein Viertel der Bevölkerung aufgrund eines genetisch bedingten „Dopaminhungers“ unfähig sei, Freude bei Aktivitäten des täglichen Lebens zu empfinden; dieser Defekt sei die Ursache für die meisten neurotischen und selbstdestruktiven Verhaltensweisen. Dieses Problem könne in wenigen Jahren durch „genetische Reparaturen“ und Medikamente behoben werden und damit Psychotherapie, Suchttherapie und Sozialpsychiatrie überflüssig machen.

Andere Definitionsversuche: Sucht ist die „Unfähigkeit, positive Gefühle gegenüber dem Suchtstoff zu unterdrücken und ihn daher nicht anzuwenden“ (beruht auf dem Missverständnis, dass süchtige Entwicklungen auf der Grundlage positiver Gefühle entstehen, s. u.); „Sucht ist die Unfähigkeit, der Versuchung zu widerstehen“ (aber: Was ist „Unfähigkeit“, was „Versuchung“?); „Sucht ist eine Krankheit des Willens“ (Wie ist der „Wille“ definiert?).

Zur häufig genannten „süchtigen Persönlichkeit“ gibt es weder eine einheitliche Beschreibung noch ein verlässliches Messinstrument (Hand u. v. Schinkel, 1998; Petry, N. (USA), 2004). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat im „Jahrbuch Sucht 2008“ (Beitrag Kemper) festgestellt: „Der individuellen Betrachtung des Betroffenen (sollte) Vorrang gegenüber einer Einheitsdiagnose gege-

ben werden – bis zur weiteren Erhellung der Blackbox der Multi-konditionalität der Sucht scheint es hilfreich, auf eine zwingende Kategorisierung exzessiven Verhaltens als Sucht zu verzichten.“ Der Arbeitskreis „Spielsucht“ der DHS sieht dies leider anders. Da es kein einheitliches Suchtmodell gibt, ist es auch schwierig, eine einheitliche Suchttherapie abzuleiten. Das eindeutigste Konzept stammt von den Anonymen Alkoholikern. In den letzten Jahren sind aber neue psychotherapeutische „Sucht“-Theorien und -Therapien entwickelt und publiziert worden (s. u.).

Postulierte „Suchtmerkmale“ bei Verhaltenssexzessen – nicht überzeugend

Die Merkmale stoffgebundener Süchte – etwa starkes Verlangen nach dem Suchtstoff, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, negative soziale Konsequenzen – werden von mehreren Autoren als gleichwertig bei Verhaltenssexzessen diagnostiziert, haben dort aber eine völlig andere Bedeutung und Funktion (entsprechende Diskussionen z. B. bei Hand, 2004; Petry, J., 2010, Kap. 5.) Die für Stoffsuchte als typisch angegebenen Entzugssymptome – wie Unlust, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Albträume, Schweißausbrüche, Zittern, motorische und innere Unruhe – treten zwar auch bei Verhaltenssexzessen auf, müssen dort aber völlig anders als in der Stoffsuchtdiskussion interpretiert werden. Mehrere prominente Autoren, die sogar grundsätzlich von „Spielsucht“ sprechen, haben sich nachdrücklich gegen eine Übertragung des Konzeptes von Entzugssymptomen bei Stoffsuchten auf pathologisches Glücksspielen gewandt (z. B. Custer, Tavares, Petry, N.). Rein aus der Beschreibung der Symptomatik ist es nicht möglich, diese „Entzugssymptome“ von Angst- und Depressionssymptomen zu trennen (s. u.).

Abstinenzgebot bei Verhaltenssexzessen – selten sinnvoll, meist nicht umsetzbar

Das Abstinenzgebot bei Suchterkrankungen (ursprünglich von den Anonymen Alkoholikern konzipiert) ist bei Verhaltenssexzessen selten sinnvoll und meist nicht aufrechtzuerhalten (s. Abb. 1). Für die meisten Verhaltenssexzesse kann die Zielsetzung eher in einer „Rückkehr zum Normalverhalten“ liegen. Dies gilt auch für das „Glücksspielen“ im weiteren Sinne, denn „Lebenstüchtigkeit“ (Berufswahl, Partnerwahl, Finanzmanagement etc.) setzt voraus, kompetent mit Wünschen, Chancen und Risiken in der täglichen Lebensführung umgehen zu können. Dazu sind Eigenschaften erforderlich, die klar definierbar sind und zum Gutteil auch erlernt werden können. Abstinenz und „Selbstkontrolle“ des subjektiv bevorzugten (Problem-)Verhaltens sind eine therapeutische Illusion; das (Problem-)Verhalten kann nur stabil reduziert werden, wenn es durch alternative und schließlich attraktivere und sozial adaptivere Verhaltensweisen ersetzt werden kann. Der Weg dahin führt

in der Regel über eingehende Motivationsanalysen und Motivationsmodifikation. Auch lang andauernde „Fremdkontrolle“ des Problemverhaltens ist nur selten indiziert und erfolgreich; andauernde Fremdkontrolle führt eher zur Rebellion des Kontrollierten – z. B. provokativen Glücksspiel-Rückfällen mit erheblichen Geldverlusten.

Chronifizierung pathologischen Glücksspiels und seine „Infektiosität“ – die Ausnahme, nicht die Regel

Mehrere epidemiologische Studien in Nordamerika haben gezeigt, dass nur bis zu acht Prozent der identifizierten pathologischen Glücksspieler und überhaupt keine Problemspieler in eine Therapie kommen (Petry, N., 2004). In Deutschland suchten von den 60- bis 180.000 (laut Füchteschnieder sogar mehrere hunderttausend) geschätzten pathologischen Glücksspielern nur circa 1.800 ambulant (über stationäre Aufnahmen gibt es extrem unterschiedliche Angaben) eine Suchtberatung auf. Davon kamen nach dem Erstkontakt circa 900 nicht mehr wieder; von den verbleibenden 900 machten nur circa 450 eine Kurzzeitberatung von mehr als zwei bis fünf Sitzungen (bis zu zwölf) mit (Sonntag u. Welsch, 2004). Der weitaus häufigste Weg zur Abstinenz oder zur Rückkehr zum sozialen Glücksspielen erfolgt über „Spontanremission“ (Petry, N., 2004). Mindestens drei größere Studien seit 2004 haben gezeigt, dass ein Teil der ehemaligen pathologischen Spieler nach Therapie ohne Rückfall wieder an Glücksspielen teilnehmen kann (Weinstock et al., 2007). Damit werden entsprechende Ergebnisse aus drei Langzeit-Katamnesestudien, die Ende der 80er Jahre am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurden, indirekt bestätigt (Literatur bei Hand, 2004). Pathologisches Glücksspielen verläuft oft fluktuierend, auch mit relativ stabilen Verbesserungen. In keiner der neueren Studien konnten Grundannahmen über „chronische Spielsucht“ bestätigt werden. Für pathologische Spieler waren weder Chronizität noch Selektivität (je stärker die Symptomatik, desto progredienter der Verlauf) oder Progressivität die Hauptmerkmale (Metaanalyse aus fünf neueren Studien, LaPlante, 2008).

Abb. 1

„SUCHTABSTINENZ“-VERHALTEN – EIN SINNVOLLES ZIEL BEI „VERHALTENSSÜCHTEN“?

Achtung: „süchtiges“ Verhalten = subjektiv bevorzugtes Verhalten

I. KONSEQUENZEN DER ABSTINENZ BEI „NICHT STOFFGEBUNDENEN ABHÄNGIGKEITEN“

- „Fresssucht“ ----> Tod des Individuums
- „Sexsucht“ ----> Tod der Spezies
- „Arbeitssucht“ ----> Tod der Sozietas
- „Kaufsucht“ ----> Zusammenbruch unseres Wirtschaftssystems

II. „SELBSTKONTROLLE“ DES BEVORZUGTEN VERHALTENS

- Das kontrollierte bleibt das bevorzugte Verhalten ----> Rückfall
- Die „Selbstkontrolle“ unterliegt in den publ. Studien der Fremdkontrolle (durch Therapeut, Angehörige) ----> Rückfall

III. KONSEQUENZEN DER „FREMDKONTROLLE“ BEVORZUGTEN VERHALTENS

- „Freiwillig“ (über Schuldgefühle) akzeptierte Fremdkontrolle ----> Rückfall
- Druck erzeugt Gegendruck - je gesünder das Individuum, desto wirksamer Brehms „Reaktanz“-Modell (Abwehrreaktion) ----> Rückfall
- Externe Kontrolle eines Verhaltens (z. B. Glücksspielen) bedingt externe Kontrolle weiterer Verhalten („Wo warst du sonst noch überall?“) ----> Reaktanz ----> Rückfall

Alternative: • Aufbau und Förderung von attraktiverem „Alternativverhalten“ („konkurrierende Reaktionen“)
• „Rückfall“ als Signal für neue (alte) Fehler in der Lebensführung erkennen

Schließlich ist der Anteil der Glücksspieler mit schwerwiegenden und anhaltenden Problemen in den meisten Ländern deutlich geringer als früher angenommen (0,5 bis 0,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung statt der ursprünglich postulierten drei bis vier Prozent. Dickerson u. O'Connor, 2006).

Die Verfügbarkeit von Spielangeboten beeinflusst die Anzahl von Problem-/pathologischen Glücksspielern anscheinend nur vorübergehend. Zwei nordamerikanische Studien zeigten, dass regionale Neueinführung von Glücksspielangeboten initial zu einer deutlich höheren Zahl von Glücksspielern in der Region führt. Diese normalisiert sich allerdings nach einer gewissen Zeit fast wieder auf das ursprüngliche Niveau (Ladouceur, 2007; LaPlante, 2007). In der epidemiologischen Forschung spricht man von einem „Infektionsmodell“ psychischer Störungen, wenn diese kurz, aber heftig zunehmen, um auch bald wieder abzuklingen – analog einer Grippe-Epidemie. Die statistischen Mittelwerte verdecken natürlich, dass gefährdete Personen trotzdem Schaden nehmen und eine Ausweitung von Glücksspielangeboten für diese sehr risikoreich ist.

Diagnose-„Beweise“ durch Bildgebungsstudien – grundsätzlich nicht möglich

Die Bildgebungsstudien sind bei der hier diskutierten Fragestellung zwar ein sehr interessantes, aber keineswegs entscheidendes diagnostisches Instrument. Die Ulmer Arbeitsgruppe (Adler, Erhard u. Walter, 2005) hat dazu grundsätzlich klargestellt:

- Eine riesige Vielfalt sehr unterschiedlicher Stimuli (Reize) trigert die gleichen Bahnen im Gehirn.
- Ergebnisse der Bildgebung müssen in ein psychologisches Modell von Motivation integriert werden, das das Erlernen von Verbindungen zwischen Verhalten und Belohnung, positiven Emotionen und Motivation zum Handeln („wanting“) umfasst.
- Für Sucht ist nicht entscheidend, dass eine Dopamin-induzierte positive Erregung („liking“), sondern die Erwartung einer Belohnung („wanting“) erzeugt wird. Viele Drogenabhängige nehmen ihre Substanz ohne „liking“ (s. u.).

Auch der Ausschuss „Bildung, Forschung und Technologiefolgeabschätzung“ des Deutschen Bundestags hat 2008 festgestellt: „Die durch das Neuroimaging produzierten Bilder des Gehirns weisen lediglich die mit bestimmtem Verhalten korrelierte Aktivität bestimmter Hirnregionen auf. Ein weitergehendes Verständnis von mentalen Vorgängen (...) ist damit in keiner Weise gegeben.“

Charakteristika pathologischer Glücksspieler in aktuellen Studien aus den USA

Die häufigsten Merkmale pathologischer Glücksspieler sind: Chasing (der verzweifelte Versuch, Verluste durch weiteres Spielen auszugleichen); Vermeidung von Problemen in der Lebensführung durch das Spielen; Spielen als Hauptbeschäftigung. Die stabilsten Merkmale sind: Vermeidung von Lebensproblemen durch das Spielen; Spielen als Hauptbeschäftigung. Sicherster Prädiktor für anhaltendes pathologisches Spielen ist die Vermeidung von Lebensproblemen durch das Glücksspielen (Nelson, 2008). Genau für diese Glücksspieler wurde das folgende Diagnostik- und Therapiemodell schon Mitte der 80er Jahre entwickelt.

Ein „Neurosenmodell“ für Diagnostik und Therapie von Verhaltensexzessen – Beispiel: Pathologisches Glücksspielen

Für das Verständnis des nachfolgenden Textes soll kurz auf die lerntheoretische Formulierung zweier wesentlicher verhaltenssteuernder Einflüsse in unserem Leben eingegangen werden:

„Positive Verstärkung (c+)“ beschreibt jene Belohnungen von Verhalten, die unmittelbar subjektiv als angenehm, attraktiv, Freude gebend und positiv stimulierend erlebt werden. Diese werden grundsätzlich unterteilt in solche positiven Verstärker, die unmittelbar wirken, und solche, deren Wirkung erst verzögert eintreten kann.

„Negative Verstärkung (c-)“ bewirken jene Verhaltensweisen, die dazu führen, dass eine unangenehme seelische Gefühlslage, unangenehme Gedanken oder ein unangenehmer körperlicher Erregungszustand unmittelbar reduziert werden.

Positive und negative Verstärkung können auch parallel bzw. zeitlich kurz hintereinander eintreten.

Der typische Entwicklungsgang von Nicht- oder sozialem Glücksspielen hin zu negativ verstärktem, pathologischem Glücksspielen vollzieht sich in etwa so: Ein Mensch gerät unter erhöhten psychosozialen Distress im Alltagsleben und in einen Zustand negativer Befindlichkeit (NEB), kommt dann durch Zufall mit einer Glücksspielsituation in Kontakt und erlebt durch Umlenkung seiner Aufmerksamkeit auf den Spielablauf eine entsprechende Ablenkung von seiner negativen Befindlichkeit. Geldverlust oder die Sperrstunde beenden irgendwann das Spiel, die NEB wird wieder wahrgenommen. Diese würde ein Suchttherapeut, der nur das Suchtmodell kennt, als Entzugssymptom vom Spielen interpretieren. Das NEB-Modell ist implizit aber auch in jenen Suchtmodellen enthalten, die Drogenkonsum und Verhaltensexzesse als „Selbstmedikation“ interpretieren (s. u.).

Die intrapsychische Funktionalität des Problemverhaltens ist hier also die Reduktion negativer Befindlichkeit, die dann meist nur so lange anhält, wie das entsprechende Problemverhalten ausgeübt werden kann. Allerdings kann pathologisches Glücksspiel (PG) sich auch bei Personen entwickeln, die ursprünglich mit Spaß und ohne Problematik an Glücksspielen teilgenommen hatten. Wenn schließlich doch untragbare Spielverluste eintreten oder wenn Lebensereignisse eine NEB (unabhängig vom Spielen) bewirken und diese Personen erneut glücksspielen, dann kann es zu positiver und negativer Verstärkung kommen.

Das Hamburger „Neurosenmodell“ des PG

Abb. 2 stellt den Übergang von sozialem über pathologisches hin zu (prä-)suizidalem Glücksspielen vor. Dieses Modell haben wir im Spielerprojekt in der Verhaltenstherapie-Ambulanz des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (1986–2008) schon sehr früh aus unserer Arbeit mit insgesamt über 2.000 pathologischen Glücksspielern abgeleitet (Übersicht über alle aus dem Projekt erfolgten Publikationen unter: www.vt-falkenried.de → Spieler-Projekt → Publikationen). Bereits 1985 beschrieben wir die Notwendigkeit zur „Ursachentherapie“ bei unseren Glücks-

spielen, da diese fast ausschließlich die Reduktion oder Vermeidung negativer Befindlichkeit (Depression, Angst, Schuldgefühle, Abreaktion von tabuisierten Aggressionen gegenüber engsten Bezugspersonen) über das Glücksspielen zu erreichen versuchten. Aus diesen Erkenntnissen entstand das Modell der „Motivation zum Glücksspielen“ (Abb. 2). Dieses Modell ist aus unserer – und inzwischen auch in anderen Arbeitsgruppen gesammelter – Erfahrung auch auf z. B. exzessives Kaufen (Erlanger Gruppe um Müller u. de Zwaan), Zwangsverhalten, Trichotillomanie, pathologischen Internetgebrauch (Gruppe um Petry, J.; inhaltlich ähnlich unserem Modell) und – begrenzt – Kleptomanie übertragbar (entsprechende Therapieberichte in Hand, 2004). Im linken Bereich

des Modelles ist das Normalverhalten und seine Motivation dargestellt, in der Mitte die mögliche intrapsychische oder interaktionelle Funktionalität (Reduktion von NEB). Auf der rechten Seite sind jene Glücksspieler skizziert, denen jede Steuerung ihres Glücksspielverhaltens entglitten ist und die ohne Rücksicht auf eigene finanzielle und/oder zwischenmenschliche Beziehungsverluste immer heftiger weiterspielen. Sie waren oft bereits vor Aufnahme des Glücksspiels aus privaten oder beruflichen Gründen präsuizidal und scheinen es nun dem „Schicksal“ zu überlassen, ob und wann sie Suizid begehen. Typischerweise machen sie Planungen hin zu einem „letzten Versuch“, bei dem, oft nochmals illegal, größere Geldmengen besorgt werden – aber auch ein Selbsttötungsinstrument für den Fall, dass der erneute Spieldurchbruch wiederum zum Verlust des Spielgeldes führen sollte („Das Schicksal soll heute entscheiden“). In diese Gruppe gehören aber auch Menschen mit Psychosen, insbesondere einer bipolaren Erkrankung, die die Steuerungsfähigkeit (auch) im Glücksspiel weitestgehend verloren haben. Sie benötigen umfassende körperliche, psychische und finanzielle Betreuung z. B. in einer Sucht- oder auch sozialpsychiatrischen Einrichtung. Eine besondere Komplikation ergibt sich, wenn pathologische Glücksspieler parallel oder auch schon vorher massive Stoffsuchtprobleme haben, da das Glücksspielen unter Drogeneinfluss natürlich eine völlig andere Qualität erhält.

Das „Neurosenmodell“ des PG implizit in aktuellen Suchtmodellen in den USA

Dieses „Neurosenmodell“ wurde auf Grundlage von Erfahrungen mit einem breiten Spektrum von Patienten mit unterschiedlichsten „neurotischen“ Erkrankungen, insbesondere auch Zwangsstörungen, entwickelt. Erst um die Jahrtausendwende kamen wir in Kontakt mit zwei amerikanischen Arbeitsgruppen, die sehr ähnliche Verständnis- und Behandlungsmodelle entwickelt hatten:

Abb. 2

TYPEN VON VERHALTENSEXZESSEN Verhaltens- und Funktionsanalysen

SOZIALES GLÜCKSSPIELEN c⁺-Modell: Positive Verstärkung	PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELEN c⁻-Modell: Negative Verstärkung	„SÜCHTIGES“ GLÜCKSSPIELEN Prä- → Parasuizidales Verhalten
SPASS AM SPIEL (Action-Orientierung) STIMULATION bei Langeweile „NOW-ISM“ Instant-Befriedigung (geweckter) Bedürfnisse MATERIELLE SINNIORIENTIERUNG	„ESCAP(E)-ISM“ (aktive Meidung) • Alltagsleben = „Schmerz“ Depression, Angst, Schuldgefühle, Ambivalenz • Intrapsychische Funktionalität: - Meidung von Schmerz/negativer Befindlichkeit im ziellosen Glücksspiel; Schein-/Märchenwelt der Glücksspielsituation - Vermeidung von Selbstwertverlust und „Schande“ durch Spielverlust (chasing) • Interaktionelle Funktionalität: - Abreaktion von Aggressionen gegen enge Beziehungsperson - Provokation der engen Beziehungsperson (z. B. zur Trennung)	NICHT-GEWUSSTE INTENTION ZUM SUIZID (passive Meidung) • Intrapsychische Funktionalität: - Abreaktion selbsterstörerischer Impulse - Durch Verluste Erhöhung des „inneren Drucks“ zur Suizidhandlung • Interaktionelle Funktionalität: - z. B. Rache am Partner (Vernichtung auch von dessen Vermögen)
←→		←→
MANGEL AN SINNIORIENTIERUNG		VERLUST DER SINNIORIENTIERUNG

1. **Jacobs** postuliert seit den 80er Jahren in seinem „General Model of Addictions“ für stoffgebundene wie auch nicht stoffgebundene „Süchte“, dass bis zu 80 Prozent der pathologischen Glücksspieler Kindheitstraumata mit Dissoziation erlebt haben, die Basis für die späteren dissoziativen Zustände während des Glücksspielens. Im Alltagsleben zeigten diese Personen: erhöhtes Arousal, anhaltende Depression, eingeschränkte interaktionelle Coping-Fertigkeit, unscharfe Realitätsprüfung und reduzierte selbstkritische Einstellung. Jacobs betont, dass primär abstinenzorientierte Therapien den Bedürfnissen der pathologischen Glücksspieler nicht gerecht würden – man nimmt dem Spieler damit ja sein subjektives Selbst-Heilmittel, ohne es durch eine bessere therapeutische Alternative ersetzt zu haben. Die Bearbeitung falscher Glücksspielüberzeugungen sei von geringer Bedeutung, Therapie müsse vor allem folgende Schwerpunkte haben: Stress-Management-Training; psychodynamische und kognitiv verhaltenstherapeutische Interventionen zur Bearbeitung der frühen Traumata; Training von Coping-Fertigkeiten und Beratung der wichtigsten Bezugspersonen. In einem öffentlichen Meinungsaustausch des Verfassers (I. H.) mit Jacobs auf einem Spielsuchtkongress (2002 in Las Vegas) antwortete Jacobs auf die Frage, weshalb er diese Psychotherapie als Suchttherapie bezeichnet: „Sonst hört mir ja keiner zu“!

2. In der Suchtabteilung der **Harvard Universität** entwickelte **Khantzian** zuerst bei Drogensüchtigen die Hypothese des „Suchtverhaltens als Selbstmedikation“, die dann im Laufe der Jahre auf „reine Verhaltensstörungen“ ausgeweitet wurde, mit dem ausdrücklichen Hinweis, das Modell beziehe sich auf „aktuelle analytische Konstrukte von Süchten als Zwangsstörungen“! Kernhypothese ist, dass alle Suchtverhaltensweisen vor allem dazu dienen, Dysphorie und unerträgliche affektive Befindlichkeiten zu reduzieren oder abzuwenden. In engem Zusammenhang mit diesem Modell steht das bekannte „Motivational Interviewing“ von Miller und Rollnick. Interessant

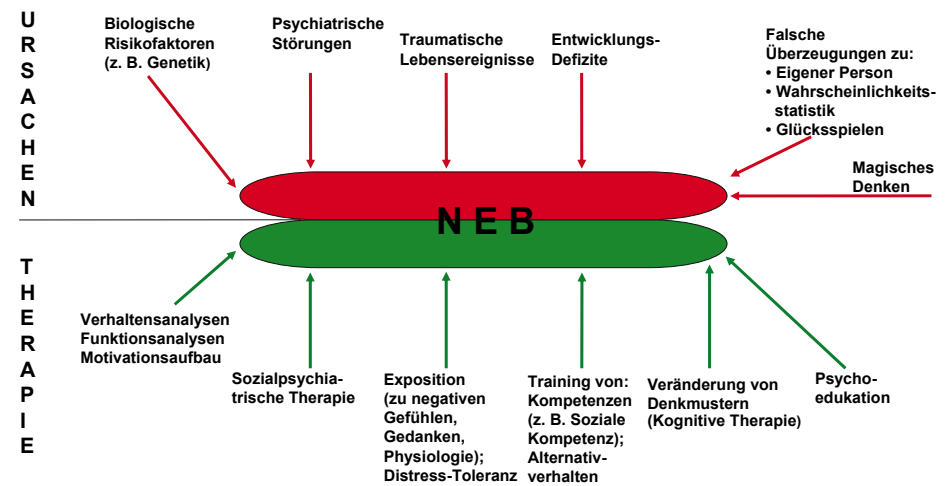
ist, dass das Harvard-Modell des PG zwar aus der Arbeit mit Patienten mit stoffgebundenen Süchten abgeleitet wurde (die jedoch im Sinne von Zwangsstörungen verstanden werden), während das sehr ähnliche Hamburger Modell auch aus Erfahrungen insbesondere mit Zwangskranken (ohne Zwischenschaltung des Suchtbegriffes) entwickelt wurde. Diese Modelle sind genuin tiefenpsychologisch-verhaltenstherapeutische Ansätze für das Verständnis und die Behandlung von „Neurosen“. Dass sie als Suchtmodelle propagiert wurden, liegt möglicherweise daran, dass die Autoren in Suchteinrichtungen arbeiteten und arbeiten. Die Harvard-Gruppe versucht aber auch seit etlichen Jahren eine Veränderung der Suchtmodelle (in Richtung eines „Neurosenmodelles“?): Die Konferenz des Harvard Addiction Unit 2002 in Las Vegas hatte den Titel: „Rethinking Addiction – How gambling and other behavioral addictions are changing the concept and treatment of alcohol and substance use disorders“ (Abhängigkeit neu denken – Wie Glücksspiel und andere „Verhaltenssüchte“ Konzepte und Behandlung von alkohol- und substanzbedingten Störungen verändern). Ist das der Ersatz des Suchtmodelles durch ein Neurosenmodell, das dann Suchtmodell genannt wird? Unsere erst Ende der 90er Jahre vorgenommene intensive Literaturrecherche ergab, dass zwischen 1965 und 1995 mindestens 20 Autoren (überwiegend aus den USA, vereinzelt aus England) indirekt unser Modell der negativen Verstärkung des PG beschrieben hatten: PG als Coping-Versuch, mit Depression, Angst, Schuldgefühlen, psychischem Schmerz, negativen Lebenserfahrungen, Minderwertigkeitsgefühlen oder Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung umzugehen (Literatur bei Hand, 2004). Der englische Psychiater Moran hatte schon 1970 explizit ein „Neurosenmodell“ für PG postuliert.

Grundlagen multimodaler, verhaltenstherapeutischer Behandlungsstrategie nach dem Hamburger Modell

Unter der Diagnose „Pathologisches Glücksspielen“ wird eine hinsichtlich der Ursachen, aufrechterhaltenden Bedingungen, Verlauf und Therapieindikation sehr heterogene Patientenpopulation zusammengefasst. Die vielschichtigen möglichen (Mit-)Ursachen in der Entwicklung des PG sind in unserem Diagnose-Therapiemodell für Verhaltenssex-

Abb. 3

VERHALTENSTHERAPIE: STÖRUNGS- UND PROBLEMSPEZIFISCHE INTERVENTIONEN BEI NEB



zesse auf der Basis der Vermeidung negativer Befindlichkeit in Abb. 3 dargestellt. Von biologischen Risikofaktoren über häufige psychiatrische Grunderkrankungen, traumatische Lebensereignisse und Entwicklungsdefizite sowie unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen kommt ein breites Spektrum von Einflussfaktoren vor. Die dafür erforderlichen Interventionen sind im unteren Teil dargestellt. Zusätzliche Bedeutung kommt bei vielen Spielern falschen Annahmen zur Wahrscheinlichkeitsstatistik und magischem Denken zu.

In Abb. 4 wird im Überblick gezeigt, welche verhaltenstherapeutischen Interventionen bei überwiegenden Vermeidungsspielern (über negative Verstärkung) und welche bei überwiegenden Actionspielern (über positive Verstärkung) sinnvoll erscheinen.

Abb. 4

VERHALTENSTHERAPIE: VERSTÄRKERSPEZIFISCH

SUBTYPEN	<ul style="list-style-type: none"> • ACTION-SUCHER (Lesieur, 1988) • c* (POSITIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) 	<ul style="list-style-type: none"> • ESCAPE-SUCHER (ESCAPISM) (Custer u. Milt, 1985; Lesieur, 1988) • c* (NEGATIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) • SELBSTMEDIKATION GLÜCKSSPIELER (Khantzian, 2002)
INDIZIERTE VT-VERFAHREN	<p>SYMPTOM-VERFAHREN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivationsklärung • Psychoedukation über <ul style="list-style-type: none"> - Zufallsstatistik - Psychofallen in den verschiedenen Glücksspielangeboten • Klärung und Veränderung der persönlichen Fehlannahmen über: <ul style="list-style-type: none"> - Glücksspiele - Eigene Person • Klärung der Bedingungen für die Entwicklung vom sozialen zum pathologischen Spieler • Genustraining (Aufbau alternativer positiver Verstärkungserlebnisse) <p>„URSACHEN“-VERFAHREN?</p>	<p>„URSACHEN“-VERFAHREN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivationsklärung • Sehr sorgfältige psychopathologische Differentialdiagnostik • Ausführliche biographische Analyse unter Einbeziehung systemischer Aspekte • Hierarchisierte, multimodale Hypothesenbildung und Interventionen • Tagesprotokolle der Patienten zu Ereignissen und Befinden vor, während und nach dem aktuellen Spielen • Aufbau von Verhaltensaktiva, Abbau von Verhaltensdefiziten • Genustraining (Aufbau positiver Verstärkungserlebnisse) <p>SYMPTOM-VERFAHREN?</p>

Selbst bei einer Pharmakotherapie (Abb. 5) ist es von erheblicher Bedeutung, diese Funktionalität des Glücksspielens vorher zu klären (was bisher leider in keiner Studie getan wurde), da es natürlich keinen Sinn macht, z. B. einen Actionspieler mit einem Antidepressivum zu behandeln. Allerdings macht es auch wenig Sinn, Opioidantagonisten über längere Zeit zu verabreichen, da damit nicht nur der Spaß am Spielen, sondern generell der Spaß am Leben massiv beeinträchtigt wird. Bei dem Vergleich internationaler Studienergebnisse muss zudem beachtet werden, dass es erhebliche kultur- und geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der negativen und der positiven Verstärkung des PG gibt.

Fazit

Die große Mehrzahl der von erfahrenen Therapeuten seit einigen Jahrzehnten veröffentlichten Publikationen und die epidemiologischen Studien der letzten Jahre in Nordamerika legen folgende Schussfolgerungen nahe:

- Verhaltensexzesse sollten weiterhin nicht den Süchten zugeordnet werden.
- Widersprüchlich ist die Literatur nur bei PG. Auch hier sprechen allerdings Langzeitverläufe, minimale Inanspruchnahme des Versorgungssystems (und dann meist Kurzzeitinterventionen) und die Art der oft ursächlichen Komorbidität grundsätzlich gegen die Anwendung des Suchtbegriffes – mit den in diesem Beitrag beschriebenen Ausnahmen (s. Abb. 2, rechte Spalte).
- Die Diskussion bei der laufenden Revision von DSM-V tendiert momentan zur Suchtdiagnose – aber nur bei PG. Das ist gerade aufgrund der neueren Daten aus den USA nicht nachvollziehbar. Entscheidungen zur DSM-Diagnostik wurden und werden aber nicht selten mehr durch Interessengruppen als auf wissenschaftlicher Basis getroffen. Die klinische Relevanz einer DSM-Diagnose ist ohnehin eher gering: Die Diagnosen basieren auf einem „Merkmalsauszählssystem“, sagen nichts über die Ursachen und wenig über die Behandlung einer Störung aus.
- Aktuelle Diskussionen über die Ausweitung des Suchtbegriffes auf Verhaltensexzesse (s. Harvard-Gruppe) könnten ebenso gut zu einer Ausweitung der Neurosendiagnose auf Teilbereiche der stoffgebundenen Süchte genutzt werden: Die Suchtdiagnose bei stoffgebundenen und stoffunabhängigen Verhaltensexzessen würde dann nicht mehr von der Konsummenge der Stoffe oder der Intensität des Verhaltens, sondern an deren intrapsychischer und interaktioneller Funktionalität sowie der erreichbaren Veränderungsmotivation abgeleitet.

Abb. 5

PHARMAKOTHERAPIE: VERSTÄRKERSPEZIFISCH

(nach Rosenthal, 2004)

SUB-TYPEN	<ul style="list-style-type: none"> • ACTION-SUCHER (Lesieur, 1988) • c* (POSITIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) 	<ul style="list-style-type: none"> • ESCAPE-SUCHER (ESCAPISM) (Custer u. Milt, 1985; Lesieur, 1988) • c* (NEGATIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) • SELBSTMEDIKATION GLÜCKSSPIELER (Khantzian, 2002)
INDIZIERTE PHARMAKA	<ul style="list-style-type: none"> • OPIOID-ANTAGONISTEN Naltrexon Naltrexon + SSRI Nalmefen Achtung: latrogene Dysphorie/Depression • BETA-BLOCKER Bisher keine Studie; Empfehlung von Rosenthal, 2004 • MOOD STABILIZER in der manischen Phase einer Bipolaren Störung • PLACEBO 	<ul style="list-style-type: none"> • TRIZYKLISCHE ANTIDEPRESSIVA Imipramin • SELEKTIVE SEROTONIN-WIEDERAUFNAHME-HEMMER (SSRI) Fluvoxamin; Fluoxetin; Paroxetin; Citalopram • MOOD STABILIZER Lithium; Carbamazepin; Valporat • PLACEBO

- Dieser Beitrag soll nicht die teilweise extreme Not pathologischer Glücksspieler herunterspielen, sondern die negativen Konsequenzen eines missbräuchlichen Gebrauches des Suchtbegriffes verdeutlichen.

Prof. Dr. med. Iver Hand

Literatur:

Hand, I. (Hrsg., 2004). *Impulskontrollstörungen – Nichtstoffgebundene Abhängigkeiten – Zwangsspektrumsstörungen*. In: *Verhaltenstherapie*; 14(2): 84-147 (enthält Beiträge zu pathologischem Kaufen, Trichotillomanie, Kleptomanie und pathologischem Glücksspielen).
Download unter: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=Ausgabe&Ausgabe=230232&ProduktNr=224158>

Weitere Literatur beim Verfasser

Kontakt:

Prof. Dr. med. Iver Hand
Postfach 201861
20208 Hamburg
E-Mail: hand@vt-falkenried.de

Angaben zum Autor:

Von 1976 bis 2006 war Prof. Dr. Iver Hand verantwortlich für Aufbau und Leitung des Bereiches „Verhaltenstherapie“ (Ambulanz, Tagesklinik und Station) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Seine Versorgungs- und Forschungs-Schwerpunkte sind: Angststörungen, Zwangsstörungen, Zwangsspektrumsstörungen (insbesondere pathologisches Glücksspielen, seit 1984); Verhaltenstherapie mit Paaren und Familien; Entwicklung einer „Strategisch-systemischen Verhaltenstherapie“. Er ist (Co-) Autor und (Mit-) Herausgeber von über 300 Publikationen; intensive Medienberatung zu den o. a. Schwerpunkten.