

Verhaltensexzesse sind ätiologisch heterogenes Symptomverhalten

Zum Beitrag

Zum Themenheft Verhaltenssuchte, Nervenarzt 84: 5/2013, und zum Eckpunktepapier Nr. 2 der DGPPN vom 27. Februar 2013.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat als Resultat der Arbeit ihrer „Task Force Verhaltenssuchte“ festgestellt, dass „das Suchtmodell... gute Ansatzpunkte für eine effiziente und nachhaltige Prävention und Therapie von Verhaltenssuchten“ biete, insbesondere durch „die Nutzung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren“.

Ob „Verhaltensexzesse“ dem Spektrum der Suchterkrankungen oder dem der Neurosen zuzuordnen sind, ist aber, trotz DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-5, international umstritten. Die folgende Stellungnahme erfolgt aus 30-jähriger Erfahrung in der Beforschung und Verhaltenstherapie sog. neurotischer Störungen, u. a mit pathologischem Glücksspielen (bis 2008 am Universitätsklinikum HH, seither an der „Verhaltenstherapie Falkenried“).

Der Versuch der DGPPN, den (inter-)nationalen Diskussionsstand zu erfassen, erfolgte auf der Grundlage bedauerlicher Vorentscheidungen:

- Eine „Task Force Verhaltenssuchte“, unter Leitung eines renommierten Suchtforschers, sollte die oben genannten Publikationen erarbeiten. War das Ergebnis damit vorgegeben?

- Das zentral wichtige Kapitel über „Glücksspielsucht“ ist von drei der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen nahestehenden Autoren verfasst, die keines der Kriterien für eine therapierelevante „Diagnostik“ in der Psychiatrie/Psychotherapie erfüllen: Weiter-/Ausbildung in psychiatrischer Psychopathologie und in einem der kassenzugelassenen Psychotherapieverfahren; mehrjährige Behandlungs- und Forschungspraxis in einem möglichst breiten Spektrum psychischer Störungen.

Warum diese Autoren, wenn es doch vor allem um Hilfe für Betroffene gehen sollte?

Mythen zu „Verhaltenssuchten“

„Unfreiheit des Willens“, „Kontrollverlust“, „unwiderstehliches“ Verlangen nach der Ausübung eines bestimmten Verhaltens, „psychische Abhängigkeit“, „chronischer Verlauf“ und „Entzugssymptome“ werden als Kernmerkmale einer Sucht herausgestellt. Sie sind therapeutisch nicht zielführend, da sie, statt Selbstwirksamkeit und Coping-Kompetenz anzusprechen, implizit eine „biologisch bedingte Hilflosigkeit“ beinhalten. Sie sollten daher verhaltens- und motivationsanalytisch umformuliert werden in: „Warum will der Patient unbedingt das, was wir und sein soziales Umfeld nicht wollen, dass er es will? Weshalb tritt das Problemverhalten so viel häufiger als das vom Umfeld gewünschte Alternativverhalten auf?“. (Gelegentliche) Rückfälle

können, statt als „Beleg“ für einen „chronischen Verlauf“ zu dienen, besser verstanden werden als „Vorfälle“ und als Anlass, neuerliche „Fehler in der Lebensführung“ zu analysieren und zu beheben. Die Diagnose einer lebenslänglichen Störung schreckt Betroffene zudem von einer Hilfesuche ab.

Die für die Entwicklung von „Glücksspielsucht“ als mitursächlich eingestufte initiale „Auslösung positiver Gefühlszustände“ (positive Verstärkung) gilt für „Action-Spieler“. Zur Beratung/Behandlung erscheinen in Deutschland bisher aber überwiegend „Vermeidungsspieler“, die aufgrund vorbestehender negativer emotionaler Befindlichkeit (NEB) – durch z. B. Lebensprobleme oder psychische Störungen – Ablenkung suchen (negative Verstärkung). Die therapeutischen Konsequenzen für diese beiden Hauptformen des Glücksspielens sind äußerst unterschiedlich. Die als suchttypisch angeführten „Entzugssymptome“ stellen verhaltensanalytisch die erneute Wahrnehmung der NEB-Symptomatik (nach Beendigung des Problemverhaltens) dar; sie sind keineswegs Ausdruck einer Sucht!

„Sucht“-Diagnose – und welche Therapie?

In dem Beitrag über „Das pathologische Glücksspiel und die Internet- und Computerspielsucht“ [1] werden Lernprozesse als „zentral“... sowohl für die Entstehung und Aufrechterhaltung als auch für die Therapie von Verhaltenssuchten eingestuft – und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als die wichtigste Therapie-

maßnahme! Die Autoren plädieren dennoch für den Suchtbegriff, u. a. um eine Kassenfinanzierung ambulanter KVT zu erleichtern: Eine Kostenübernahme für KVT bei pathologischem Glücksspiel (PG) erfolge nur, wenn PG nicht die Hauptstörung, sondern eine „Komorbidität“ darstelle. Nun ist PG bei Vermeidungsspielern überwiegend „sekundäres Symptomverhalten“ und kann dementsprechend problemlos im Rahmen der VT der Hauptstörung abgerechnet werden. Würde PG aber den Suchterkrankungen zugerechnet, müsste der Patient aufgrund der 2013 überarbeiteten Psychotherapierichtlinien nach 10 VT-Sitzungen symptomfrei sein, damit die Therapie fortgesetzt werden darf.

In dem Beitrag zur „Glücksspielsucht“ [2] haben die Autoren – entsprechend ihrer diesbezüglich fehlenden Qualifikation – keinen Abschnitt über die Behandlung der „Glücksspielsucht“ eingefügt. Dennoch sind für sie die aus der Literatur übernommenen „Subtypen“ des „emotional-anfälligen Problemspielers“ und des „verhaltens konditionierten Problemspielers“ „ohne Weiteres in den Suchtkontext integrierbar“ – und, vermutlich, am besten in Suchteinrichtungen behandelbar. Beide „Subtypen“ sind aber seit langem als „Vermeidungsspieler“ (s. oben, negative Verstärkung) bzw. als „Action-Spieler“ (positive Verstärkung) – oder auch „Mischtyp“ – beschrieben. Daraus ergibt sich eine klare differenzielle Indikationsstellung für unterschiedliche Formen der KVT oder der Pharmakotherapie [3, 4]. Aus der real existierenden Suchttherapie wären weder differenzielle Diagnostik noch adäquate Therapien ableit- und anbietbar!

„Verhaltenssuchte“ – ein Irrweg zu ICD-11(2015)!

- In mehreren Beiträgen werden Bedenken gegen die generelle Verwendung des Suchtbegriffes bei Verhaltenssexzessen erkennbar, die in den abschließenden Empfehlungen aber weitgehend ausgeblendet sind.
- Die Diagnose wird zu sehr aus „Theorien“ und zu wenig aus Ergebnissen der Therapieforschung abgeleitet. Die wichtigsten Publikationen (zum Stö-

rungsmodell und den Langzeitkatamnesen) aus der international anerkannten (!) Hamburger Therapieforschung werden in keinem Beitrag zitiert. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt?

- Die therapeutisch erfahrenen Autoren plädieren für KVT als Behandlungsform der Wahl. Implizit definieren sie Sucht damit anders als das existierende Sucht-Versorgungssystem. In der Versorgungsrealität wird den meisten Betroffenen aufgrund der Glücksspiel-“Sucht“-Diagnose empfohlen, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen aufzusuchen – mit oft fraglichen Effekten [5]. Der Zugang zur ambulanten Richtlinien-VT wird durch die Sucht-Diagnose erheblich erschwert (s. oben).
- Ergo: Verhaltenssexzesse waren und bleiben vielschichtiges Symptomverhalten sehr heterogener Ätiologie“ – und sind überwiegend im Rahmen eines Neurosenmodelles versteh- und behandelbar! Möge dies zum Wohle der Betroffenen so bleiben!

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. I. Hand
Falkenried 7, 20251 Hamburg
hand@vt-falkenried.de

Interessenkonflikt. I. Hand gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Wöfling K, Leménager T, Peukert P, Batra A (2013) Computerspiel- und Internetsucht und pathologisches Glücksspiel. *Nervenarzt* 84 5:576–583
2. Böning J, Meyer G, Hayer T (2013) Glücksspielsucht. *Nervenarzt* 84 5:563–568
3. Hand I (2004) Negative und positive Verstärkung bei pathologischem Glücksspielen: Ihre mögliche Bedeutung für Theorie und Therapie von Zwangsspektrumsstörungen. *Verhaltenstherapie* 14: 133–144
4. Hand I (2010) Die „Sucht-Sucht“ bei Verhaltenssexzessen. Warum Verhaltenssexzesse nicht den Süchten zugerechnet werden sollten - Beispiel: Pathologisches Glücksspielen. *KONTUREN* 3:8–13
5. Hand I, Kegat (2013) Geldflüsse und Aktivitäten seit dem ersten Glücksspielstaatsvertrag. Wie viel, wohin, wofür und mit welchem Ergebnis? *KONTUREN* 3: 8–13

Hier steht eine Anzeige.

 Springer