



3 Fallbeschreibung: Verhaltenstherapeutische Behandlung eines Pathologischen Glücksspielers

E. Korell

Die Behandlung und Prävention der pathologischen Glücksspielsucht hat seit dem Glücksspielstaatsvertrag 2008 eine besondere Aufmerksamkeit erfahren. Noch vor zehn Jahren waren die Suchtberatungsstellen überwiegend auf die Beratung von Alkoholkrankungen und illegalen Substanzen fokussiert, und es war schwer für betroffene Spieler, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen zu finden, in denen sie nicht mit ihrer Problematik als außergewöhnlich und exotisch galten. Auch niedergelassene Psychotherapeuten verfügten über nur unzureichendes Behandlungswissen in diesem Bereich und lehnten Spieler als potentielle Patienten einer ambulanten Psychotherapie häufig ab. Aus diesen Gründen war es oft schwierig, Spieler nach einem stationären Aufenthalt gut in die ambulante Weiterbetreuung zu bringen, um die erzielten Behandlungserfolge aufrechtzuerhalten und das Rückfallrisiko gering zu halten.

Mit Hilfe der finanziellen Mittel durch den Glücksspielstaatsvertrag konnten in den vergangenen zwei Jahren viele Versorgungslücken geschlossen und die Behandlung pathologischer Glücksspieler verbessert werden.

Für eine erfolgreiche Behandlung einer psychischen Störung braucht es neben einem umfassenden Störungswissen fundierte und evaluierte Behandlungsmethoden. In den letzten Jahren hat es eine deutliche Zunahme an Veröffentlichungen (z.B. Buchner et al., 2010) im Bereich der pathologischen Glücksspielsucht gegeben, denen eine Vielzahl an Studien zugrunde liegen, die einen wichtigen und unverzichtbaren Wissenszuwachs in diesem Bereich gebracht haben.

Konkrete Behandlungsmethoden und Therapievorgehen sind jedoch bislang nur unzureichend beschrieben bzw. evaluiert. Dies liegt auch an dem bislang nicht abgeschlossenen fachlichen Diskurs zur ätiologischen Einordnung der pathologischen Glücksspielsucht als Impulskontrollstörung in Abgrenzung zu den stoffgebundenen Süchten bzw. den Zwangsspektrumsstörungen. Die Behandlung der Glücksspielsucht weicht in einigen Bereichen erheblich von der Behandlung anderer psychischer Erkrankungen oder Substanzabhängigkeiten ab, da spieler-spezifische Verhaltensweisen wie Verheimlichen, Lügen, kognitive Verzerrungen oftmals einhergehen mit einem Verlust moralischer Werte, mangelnder Frustrationstoleranz und hoher Unzuverlässigkeit. Zusätzlich erschwert ein besonders positiv erlebtes Glücks- und Euphorieempfinden beim Spielen die Behandlung in Richtung Abstinenz. Nach verhaltenstherapeutischer Auffassung stellt die Spielabhängigkeit ein erlerntes, d.h. operant konditioniertes Fehlverhalten dar, dessen Beginn sich nicht selten in einer klassisch konditionierten „Big-Win“-Situation wieder findet. Hauptaufgaben in der Behandlung sind daher, individuelle und umweltbezogene Bedingungen zu explorieren, die Funktionalität des Spielverhaltens herauszuarbeiten und ein funktionales Management zur Rückfallprophylaxe zu erarbeiten. Unabdingbare inhaltliche Themen in der Behandlung der pathologischen Glücksspielsucht stellen außerdem *Geldmanagement* und *Selbstwert* dar.

Das vorliegende Fallbeispiel soll anhand eines fiktiven Patienten einen optimalen Behandlungsverlauf darstellen, wobei in Teil I ausführlich die Befunderhebung, Diagnostik und das zugrundeliegende Störungsmodell dargestellt werden. Der erste Teil endet mit der Beschreibung der Therapieziele, die gleichzeitig die Gliederung für den zweiten Teil darstellen: die Behandlung. In Teil II wird eine optimale und störungsfreie Behandlung beschrieben, die sich an den individuellen Verhaltensdefiziten des fiktiven Patienten orientiert, gleichzeitig aber auch die spieler-spezifischen Themen und Inhalte berücksichtigt. Nur selten verläuft eine reale Behandlung derart ideal und lehrbuchartig – schon gar nicht bei pathologischen Spielern. Die Fallbeschreibung will jedoch in systematischer Weise alle Behandlungsschritte darstellen, einführende und vertiefende Methoden vorstellen und auf mögliche Schwierigkeiten in der Umsetzung hinweisen.

Teil I: Befunderhebung und Diagnostik

1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Im Erstkontakt berichtet der 43jährige Herr X., er spiele an Automaten und erleide dabei immer wieder massive Kontroll- und Geldverluste. Er spiele episodisch (immer, wenn er Geld habe), dann über Stunden an bis zu vier Automaten gleichzeitig und könne erst aufhören, wenn er kein Geld mehr zur Verfügung habe.

Erste Kontakte zu Spielautomaten hatte er im Alter von 18 Jahren. Nach anfänglichen Geldgewinnen habe er Verluste erlitten und versucht, diese durch erneutes Spielen auszugleichen. Schnell sei es zu finanziellen Engpässen gekommen, er habe begonnen, seine Eltern zu belügen und zu bestehlen. Später habe er einen Kredit aufgenommen, den er ebenfalls verspielt habe. Bald habe er den Überblick über seine laufenden Kosten verloren und diese nicht mehr begleichen können. Es habe auch immer mal wieder Monate oder Jahre gegeben, in denen er nicht gespielt habe (vor allem, wenn kein Geld zur Verfügung stand), insgesamt habe sich die Situation jedoch immer weiter zugespitzt. Vor fünf Jahren habe er sich schließlich an eine Suchtberatung gewandt und dort Hilfe bekommen. Er habe sich für eine stationäre Therapiemaßnahme entschieden und sei in einer Fachklinik zwölf Wochen behandelt worden. Hochmotiviert sei er danach an seinen Arbeitsplatz zurück gekehrt, jedoch sei es dort zu massiven Konflikten gekommen, die schließlich vier Wochen nach Entlassung zu einem Rückfall geführt hätten. Dies sowie die andauernde Konfliktsituation hätten ihn derart deprimiert, dass er einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen habe, was zu einer vierwöchigen psychiatrischen Unterbringung geführt hat. Obwohl er im Anschluss die Arbeitsstelle verloren habe, sei er seither gefestigter und die Rückfälle seltener, dennoch erlebe er sie nach wie vor als nicht kontrollierbar.

Zuletzt habe er vor ca. drei Monaten das letzte Mal gespielt. Er führe diese aktuelle abstinente Phase auf die fehlenden finanziellen Möglichkeiten zurück. Durch die Verschuldung von ca. 30.000 Euro sowie die aktuelle Arbeitslosigkeit bestünden sehr enge finanzielle Verhältnisse, was ihn stark belastete. Gleichzeitig traue er sich berufliche Belastungen aktuell nicht zu. Er lebe zurückgezogen, habe soziale Kontakte sowie Freizeitaktivitäten weitestgehend vernachlässigt bzw. eingestellt. Er fühle sich häufig antriebsarm, niedergeschlagen und lustlos. Er halte sich für einen Versager und traue sich kaum, seinen Kindern in die Augen zu schauen. Durch die Spielsucht sowie die finanziellen Sorgen käme es immer wieder zu Konflikten mit seiner Frau. Er habe den Eindruck, als Ehemann und Familienvater versagt zu haben.

Als Anliegen an eine erneute Behandlung nennt Herr X., er wolle mehr Selbstbewusstsein erreichen sowie in seinem Willen „fester werden“, um so Rückfällen vorzubeugen.

2. Lerngeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Zur aktuellen Lebenssituation: Herr X. ist 43 Jahre alt, seit 17 Jahren verheiratet und hat mit seiner Frau (41 Jahre) zwei Kinder (Tochter 15 Jahre, Sohn 12 Jahre). Von Beruf ist er Technischer Zeichner, derzeit jedoch arbeitslos und in geringfügigem Ausmaß als Pizzalieferant tätig. Mit seiner Familie bewohnt Herr X. eine gemeinsame Mietwohnung, die Wohnverhältnisse werden als beengt geschildert. Aufgrund der Verschuldung von ca. 30.000 Euro sowie der aktuellen Arbeitslosigkeit bestehen eingeschränkte finanzielle Verhältnisse. Die Beziehung zu seiner Ehefrau beschreibt Herr X. als sehr belastet durch wiederkehrende Konflikte, meist ausgelöst durch die Spielsucht oder die finanziellen Sorgen. Die Ehefrau misstraut ihm und kontrolliere ihn stark, er erlebe sie als dominant und einschüchternd. Er habe den Eindruck, er könne es ihr „kaum recht“ machen. Mehrfach habe sie mit Trennung gedroht, wenn er nicht mit dem Spielen aufhöre. Dies wolle er unter allen Umständen ver-



meiden, er hänge sehr an seiner Frau. Sie sei neben den Kindern die einzige Bezugsperson, ein Freundeskreis bestehe nicht mehr. Als Hobbies und Freizeitinteressen gibt Herr X. an, er sei früher gerne Fahrrad gefahren, gejoggt und habe Tischtennis gespielt. Dies sowie einen aktiven Freundeskreis habe er in den vergangenen Jahren komplett vernachlässigt.

Zur Biographie

Herr X. wurde als zweites Kind seiner Eltern geboren. Ein Bruder ist 3 Jahre älter. Die Atmosphäre im Elternhaus wird beschrieben als desinteressiert, rigide und wenig liebevoll. Der Vater sei autoritär, patriarchalisch und jähzornig gewesen und habe den älteren Bruder stets aufgrund dessen besserer schulischen Leistungen bevorzugt. Kleinste Vergehen oder Konflikte seien regelmäßig mit Prügel oder Hausarrest gemäßregelt worden. Dies habe Herr X. oftmals ungerecht oder schikanierend erlebt und nennt als Beispiel, wie er während eines Familienurlaubs eine ganze Woche im Zimmer bleiben musste, um das 1x1 zu lernen, während die Familie Ausflüge unternommen habe. Auch erinnert er sich an Aufforderungen des Vaters, sich „schon mal vorn über zu beugen“, so habe er in der Erwartung, Prügel zu erhalten, bis zu einer halben Stunde verharrt, bis die Mutter lachend den „Scherz“ des Vaters aufgelöst hatte. Bis zu seinem Auszug im Alter von 23 Jahren sei er den Schikanen und Demütigungen des Vaters ausgesetzt gewesen. Die Mutter wird als ordnungsliebend und fleißig beschrieben, die nichts gegen die Erziehungsmethoden des Vaters unternommen habe. Vielfach habe sie Partei für den Vater ergriffen. Liebe und Zuneigung habe er auch von ihr nicht erhalten. Im Alter von ca. 8 Jahren vereinbarten die Eltern aufgrund der schulischen Schwierigkeiten Nachhilfeunterricht mit einem ca. 20jährigen Mann aus der Nachbarschaft. Hier kam es zu sexuellen Übergriffen, von denen Herr X. aus Scham und Angst vor Ablehnung niemandem erzählte. Er befürchtete, die Eltern würden nicht ihm, sondern dem Täter glauben. Die Übergriffe dauerten ca. zwei Jahre an.

Der Vater sei in der Zwischenzeit verstorben, zur Mutter bestehe ein angespanntes und konflikthafte Verhältnis, wobei er stets um einen guten und positiven Kontakt bemüht sei.

Krankheitsanamnese

Im Alter von 18 Jahren hatte Herr X. erste Kontakte mit Geldspielautomaten. Anfängliche Gewinne ließen das Spielen interessant erscheinen. Sie vermittelten Herrn X., doch etwas „gut zu können“ und mit Hilfe der zusätzlichen finanziellen Mittel habe er sich bei Gleichaltrigen beliebt machen können. Dies ebnete den Weg in die Spielsucht: sich einstellende Verluste wurden im Sinne einer „Aufholjagd“ auszugleichen versucht. Schnell stellten sich Kontrollverlust und sozioökonomische Folgeerscheinungen ein, insbesondere Verschuldung und Kreditaufnahme, Lügen, Bestehlen der Eltern sowie die Vernachlässigung beruflicher Verpflichtungen, sozialer Beziehungen und der Freizeitgestaltung. Einen ersten Therapieversuch unternahm Herr X. vor fünf Jahren, indem er sich an eine Suchtberatungsstelle und eine Schuldnerberatung wandte und eine stationäre Therapiemaßnahme in einer Fachklinik durchführte. Hiernach konnte Herr X. ca. vier Wochen eine Spielabstinenz aufrechterhalten. Der Rückfall sei ausgelöst worden durch massive Konflikte am Arbeitsplatz. Dieser Rückfall habe ihn derart deprimiert, dass es zu einem Suizidversuch mit Tabletten gekommen sei. Daraufhin habe er sich in einer psychiatrischen Klinik stationär aufnehmen lassen. Seit dieser Zeit sei er gefestigter und die Rückfälle seien seltener.

3. Psychischer Befund

Im äußeren Erscheinungsbild altersentsprechender, gepflegt und sportlich wirkender Pat., der im Erstkontakt ruhig und sachlich, jedoch wenig emotional beteiligt über den Krankheitsverlauf berichtet. Den Kontakt gestaltet er freundlich und auffällig angepasst, fast unterwürfig, wobei er um einen positiven Eindruck bemüht ist. Wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten korrekt orientiert, bringt er bei guter Reflexionsbereit-



schaft hohe Therapiemotivation zum Ausdruck. Affekt ist niedergeschlagen bei eingeschränkter emotionaler Schwingungsfähigkeit. Antrieb leicht gehemmt. Er wirkt unsicher, berichtet von gelegentlicher innerer Unruhe und verneint Schlafstörungen, Alpträume oder spezifisches Vermeidungsverhalten zur Reduktion unangenehmer Gedächtnisinhalte. Es gibt keine Hinweise auf psychotisches Geschehen, akute Suizidalität wird glaubhaft verneint.

Testdiagnostik

Als Standarddiagnostik empfiehlt sich zu Beginn des Kontakts mit dem pathologischen Glücksspieler der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) nach Petry (2003) und das Beck-Depressions-Inventar II (BDI) nach Hautzinger et al. (2006). Im Falle von Herrn X. wurde die psychometrische Diagnostik ergänzt um die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) nach Franke (2002) sowie das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV-Achse-II-Störungen (SKID-II, Persönlichkeitsstörungen) nach Wittchen et al. (1997).

Zusammenfassend weisen die psychodiagnostischen Verfahren (KFG, BDI-II, SCL-90-R, SKID-II) bei Herrn X. auf eine mittelgradig ausgeprägte Glücksspielsucht, eine starke Selbstunsicherheit, Minderwertigkeitsgefühle sowie eine negative und bedrückte Lebenseinstellung hin.

In dem KFG erreicht Herr X. einen Summenrohwert von 35 Punkten von insgesamt 60 möglichen, welches einer mittelgradigen und behandlungsbedürftigen Glücksspielproblematik entspricht. Im BDI-II ergibt sich einen Summenrohwert von 25 von insgesamt 63 möglichen Punkten, was einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik entspricht. Im SCL-90-R weist der Gesamtindex auf eine stark ausgeprägte subjektiv erlebte psychische Belastung hin. Die Skalen Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit und Depressivität sind im Vergleich zur altersentsprechenden Normstichprobe besonders auffällig. Im SKID-II zeigen sich Hinweise auf selbstunsichere Persönlichkeitszüge, jedoch werden nicht alle Kriterien für das Ausmaß einer Persönlichkeitsstörung erfüllt.

4. Somatischer Befund

Es liegen keine auffälligen somatischen Befunde oder aktuelle Medikation vor.

5. Störungsmodell und Verhaltensanalyse

Im Vordergrund steht ein chronisch-pathologisches Spielverhalten mit Kontrollverlust sowie sozioökonomischen Folgeerscheinungen, die alle Lebensbereiche negativ beeinflussen. Systematische Problemanalysen des Glücksspielverhaltens zeigen, dass sich die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des Spielverhaltens auf für den Pat. unzufrieden verlaufende soziale Beziehungen zurück führen lassen, insbesondere zu nahestehenden Bezugspersonen wie Mutter und Ehefrau, aber auch am früheren Arbeitsplatz. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass Herr X. durch ein passiv-vermeidendes Verhalten indirekt zu den Konflikten beiträgt. Die Beziehungsgestaltung des Pat. ist geprägt von Unterwürfigkeit und Anpassung, eigene Bedürfnisse werden weitestgehend nicht geäußert bzw. zurückgestellt und es fällt ihm schwer, sich in einzelnen Situationen angemessen abzugrenzen bzw. ggf. zur Wehr zu setzen. Dem Pat. stehen hierfür nur unzureichende soziale Handlungskompetenzen für eine zufriedenstellende Interaktion zur Verfügung.

Biographischer Hintergrund der dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster

Zur Erklärung dieser dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster sind der biografische Hintergrund sowie die lerngeschichtliche Entwicklung des Pat. zu berücksichtigen, die geprägt sind von der Notwendigkeit, sich dem autoritären und zu willkürlichen und gewaltsamen Konfliktlösungen neigenden

Vater unterzuordnen und anzupassen, um so weitere Bestrafungen möglichst zu vermeiden. Somit konnte Herr X. keinen angemessenen Umgang mit Konflikten erlernen bzw. ausprobieren. Durch die schikanierenden Übergriffe, die den Eltern teilweise zur Erheiterung dienten sowie die sexuellen Übergriffe, die keine Begrenzung oder Verurteilung fanden, entstanden die dysfunktionalen Überzeugungen, minderwertig zu sein und keine Rechte zu haben sowie ein hohes Misstrauen in die eigene emotionale Wahrnehmung sowie soziale Beziehungen. Da Zuneigung an schulische Leistungen gekoppelt war, denen Herr X. in den Augen des Vaters trotz starker Anstrengungen nie genügte, entstand weiterhin die Einschätzung, nicht zu genügen und dadurch nicht liebenswert zu sein.

Positive und negative Verstärkung des pathologischen Spielverhaltens

In den Schilderungen des Pat. wird deutlich, dass er wiederkehrend in Situationen gerät, in denen er sich übermäßig bemüht oder anpasst, dann jedoch übervorteilt, ausgenutzt oder sich in seinen Bedürfnissen übergangen fühlt, worauf er emotional mit Enttäuschung, gekränkt sein, Hilflosigkeit, Ärger und Ohnmachtsgefühlen reagiert. Da es dem Pat. an angemessenen Möglichkeiten zum Gefühlsausdruck fehlt, kommt es zu starken inneren Anspannungen und psychophysischen Erregungszuständen, für die ihm keine adäquaten Umgangs- und Bewältigungsformen zur Verfügung stehen. Das pathologische Spielverhalten fungiert als dysfunktionale Bewältigungsstrategie, da das Spielen als kurzfristig positives Erlebnis im Sinne einer Ablenkung von den Problemen gewertet wird und durch diese negative Verstärkung beibehalten wird. Gelegentliche Gewinne werden als selbstwertsteigernd erlebt und erhalten eine weitere intermittierende positive Verstärkungsfunktion. Auf die sich einstellenden Folgen (Verschuldung, soziale Konflikte etc.) und die damit einhergehenden negativen Gefühlszustände reagiert Herr X. erneut mit Spielen. Alternative Bewältigungsformen bleiben somit unberücksichtigt und ungeübt. Der resultierende Teufelskreislauf stellt für den Patienten selbst eine massive Belastung dar, auf die er in depressiver Weise mit Deprimiertheit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Grübeln, Rückzug, suizidalen Gedanken und Handlungen reagiert.

Dieses sich wiederholende Muster von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen sowie die Funktionalität des Spielverhaltens zeigen sich in der folgenden Verhaltensanalyse mit Hilfe des SORK-Schemas:

Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenzen	
<p>Langfristig: Wiederkehrende Ablehnungserfahrungen</p> <p>Kurzfristig Herr X. möchte seiner Mutter bei der Erledigung von Alltagsaufgaben helfen, z.B. Wasserkisten besorgen. Sie lehnt jedoch ab, da sie seine Hilfe nicht benötige</p>	<p>Körperl. Zustände -</p> <p>Nicht gelernt/verlernt: Funktionale Konfliktlösestrategien für eine konstruktive Beziehungsgestaltung (was zu einer hohen Anpassungsbereitschaft und leichten Kränkbarkeit führt)</p> <p>Lebensregeln: „Ich genüge nicht.“ „Ich kann nichts.“ „Ich bin nichts wert.“ „Ich bin ein Versager.“</p>	<p>Gedanken: „Warum darf ich ihr nicht helfen? Ich möchte einfach nur behilflich sein! Immer wird mein Bruder vorgezogen. Nie bin ich gut genug. Was muss ich denn tun, um sie zufrieden zu stellen? Sie liebt mich nicht...“</p> <p>Gefühle: Enttäuschung, Traurigkeit, gekränkt sein, Ärger, Angst, Verzweiflung, Ohnmachtsempfinden</p> <p>Körper: Innere Unruhe, Anspannung, Herzklopfen</p> <p>(Problem-) Verhalten: Sich zurückziehen, Grübeln, Spielen gehen (= Vermeidung der notwendigen Aussprache)</p>	<p>Kurzfristig Positiv: C-: Nachlassen negativ erlebter emotionaler und physiologischer Reaktionen, ein Gefühl von Entspannung stellt sich ein</p> <p>C+: freundliche Begrüßung des Personals, kostenloser Kaffee, Euphorie und „Kick“-Erleben durch die Beinahe-Gewinn-Situation</p> <p>Negativ -</p>	<p>Langfristig Positiv: -</p> <p>Negativ Zunehmender Kontrollverlust und sozio-ökonomische Folgen, Teufelskreis aus Sorgen, Konflikten und Gefühl des Ausgeliefertseins und Versagens. Spielen bleibt die einzige (und verlässliche) Problemlösung. Neue Bewältigungsformen werden nicht ausprobiert, Dysfunktionale Überzeugungen manifestieren sich...</p>

Abbildung 1: Verhaltensanalyse mittels SORK-Schema



6. Diagnosen

F63.0: Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (pathologisches Glücksspiel) vor dem Hintergrund einer selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierung

F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung

7. Therapieziele

1. Aufbau eines stabilen und vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbündnisses
2. Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells zu auslösenden Faktoren und aufrechterhaltenden Problemverhaltensweisen
3. Förderung der Abstinenzmotivation und Erlangung einer nachhaltigen Spielabstinenz
 - a) Förderung der Impulskontrolle
 - b) Bearbeitung irrationaler spielerpezifischer Kognitionen
 - c) Verbesserung des Geldmanagements
 - d) Rückfallprophylaxe
4. Verbesserung von Stimmung und Antrieb (Reduktion der depressiven Beschwerden)
5. Aufbau von mehr Selbstsicherheit
6. Mit- und Weiterbehandlung



Teil II: Behandlung

Die dargestellten Behandlungsmethoden beziehen sich auf die zurzeit üblichen und bewährten verhaltenstherapeutischen Methoden zur Behandlung der pathologischen Glücksspielsucht. Die Gliederung des zweiten Teils erfolgt entsprechend der oben genannten Therapieziele. In abstrahierter Weise wird ein Behandlungsverlauf dargestellt, der durch das Fallbeispiel „Herr X“ konkretisiert wird.

Zunächst werden Methoden zum Aufbau eines stabilen therapeutischen Arbeitsbündnisses beschrieben. Es folgt die Beschreibung eines gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten individuellen Störungsmodells, das ihm die funktionalen Bedingungen aufzeigen und eine schlüssige Erklärung für sein Glücksspielverhalten liefern soll. Im Anschluss werden Methoden dargestellt, die die Behandlung der Glücksspielsucht sowie der depressiven und selbstunsicheren Symptomatik betreffen. Es werden Methoden und Interventionen sowohl für das Einzel- wie auch Gruppensetting dargestellt. Die meisten Interventionen lassen sich gut in beiden Behandlungskontexten einsetzen. Der zweite Teil wird abgerundet mit einem Überblick zur Angebotsstruktur für pathologische Glücksspieler.

Zur besseren Lesefreundlichkeit sollen im Folgenden beide Geschlechter durch die männliche Schreibweise angesprochen werden. Auch wird durchgängig von Patienten gesprochen, auch wenn der Leser selbst eventuell eine andere Bezeichnung (z.B. Klient) bevorzugt. Zudem sollen durch das Wort *Behandlung* (bzw. *Behandler*) alle Formen von therapeutischen Settings angesprochen werden, unabhängig von der beruflichen oder therapeutischen Grundausrichtung.

Therapieziel 1: Aufbau eines stabilen und vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbündnisses

Zum Aufbau eines vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbündnisses werden zunächst vertrauensfördernde Maßnahmen im Erstkontakt eingesetzt. Diese Interventionen basieren auf den grundlegenden Gesprächsführungstechniken wie Zugewandtheit, Empathie, Akzeptanz, interessiertes und aktives Zuhören, Nachfragen und Paraphrasieren. Dem Patienten wird Gelegenheit gegeben, seine Sichtweise der Problematik uneingeschränkt zu schildern, ohne dass er an dieser Stelle eine wertende Kommentierung von Seiten des Behandlers befürchten muss. Der Berater bzw. Therapeut bleibt neutral, freundlich und in angemessenem Rahmen mitfühlend.

Spielerspezifische Probleme in der Kontaktgestaltung

Hierin unterscheidet sich der Kontaktaufbau zu pathologischen Glücksspielern nicht von anderen Patienten, die sich in Behandlung begeben. Wesentlich ist jedoch, bereits im ersten Kontakt spielerspezifische Problembereiche in der Kontaktgestaltung anzusprechen, mit denen eine „Vorausschau“ auf mögliche Hürden oder Schwierigkeiten in der Behandlung gegeben wird. Dazu gehören zum Beispiel Verheimlichungen aufgrund von Scham oder Schuldgefühlen durch Lügen, Tricksen oder unentschuldigtes Fernbleiben. Durch das Ansprechen solcher möglichen Schwierigkeiten zeigt der Behandler Fachkompetenz. Im Vordergrund steht aber die Möglichkeit, erste Vereinbarungen zu treffen, wie mit diesem spielerspezifischen Problemverhalten umgegangen werden soll, wenn es auftritt. Der Patient muss sich sicher sein können, keine negativen Konsequenzen zu erfahren, wenn er rückfällig geworden ist, sondern dass er auf eine offene und neutrale Reaktion treffen wird, wenn er seine Rückfälle „outet“. Ihm muss klar sein, dass nur so eine Überwindung der Glücksspielsucht möglich sein wird. Demgegenüber sorgt der Behandler für eine Arbeitsatmosphäre, die ein Offenbaren von schambe-setzten Themen erleichtert.

Disziplinarische Konsequenzen

Aus diesem Grund stellt ein disziplinarisches Behandlungsende bei wiederholtem Fernbleiben, Rückfällen oder anderem therapiestörendem Verhalten in der ambulanten Behandlung keine hilfreiche



Konsequenz dar. Dieses Vorgehen wird teilweise im stationären Setting in Form eines „Ampel-Modells“ angekündigt und angewandt: gelbe Karte bei einem ersten Vergehen, rote Karte bei einem zweiten und es folgt die disziplinarische Entlassung bei einem weiteren Vergehen. Im Gegensatz zum stationären Aufenthalt, bei der die Behandlung wieder aufgenommen oder neu beantragt werden kann, stellen ambulante Behandlungsangebote oftmals nur die einzige Anlaufstelle vor Ort für den Spielsüchtigen dar. Diese Behandlungschance sollte nicht verbaut werden. Dies bedeutet nicht, dass der Behandler „alles mitmachen“ und aushalten muss, was der Spielsüchtige an „Beziehungs-Stress-Tests“ bietet. Gegebenenfalls kann eine vereinbarte „Behandlungspause“ hilfreich und eine ausreichende Konsequenz für den Patienten darstellen, wobei hiermit auch immer das Angebot der „Weitermachen-Könnens“ verbunden sein sollte, wenn der Patient stärker motiviert ist.

Behandlungsfortschritte Therapieziel 1

Der Aufbau eines vertrauensvollen therapeutischen Arbeitsbündnis gelang mit Herrn X. schnell und unkompliziert. Von Beginn an war er um einen positiven Eindruck bemüht, kam verlässlich und pünktlich zu den Behandlungsterminen und brachte aufgetragene Aufgaben erledigt mit. Fragen beantwortete er aufgeschlossen und bereitwillig, darüber hinaus zeigte er eine gute Bereitschaft zur Reflektion. Im Kontaktverhalten war er zugewandt und freundlich, gleichzeitig fiel eine Unsicherheit auf, die konform ging mit dem angepassten Verhalten des Patienten: Der Patient befürchtete gemäß seiner bisherigen Lebenserfahrungen mögliche negative Konsequenzen von mir als seiner Therapeutin, sobald er etwas „falsch“ machte. Diese Beobachtung wurde bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Therapie von mir rückgemeldet und im Rahmen des individuellen Erklärungsmodells (Therapieziel 2) aufgegriffen: zum einen wurden dem Patienten die langfristig negativen Konsequenzen dieser Anpassungsleistung in sozialen Interaktionen verdeutlicht und die damit verbundene wiederkehrende Rückfallgefährdung. Zum anderen sollte dem Patienten beispielhaft die therapeutische Interaktion als „Übungsfeld“ angeboten werden, wobei mir die Rolle eines modellhaften Interaktionspartners zukam, der zu einer Verhaltensänderungen ermutigte, diese positiv verstärkte und so neue Erfahrungen im Sozialkontakt ermöglichte.

Therapieziel 2: Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells über auslösende Bedingungen und aufrechterhaltende Problemverhaltensweisen

Die Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells über die funktionalen Bedingungen der Erkrankung stellt das „Herzstück“ der verhaltenstherapeutischen Behandlung dar. In anschaulicher und nachvollziehbarer Weise soll dem Patienten anhand realer Alltagsbeispiele eine Erklärung für seine Erkrankung (z.B. das Suchtverhalten) vermittelt werden. Dabei gelten die verhaltenstherapeutischen Prinzipien der Transparenz, Plausibilität, Zielgerichtetheit und Handhabbarkeit. Der Pat. soll abschließend in der Lage sein, die sogenannten „auslösenden Bedingungen“ (d.h., was hat zu der Entwicklung der Glücksspielsucht geführt?) sowie die „aufrechterhaltenden Faktoren“ (d.h., warum kann ich nicht „einfach“ mit dem Spielen aufhören?) zu benennen.

Auslösende Bedingungen und aufrechterhaltende Faktoren

Die auslösenden Bedingungen beschreiben die langfristig zurückliegenden Bedingungen, die dazu beigetragen haben, dass der Patient glücksspielsüchtig wurde. Welche Faktoren bringt er in seiner Person und seiner Lerngeschichte mit und welche situativen Auslöser und Bedingungen herrschten zum Zeitpunkt des Spielbeginns? Die aufrechterhaltenden Faktoren beziehen sich auf aktuelle Situationen oder Bedingungen, die immer wieder zum Spielen führen, und beschreiben die Funktionalität des Problemverhaltens. Wie bereits dargestellt, handelt es sich bei dem pathologischen Spielen um ein operant konditioniertes Fehlverhalten, durch das der Betroffene negativen Lebensumständen oder Gefühlszuständen zu entfliehen versucht, denen er sich nicht gewachsen fühlt. Das Spielverhalten



verfestigt und chronifiziert sich unter diesen Lernbedingungen, die man negative Verstärkung nennt. Gleichzeitig, und das ist eine Besonderheit in der Darstellung und Behandlung der Glücksspielsucht im Vergleich zu vielen Störungen aus dem Neurosenbereich, findet eine positive Verstärkung durch die gelegentlichen Gewinnausschüttungen statt, die unvorhersehbar und dadurch intermittierend auftreten und deshalb extrem löschungsresistent sind. Viele Spieler können sich genau an ihr „erstes Mal“ am Automaten oder Roulettekessel erinnern und wissen im Detail, wie hoch Einsatz und Gewinn waren. Sie berichten von einem außergewöhnlichen „Kick“- und Euphorieerleben, das mit jedem Beinahe-Gewinn getriggert wird und die Therapie- und Veränderungsmotivation so gering ausfallen lässt. Auch soziale Faktoren wie Zugehörigkeit, Anerkennung und Neid bei Gewinnen können als positive Verstärker gelten. Die sich einstellenden Verluste werden zunächst im Sinne einer „Aufholjagd“ auszugleichen versucht, bevor weitere Verluste die negativen Glücksspielfolgen immer deutlicher abbilden, denen erneut „entflohen“ werden muss: „lustgesteuertes Zielverhalten wird zu frustgesteuertem Vermeidungsverhalten“ (Hand, 2004). Im ersten Teil der Fallbeschreibung wurde das Ergebnis einer Verhaltensanalyse inklusive SORK-Schema ausführlich beschrieben. Sie dient dem Behandler dazu, die funktionalen Zusammenhänge zu begreifen und einen entsprechenden zielgerichteten Behandlungsplan aufstellen zu können. Die gemeinsame Erarbeitung mit dem Patienten hat jedoch als wesentliches Ziel, dass dieser selbst die Zusammenhänge erkennt, seine Störung versteht und mit entsprechenden Strategien dagegen angehen kann.

Dabei werden anhand von Alltagsbeispielen die konkret beobachtbaren **Reaktionen auf vier Verhaltensebenen** erfasst und unterschieden:

- Kognitive Ebene: Was geht der betroffenen Person in diesem Moment an Gedanken durch den Kopf?
- Emotionale Ebene: Was fühlt die Person in diesem Moment?
- Physiologische Ebene: Welche Körperreaktionen sind beobachtbar?
- Motorische Ebene: Was ist das eigentliche (Problem-)Verhalten in der Situation?

Die Bezeichnung Problemverhalten wurde gewählt, da es sich um Verhaltensweisen handelt, die sich langfristig als nicht hilfreich bzw. zielführend herausstellen und somit dazu beitragen, dass sich die Störung, Krankheit oder Sucht verfestigt. Der Patient muss die Unterscheidung von kurzfristigen und langfristigen Konsequenzen lernen und auf seine Situation und sein Verhalten anwenden können. Er muss erkennen, dass sein Verhalten *kurzfristig* „Vorteile“ in Form von Ablenkung, Unterhaltung, „Auszeit“, Konfliktvermeidung, Entspannung oder Freude bringt. *Langfristig* führt sein Verhalten jedoch zu weiteren negativen Glücksspielfolgen, die eine besondere Problemlösung notwendig werden lassen, denen er sich wiederum nicht gewachsen fühlt und die zu neuerlichem Spielverhalten führt. Der Patient soll erfahren, dass er sich in einem Teufelskreis befindet, aus dem es nur einen Ausweg gibt: die Spielabstinenz.

Viele der Betroffenen erleben die Bezeichnung ihrer Sucht als „dysfunktionalen Problemlöseversuch“ als sehr entlastend und entpathologisierend. Sie erfahren, dass nicht sie als „Person“ schlecht, willensschwach und versagend sind, sondern dass es Umstände und Verhaltensdefizite sind, die das Suchtverhalten begünstigen.

Der entscheidende Vorteil einer genauen Verhaltensanalyse mit dem SORK-Schema für die Behandlung der pathologischen Glücksspielsucht liegt in der Ableitung konkreter und zielgerichteter Verhaltensänderungen. Wenn der Betroffene weiß, was er ungünstigerweise in schwierigen Situationen tut und welches Verhalten hilfreicher und zielführender wäre, kann er sukzessive sein Verhalten ändern und der Sucht entgegentreten.



Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenzen	
Langfristig	Körperl. Zustände <i>Verbesserung der körperlichen Gesundheit und Fitness</i>	Gedanken: <i>Kognitive Umstrukturierung (Überprüfung irrationaler Annahmen, Erarbeitung hilfreicher Gedanken), Realitätsprüfung</i>	<u>Kurzfristig</u> <i>Selbstbelohnung für erreichte (Teil-) Ziele</i>	<u>Langfristig</u> <i>Bearbeitung der Funktionalität der Spielsucht</i>
Kurzfristig	Nicht gelernt/verlernt: <i>Skills-Training (z.B. soziale Kompetenz, interaktionelle Fähigkeiten, Geld-Management etc.)</i>	Gefühle:		<i>Schuldenregulierung</i>
<i>Auslösekontroll-techniken</i>	Lebensregeln: <i>Kognitive Umstrukturierung (Relativierung von dysfunktionalen Grundannahmen)</i>	Körper: (Problem-) Verhalten: <i>Reaktionskontrolltechniken Erarbeitung alternativer Coping-Strategien (z.B. Stressbewältigung, positive Aktivitäten etc.)</i>		<i>Aufbau langfristiger Lebensziele</i>

Abbildung 2: Verhaltensänderung mittels SORK-Schema

Zusammenfassend verfolgt die Verhaltensanalyse mehrere Behandlungsziele und ist neben der Diagnostik bereits therapeutisches Instrument:

1. Der Patient erfährt die „Gründe“ für seine Sucht und lernt funktionale Zusammenhänge erkennen.
2. Durch die Arbeit mit dem SORK-Schema wird mit dem Patienten die Benennung der eigenen Befindlichkeiten und beteiligter Emotionen geübt, was vielen Spielern durch die invalidierenden biografischen Bedingungen oftmals schwerfällt. Viele Betroffene sind es schlichtweg nicht gewohnt, auf die eigene Befindlichkeit zu achten und in dieser Ausführlichkeit über sich selbst zu sprechen. Meist fehlen ihnen entsprechende Wortbezeichnungen für das, was sie erleben. Dies kann sukzessive in diesem Behandlungsschritt geübt werden.
3. Die Selbstwahrnehmung und Selbstbeobachtung übt und verbessert sich durch ein wiederholtes Anwenden des SORK-Schemas. Durch eine verbesserte Selbstwahrnehmung können „Frühwarnzeichen“ bei einem drohenden Rückfall schneller erkannt werden. Und es kann frühzeitig gegengesteuert werden.
4. Die nächsten Behandlungsschritte lassen sich unmittelbar ableiten. Dabei kann der Patient zunehmend selbständig und eigenverantwortlich die nächsten notwendigen Ziele bestimmen und so im Verlauf der Behandlung im Sinne eines Selbstmanagements eine stärker werdende Kompetenz im Umgang mit seiner Erkrankung erreichen.

Behandlungsfortschritte Therapieziel 2

Durch die Erarbeitung des individuellen Erklärungsmodells über die rückfallbedingenden Faktoren sowie die aufrechterhaltenden Problemverhaltensweisen erkannte Herr X., dass der Verlust des Arbeitsplatzes zu einer massiven Enttäuschung und Kränkung geführt hatte, die die Folge seines übermäßigen Bemühens nach Therapieende waren. Auch die als problematisch geschilderte Partnerschaft und die sich ambivalent gestaltenden Beziehungen tragen den aufrechterhaltenden Bedingungen Rechnung. Herr X. erkannte als eigenes dysfunktionales Verhaltensmuster ein übermäßiges Bemü-



hen und Fürsorgen um andere (Mutter bzw. Lebenspartnerin), durch das er sich immer wieder in Situationen der Abhängigkeit bringt und Gefahr läuft ausgenutzt zu werden bzw. eigene Bedürfnisse zu ignorieren. Ihm wurde deutlich, dass er hinsichtlich der Wahrnehmung eigener Gefühle und Bedürfnisse stark verunsichert ist und sich nur bedingt eigene Bedürfnisse zugesteht. Weiterhin wurde ihm bewusst, dass das Ausbleiben einer erwünschten Anerkennung und Wertschätzung seiner Bemühungen zu Abgelehnt- und Abgewertet-Fühlen führte, was jeweils „alte“, biografisch bedingte Erfahrungen und Gefühle reaktivierte und zu Grübeln, Rückzug und erneutem Spielen führte.

Aus diesen Erkenntnissen ergab sich ein komplexes Behandlungsprogramm, welches gemeinsam mit dem Pat. besprochen und vereinbart wurde. Neben spieler-spezifischen Maßnahmen zur Festigung der Abstinenzmotivation und Förderung einer freiwilligen Abstinenzentscheidung betrafen die Behandlungsinhalte die Steigerung von sozialen Kompetenzen zur Verbesserung sozialer Interaktionen und einer aktiveren Problem- und Konfliktbewältigung. Weiterhin sollte ein Schwerpunkt auf die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertempfindens gelegt werden. Zur Überwindung der depressiven Verstimmungen wurden eine Reduktion depressionsfördernder Verhaltensweisen wie Grübeln und Rückzugsverhalten bei gleichzeitigem Ausbau positiver Freizeitaktivitäten und Förderung der Genussfähigkeit vereinbart.

Therapieziel 3: Förderung der Abstinenzmotivation und Erlangung einer nachhaltigen Spielabstinenz

Abstinenzentscheidung als Voraussetzung

Zur Überwindung der Glücksspielsucht ist das Treffen einer freiwilligen Abstinenzentscheidung unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Ein kontrolliertes Spielen als Therapieziel mit dem Patienten zu vereinbaren, erscheint allenfalls als möglicher Zwischenschritt hin zur vollständigen Abstinenz, da jedes Spiel um Geld die Gefahr eines dauerhaften Rückfalls bedeutet. Bei einem fortgeschrittenen Suchtverhalten ist die Fähigkeit zur Verhaltenskontrolle, die es für ein kontrolliertes Spielverhalten bräuchte, nicht mehr vorhanden. Zudem sind irrationale Kontrollüberzeugungen und abergläubisches Denken („gamblers fallacy“) zu stark ausgeprägt und stellen ebenfalls ein erhöhtes Rückfallrisiko dar. Pathologische Spieler neigen beim Spiel im Vergleich zu professionellen Spielern oder Unterhaltungsspielern zu einem höheren Risikoverhalten und vernachlässigen rationale und vernünftige Spielregeln. In diesem Sinne sind pathologische Spieler aus dem Paradies kontrollierter Spielunterhaltung für immer vertrieben.

Ambivalenz und Behandlungsmotivation

Für den Aufbau und die Festigung einer dauerhaften Abstinenzmotivation sind wie bei anderen Suchterkrankungen auch auf Seiten des Behandlers häufig eine außergewöhnliche Ausdauer und Geduld von Nöten. Spieler begeben sich zwar häufig in die Behandlung mit dem scheinbar eindeutig geäußerten Ziel „ich will nicht mehr spielen!“, meinen jedoch etwas anderes, denn die meisten würden durchaus weiterspielen, wenn dies keine negativen Folgen mit sich brächte. Die eigentliche Behandlungsmotivation heißt also: „Ich möchte keine Schulden mehr machen.“ oder „Ich möchte keinen Streit mehr mit meiner Frau.“

Die Spieler befinden sich also in einer Entscheidungsambivalenz zwischen den „schönen Seiten“ des Spielens und den nicht mehr zu leugnenden Nachteilen. Sie wissen, dass es vernünftig wäre, mit dem Spielen aufzuhören, jedoch fehlt ihnen eine angemessene Alternative dazu und daher erleben sie das Aufgeben des Spielens als herben Verlust. Durch das jahrelange Spielen hat die Wahrnehmung anderer Gefühlsqualitäten brach gelegen und viele alternativen Freizeitaktivitäten erscheinen im Vergleich dazu langweilig. Für das Spielen gibt es für den Spieler keinen Ersatz und dem Behandler muss im

Rahmen dieser Behandlungsphase bewusst sein, dass ein einseitiges „schmackhaft machen“ der Vorteile eines abstinenten Lebens den Spieler nicht überzeugen wird. Ein Spieler spürt zunächst Abstinenzwünsche aus Sicht seines Suchtverhaltens („es wäre gut für die anderen, wenn ich nicht mehr spiele“), während der Behandler eine suchtherapeutische Motivation im Sinne eines individuellen Krankheitsmodell verfolgt („es wäre gut für dich, wenn du nicht mehr spielst“). Das heißt nicht, dass Spieler fremdmotiviert sind, sondern dass die Vorteile seines abstinenten Lebens erst mal andere spüren werden: die Frau, die Kinder, der Arbeitgeber, die Gläubiger etc.

Der Spieler selbst hingegen wird etwas Wichtiges verlieren: seinen Rückzugs- und Ruheort, seinen Kompetenzbereich, sein „Kick“-Erleben, seine Träume von einem sorgenfreien Leben etc. Stattdessen erwarten ihn viele Probleme, denen er sich bislang entzogen hatte: Schulden, Konflikte, Langeweile etc.

Daher stellt die Ambivalenzphase die wichtigste Behandlungsphase dar und muss gegebenenfalls mehrfach im Behandlungsverlauf aufgegriffen und vertieft werden. Es ist wichtig, die Ambivalenz, in der sich der Patient befindet, offen anzusprechen und die Bereitschaft, auf soviel „Wichtiges“ verzichten zu wollen, anzuerkennen und wertzuschätzen. Ziel ist es, dem Patienten Entscheidungsräume zu lassen und als Behandler nicht übermäßig viel mehr an Verantwortung zu übernehmen als der Spieler selbst, auch wenn dieser durch Darstellung großer Not und Hilflosigkeit dazu auffordert.

Methoden: Motivierende Gesprächsführung und Konsequenzanalysen

Hilfreiche Anregungen für eine motivierende Gesprächsführung in der Ambivalenzphase finden sich bei Miller & Rollnick (2009). Sie beschreiben als Ziel die Steigerung bzw. Ausweitung von Motiven, die eine Veränderung befürworten, bei gleichzeitiger Verringerung von Motiven, die eine Beibehaltung des alten Verhaltens bewirken. In der nachfolgenden Grafik verdeutlicht die Waagenmetapher das Ziel dieser Behandlungsphase, den Beibehaltungsnutzen sowie die Veränderungskosten zu verringern bei gleichzeitiger Steigerung der Beibehaltungskosten und des Veränderungsnutzens. Durch motivierende Gesprächsführung werden die Ambivalenzen offenbart und kognitive Dissonanzen erzeugt.

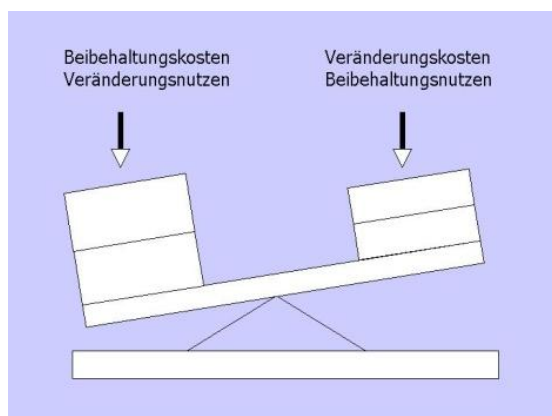


Abbildung 3: Waagenmetapher

Eine weitere Methode zur Beschreibung und Bearbeitung der Ambivalenz stellen Konsequenzanalysen dar. Dazu werden mit dem Spieler zwei Fragen thematisiert und ausgearbeitet:

- Wie wird mein Leben verlaufen, wenn ich weiter spiele?
- Wie wird mein Leben verlaufen, wenn ich nicht mehr spiele?

Es können dazu unterschiedliche Vorgehensweisen angewandt werden. Im stationären Setting bietet es sich an, im Rahmen der Gestaltungstherapie diese Fragen in Form von Bildern oder Collagen erarbeiten zu lassen und in der Gruppe zu besprechen. Andernfalls lässt es sich auch am Flipchart oder als Vier-Felder-Tafel in Anlehnung an Marlatt (1985) zusammen tragen:

	Kurzfristig	Langfristig
Vorteile der Abstinenz		
Nachteile der Abstinenz		

Abbildung 4: Vierfelder-Schema

Es soll eine Kosten-Nutzen-Analyse aufgestellt werden, die eine realistische Einschätzung der Abstinenz verdeutlicht und die „Opfer“ aufzeigt, die dabei erbracht werden müssen.

Spieler formulieren die negativen Konsequenzen des Weiterspielens oftmals sehr realistisch, wobei sie den „positiven“ Aspekt der kurzfristigen Problemverdrängung häufig vergessen. Hierauf sollten sie unbedingt hingewiesen werden: das Spielen wird immer eine verlässliche „Hilfe“ in der kurzfristigen Problemvermeidung sein. Langfristige negative Konsequenzen können weitere Verschuldung, Konflikte, Delinquenz, Inhaftierung, Verlust von Familie, Freunden, Arbeitsplatz und Besitz, Hunger, Verwahrlosung, steigende Depressivität durch Versagensgefühle und Hoffnungslosigkeit mit resultierender steigender Suizidgefährdung sein.

Weitaus unrealistischer bewerten Spieler ihr Leben, das sie führen werden, wenn sie nicht mehr spielen. Die Spieler träumen nicht selten von einem idyllischen Leben mit ihrem schicken Auto, dem tollen Haus, der hübschen Ehefrau, den glücklichen Kindern und den Fernreisen in exotische Länder. Selten werden der Schuldenabbau, die Jobsuche, das Kitten der Ehe, der Vertrauensaufbau zu den Eltern, Geschwistern und Freunden oder die Überwindung der Sucht erwähnt.

Das „glückliche Leben“, das sich vielleicht jeder ein Stückchen wünscht, gibt es in dieser Reinform nur äußerst selten und bedeutet zudem oftmals hartes und ausdauerndes Bemühen. Mit dieser „Lebensweisheit“ sind Spieler hart konfrontiert und es stellt die vielleicht noch brüchige Abstinenzmotivation erheblich in Frage. Spieler vermeiden die Auseinandersetzung mit dem realen Alltag, daher ist es wichtig, eine Auseinandersetzung mit der Realität zu bewirken, eine emotionale Dichte und Betroffenheit herzustellen und darauf vorzubereiten, dass der abstinente Weg arbeitsreich und steinig wird. Neben dieser sehr realistischen Zielformulierung lässt sich aber gleichzeitig zeigen, was für ein Erfolg jeder abstinente Tag bedeutet.

Um die Ambivalenzphase abzuschließen, kann die Übung „Abschiedsbrief an das Symptom“ unterstützend wirken. Der Spieler wird aufgefordert, einen Abschiedsbrief an den Automaten, Roulettekessel oder anderes bevorzugtes Spielmedium zu schreiben. Dabei soll er diesen Brief in persönlicher Weise, wie an einen Freund, verfassen, z.B. „Lieber Automat, du hast mich lange Jahre



begleitet. Hast mir Rückhalt und Trost gegeben. Zumindest glaubte ich das lange Zeit. Heute weiß ich, dass Du kein wahrer Freund bist...“. Diese Übung ist abhängig vom Reflektionsgrad und den orthografischen Fähigkeiten des Patienten, bietet dem Behandler aber einen weiteren diagnostischen Einblick in die Denkweise und Abstinenzmotivation des Patienten. Der Spieler darf seinen „alten Weggefährten“ durchaus noch idealisieren, aber er sollte sich eindeutig von ihm distanzieren und sich von ihm „für immer verabschieden“.

Nach erfolgreicher Steigerung der Abstinenzmotivation erfolgt die Behandlung der Glücksspielspezifischen Bereiche. Die nachfolgend dargestellten Behandlungsbausteine zur Erlangung einer nachhaltigen Spielabstinenz orientieren sich weitestgehend an den Behandlungsansätzen, wie sie bei Petry (2003) oder Meyer & Bachmann (2005) beschrieben sind. Ergänzt werden sie durch meine langjährige praktische Tätigkeit sowie gesammeltem Fortbildungswissen.

Therapieziel 3a: Förderung der Impulskontrolle

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gehört die Glücksspielsucht in der diagnostischen Einordnung der gängigen Klassifikationssysteme DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) sowie ICD-10 (WHO, 2009) noch zu der Restkategorie der Impulskontrollstörungen und ist somit getrennt aufgeführt von den substanzbezogenen Süchten (F1) und den nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55). Aktuell wird mit der Herausgabe der nächsten Auflage des DSM eine Neueinteilung diskutiert, in der die Glücksspielsucht den Suchterkrankungen („addiction and related disorders“) zugeordnet werden soll.

Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung stellt die Förderung der Impulskontrolle einen wesentlichen Bestandteil in der Behandlung von Glücksspielsüchtigen dar. Viele Spieler sind in ihrem Wesen oftmals impulsiv: sie handeln plötzlich, unbeherrscht, aufbrausend oder ungeduldig. Befindlichkeiten oder Bedürfnisse werden sofort mitgeteilt und müssen unmittelbar befriedigt werden. Die Möglichkeit zum Aufschub scheint nicht zu existieren. Vielen Spielern fehlt die Fähigkeit für langfristige Zielsetzungen oder Planungen, weshalb ihre Problemlösungen häufig ein noch größeres Chaos zur Folge haben. Eine ausgeprägte Impulsivität und geringe Impulskontrolle zeigen sich auf allen Funktionsebenen: im Verhalten, in kognitiven Prozessen und bei der Regulation von Emotionen. Forschungsergebnisse sprechen dafür, dass eine mangelnde Impulskontrolle eine gewisse Prädisposition für die Entwicklung eines pathologischen Glücksspielverhaltens darstellt (vgl. Buchner et al. 2010).

Was ist ein Impuls?

Mit dieser Frage lässt sich das Thema in den Spielergruppen und Einzelsitzungen einleiten. Zur besseren Veranschaulichung kann man einem Gruppenteilnehmer die Hand entgegenstrecken und „Guten Tag“ sagen. In den überwiegenden Fällen wird die ausgestreckte Hand ergriffen und die angesprochene Person erwidert den Gruß.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass ein Impuls durch einen willkürlichen Auslöser zu der Ausführung eines erlernten Verhaltens führt, das durch viel Übung automatisiert wurde. Das Beispiel „die Hand zum Gruß reichen“ würde z.B. in weiten Teilen Asiens nicht funktionieren, da dort andere Begrüßungsrituale geübt und automatisiert sind. Damit unterscheidet sich ein Impuls von einem Reflex, der angeboren und damit nicht willentlich veränderbar ist.

Ein Impuls löst also eine hochautomatisierte Handlung aus, die nicht mehr reflektiert wird (z.B. beim Autofahren: vor dem Abbiegen den Blinker setzen und in einen niedrigeren Gang schalten). Viele Spieler berichten (in Abwandlungen), ihr Auto habe den Weg zur Spielhalle „ganz allein“ zurückgelegt und plötzlich seien sie in der Spielhalle gewesen. Mögliche auslösende Impulse werden nicht mehr

wahrgenommen. Der „Vorteil“ eines Impulses ist, dass man ihn sich bewusst machen und unterbinden kann.

Impulskontrolle ist also die Fähigkeit, eigenen unerwünschten Impulsen vorzubeugen, diese zu unterdrücken oder flexibel auf sie reagieren zu können. Eine adäquate Impulskontrolle bildet die wesentliche Grundlage für soziale Interaktionen im Sinne einer Handlungsregulation. Hierzu müssen die „Einzelteile“ des impulsiven Ablaufs wieder wahrgenommen und in eine zeitliche Dimension gebracht werden. Selten geschieht es nämlich, dass ein Spieler innerhalb einer Sekunde in seiner Spielhalle steht. Sondern es hat einen gewissen „Zeitvorlauf“, bis das Spiel beginnt, z.B. Jacke anziehen, Geld holen, drei Kreuzungen überqueren, an der roten Ampel warten, Parkplatz suchen etc.

Folgendes Flipchart wurde in einer Spielergruppe erarbeitet und bildet diesen Behandlungsabschnitt mit der Darstellung einzelner Ablaufschritte und dem Aufzeigen einer zeitlichen Dimension ab:

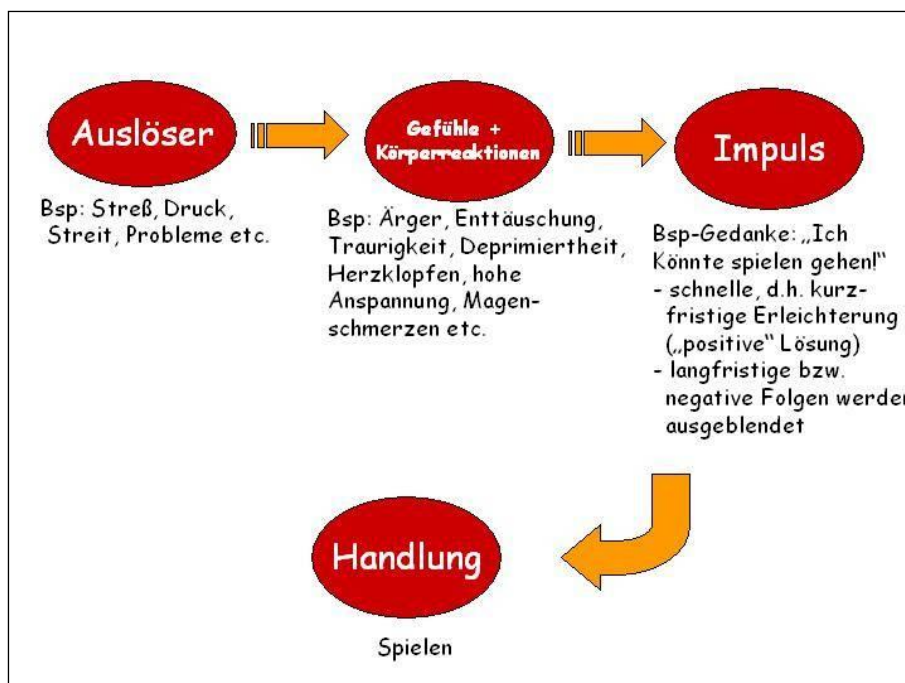


Abbildung 5: Flipchart Spielimpuls

Ein Spielimpuls wird ausgelöst durch situative Reize oder Stimuli, wie z.B. Konflikte, Streit, Langeweile, Überforderung, Frustration, Gedanken an einen möglichen Geldgewinn oder durch zur Verfügung stehendes Bargeld. Im nächsten Schritt werden dann Strategien erarbeitet, die als „Auslösekontrolltechniken“ einen funktionalen Umgang mit den impulsauslösenden Stimuli bieten.

Verhaltensbeobachtung und Verhaltenskontrolle

Durch eine sehr genaue Verhaltensbeobachtung und Verhaltensbeschreibung, z.B. mit Hilfe des SORK-Schemas, lassen sich die zeitlichen und funktionalen Abläufe und Beziehungen zwischen vorausgehenden Stimuli und dem nachfolgenden Verhalten erkennen. Dies ist anfänglich ein mühsames Unterfangen, da die Abläufe so stark automatisiert sind, dass sie erst wieder bewusst wahrgenommen werden müssen. Im Anschluss werden Stimuli und Reize, die das unerwünschte Verhalten fördern, sukzessive reduziert bzw. durch adäquate Verhaltensweisen ersetzt. Zum Beispiel kann eine verbesserte Problem- und Konfliktlösekompetenz Stress und Ärger minimieren: In einer Ärgersituation werden alternative Verhaltensweisen wie Ausatmen, sich eine Auszeit nehmen oder „innerlich bis 10“-



Zählen eingeübt. Weitere Methoden zur Impulskontrolle sind: im Casino sperren lassen, die EC-Karte abgeben, Geldabhebung nur am Schalter vereinbaren, den Dispo-Kredit sperren lassen, nur geringe Mengen Bargeld bei sich führen oder den Weg an der Stammspielhalle vorbei vermeiden.

Wenn das neue Verhalten ausprobiert wurde, sollte unabhängig von seinem Ausgang eine positive Verstärkung erfolgen, z.B. in Form von Lob, Ermutigung und Aufzeigen der neuen Konsequenzen. Prinzipiell sollten Spieler für jede Verhaltensänderung unmittelbar positiv verstärkt werden, um sie in ihrer Veränderungsmotivation zu festigen. Positive Verhaltensänderungen, die „unbeachtet“ bleiben, werden nur selten ein zweites Mal ausgeführt. Aufgrund der hohen Impulsivität und mangelnden Frustrationstoleranz führen „unbeachtete“ Verhaltensänderungen bei Glücksspielern sehr schnell zu einem resignierten Resümee mit resultierendem Behandlungsabbruch.

Kontrolle der Bedürfnisbefriedigung

Spieler müssen lernen, dass sie ihre spontan auftretenden inneren Impulse nicht unmittelbar und sofort befriedigen, sondern die Fähigkeit erlernen müssen, diese Impulse zu kontrollieren und die eigene Bedürfnisbefriedigung aufzuschieben. Daher kann es auch wichtig sein, andere impulsive Verhaltensweisen und Ausbrüche im Alltagsverhalten zu explorieren. Zum Beispiel kann impulsives Autofahren oder impulsives Beziehungsverhalten (z.B. ungeduldig werden, Schreien, Schlagen etc.) thematisiert und in Beziehung zum Glücksspielverhalten gesetzt werden: Was steckt dahinter? Geht es hier möglicherweise um ein vergleichbares „Kick“-Erleben?

Geduldspiele

Eine Erhöhung der Impulskontrolle kann auch durch langfristige und schwierige Projekte erreicht werden, z.B. ein 1000-teiliges Puzzle oder eine diffizile handwerkliche Arbeit. In der stationären Behandlung bietet es sich z.B. an, die Spieler im Rahmen der Gestaltungstherapie einen Speckstein zu einer sogenannten „doppelt gebuchteten Bohne“ ausarbeiten zu lassen. Dies erfordert Ausdauer und Geschick, wenn der Stein nicht in der Mitte auseinander brechen soll. Zudem ist dieses weitestgehend sinnfreie Unterfangen eine gute Übung für die Entwicklung einer höheren Frustrationstoleranz. Bei solchen Aufgaben ist es jedoch wichtig, den Spielern das Ziel der Übung ausführlich zu erklären, um nicht das Gefühl einer Bestrafung zu erwecken. Das Ergebnis stellt jedoch einen symbolischen und anfassbaren Teilerfolg der Abstinenz dar, der wiederum verstärkend eingesetzt werden kann.

Positive Selbstinstruktionen

Weiterhin können positive Selbstinstruktionen hilfreich sein. Auch unsere Gedanken sind in der Regel hoch automatisiert, funktionieren wie innere Antreiber und sind handlungsleitend. Negative Selbstinstruktionen wie z.B. „ich bin ein Versager – mir wird nie etwas gelingen“ müssen identifiziert werden, da sie das Verhalten beeinflussen und so einen ungünstigen Verlauf und Ausgang einer Situation vorweg nehmen können. Im Anschluss werden sie durch positive Sätze ersetzt, z.B. „Ich habe schon einiges geschafft, das wird mir jetzt auch gelingen“. Beruhigende Sätze wie „ruhig bleiben – ich schaffe das schon“ und „lass dir Zeit“ können ebenso wie Ausatmen oder das „Innerlich-bis-10-zählen“ wichtige Zeitfenster schaffen, in denen automatisierte Handlungen überdacht und verändert werden können.

Dabei ist es wichtig zu lernen, entsprechende rückfallbedingende Stimuli und Impulse so frühzeitig wie möglich wahrzunehmen, um sofort mit den entsprechenden Auslösekontrolltechniken gegensteuern zu können. Ein frühes „STOP“ zum Spielen fällt leichter als ein spätes. In einem frühen Gefühlsstadium lassen sich leichter alternative Problemlösestrategien generieren als zu einem Zeitpunkt, an dem das „Fass kurz vor dem Überlaufen“ ist. In jedem Fall aber stellt das Nicht-Spielen eine Konfrontation mit diesen unangenehmen Gefühlen und Körperempfindungen dar: Das Spielen hat dies bislang immer überdeckt oder vergessen lassen. Nun müssen diese „negativen“ Gefühle ausgehalten werden.

Die Spieler sollten am Ende dieser Lerneinheit verstanden haben, dass der Erfolg eines Verhaltens sich oftmals erst später und manchmal nur indirekt einstellt (z.B. „ich gebe meinem Impuls, meine Partnerin für einen Fehler anzuschreiben nicht nach, dafür wird unsere Partnerschaft mit der Zeit harmonischer“).

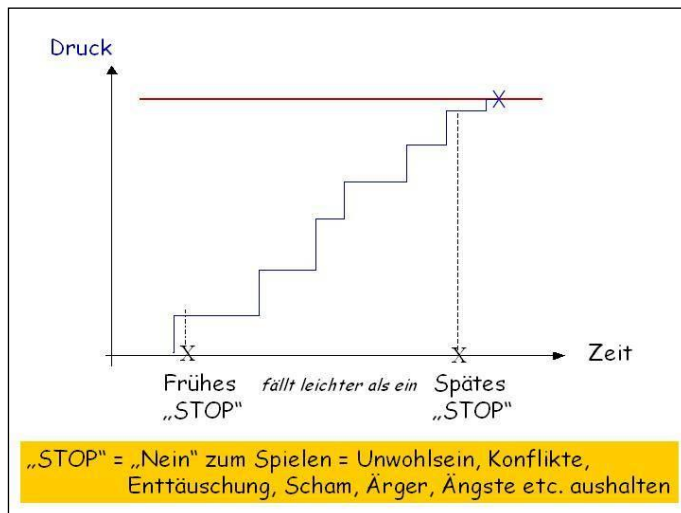


Abbildung 6: Flipchart Spiel-STOP

Nicht zuletzt wird die Impulskontrolle gefördert durch das Erlernen von Entspannungstechniken, wie zum Beispiel die Progressive Muskelentspannung (PME) nach Jacobson oder dem Autogenen Training. Viele Spieler haben eine nur geringe Selbstwahrnehmung im Hinblick auf Anspannungs- und Entspannungszustände und verfügen über nur eingeschränkte Ideen und Möglichkeiten für eine positive Regeneration und Entspannung. Sie profitieren besonders von einer verbesserten Entspannungsfähigkeit.

Therapieziel 3b: Bearbeitung irrationaler spieler spezifischer Kognitionen

„Gamblers fallacys“ heißen in der Fachsprache die spieler spezifischen Kontrollillusionen, die den Spieler fälschlicherweise zu einem risikoreichen Spielverhalten verführen. Typische Gedanken sind z.B. „Ich habe es im Gefühl: heute wird mein Glückstag“, „Ich habe ein sicheres System, beim Roulette zu gewinnen“ oder „Wenn ich den großen Gewinn lande, sind alle meine Sorgen gelöst“. Typische Gedanken dieser Art betreffen das Vorhersagen und die Beeinflussbarkeit des Spielausgangs, die Kontrollierbarkeit der Gewinnwahrscheinlichkeiten oder das Erstellen von scheinbar verlässlichen Gewinnssystemen, was durch die Glücksspielbetreiber oftmals z.B. in Form der Permanenzdarbietung am Roulettetisch unterstützt wird. Die Spieler sind überzeugt von diesen irrationalen Kontrollillusionen, die ihnen eine positive Einflussmöglichkeit auf den Spielausgang versprechen. Diese Kontrollillusionen entsprechen einem „abergläubischen Denken“, wie es bei intermittierenden Verstärkerbedingungen häufig zu beobachten ist: Da es keine Verlässlichkeit gibt in Bezug auf die Gewinne, werden scheinbar logische Erklärungen konstruiert, um ein Gefühl von Kontrolle und Einflussnahme zu erlangen.

Weitere irrationale Überzeugungen betreffen oftmals den Umgang mit Geld als allumfassende Problemlösung oder aber auch den Umgang mit der monetären und moralischen Schuld, die sie zu tragen haben. In der Behandlung müssen solche „Denkfehler“ unbedingt angesprochen und bearbeitet werden.



Für die Exploration dieser irrationalen Überzeugungen stehen verschiedenste Wege zur Verfügung. Zum einen zeigen sich die „Denkfehler“ bereits bei der Bearbeitung des SORK-Schemas und können hier gezielt erfragt und analysiert werden. Es gibt weiterhin die Möglichkeit, gezielte Gedankenprotokolle oder Tagebücher schreiben zu lassen. In Gruppensitzungen oder Rollenspielen können kontrovers geführte Diskussionen über ein Thema zugrundeliegende irrationale Gedanken zu Tage fördern.

Zur Bearbeitung der irrationalen Überzeugungen haben sich in der Verhaltenstherapie mittlerweile einige kognitive Methoden etabliert, wobei die meisten im Rahmen der Depressionsbewältigung entwickelt wurden.

Eine davon ist die kognitive Therapie nach Beck et al. (2001). Die Grundannahme dieses Ansatzes ist, dass Personen mit psychischen Störungen aufgrund einer „fehlerhaften“ Informationsverarbeitung bzw. aufgrund „logischer Denkfehler“ an ihren negativen oder ungünstigen Grundannahmen und Einstellungen festhalten, obwohl diese objektiv nicht haltbar sind. Diese „Denkfehler“ stabilisieren die unangemessenen Grundannahmen und tragen somit zur Aufrechterhaltung der psychischen Störung bei. Beck et al. formuliert folgende sechs logische Denkfehler:

- 1 Willkürliche Schlussfolgerungen
Es werden Schlussfolgerungen gezogen, ohne dass hinreichende Beweise oder Belege vorliegen (z.B.: „Ich habe einmal den Jackpot mit meinem System geknackt, ich kann es immer wieder tun.“)
- 2 Selektive Verallgemeinerung
Der Patient konzentriert sich auf einen Ausschnitt oder Detail einer Situation, wobei er wesentliche Aspekte der Situation ignoriert und letztlich die Situation einseitig auf der Basis des akzentuierten Situationsausschnittes interpretiert (z.B. „dass ich schon wieder rückfällig geworden bin, zeigt, dass ich es nie schaffen werde“)
- 3 Übergeneralisierung
Aus einigen wenigen Erfahrungen werden allgemeine Regeln abgeleitet und auf viele andere Situationen übertragen (z.B. „ich bringe allen anderen nur Unglück“)
- 4 Maximierung und Minimierung
Die Bedeutung von Ereignissen oder Erlebnissen wird in einer für das Selbstwertempfinden abträglichen Weise verzerrt eingeschätzt. So kann z.B. ein Patient, der im Rahmen einer routinemäßigen betrieblichen Fortbildung eine Frage nicht beantworten konnte, dieses Ereignis stark negativ überbewerten (Maximierung) und sehr gute Leistungen in ihrer Bedeutung herab spielen, so dass sie ihm kein Erfolgserlebnis mehr ermöglichen (Minimierung). Spieler maximieren in der Regel ihre positiven Spielerfahrungen oder unbedeutende „Nebenbaustellen“ und minimieren die Spielverluste bzw. negativen Folgen.
- 5 Personalisierung
Ereignisse werden fälschlicherweise mit der eigenen Person in Verbindung gebracht und als Bestrafung für eine unmoralische Tat gewertet, wobei es für diese übermäßige Verantwortungsübernahme keine Grundlage gibt. (z.B. „dass meine Frau ihren Job verloren hat, ist meine Schuld, weil ich ihr soviel Kummer bereite“)
- 6 Dichotomes Denken
Der Patient zieht extreme Bewertungskategorien für seine Erfahrungen heran, so dass eine „Schwarz-Weiß“- oder „Hopp-oder-Topp“-Situation entsteht: eine Leistung ist entweder perfekt oder mangelhaft oder ein Vorschlag entweder genial oder trivial. Hier liegen maßlos überhöhte Standards zugrunde, wobei für die Bewertung der eigenen Erfahrungen des Patienten die negativen Bewertungskategorien bevorzugt werden (z.B. „dass es mir bislang nicht gelungen ist, finanziell ausgesorgt zu haben, zeigt, dass ich ein Looser bin“).



In der Behandlung werden irrationale Gedanken zunächst exploriert sowie deren Einfluss auf Stimmung und Verhalten bewusst gemacht. Durch Relativierung, Realitätsprüfungen und Hinterfragen von Kausalitäten, zum Beispiel mit Hilfe sokratischer Gesprächsführungstechniken (Stavemann, 2007), werden die irrationalen Annahmen hinterfragt und realistischere und hilfreichere Grundannahmen entwickelt. Im sokratischen Dialog werden gezielte Fragen gestellt, die dem Patienten ein „geleitetes Entdecken“ neuer, hilfreicherer und realistischerer Interpretationen und Grundüberzeugungen ermöglichen.

Dies gestaltet sich in der Behandlung mit Spielern häufig zäh und anstrengend, da die Kontrollillusionen sehr stark verhaftet sind und nicht immer auf den ersten Blick erkennbar sind. Hilfreich können angeregt geführte Diskussionen in Spielergruppen sein, in denen das Hinterfragen der Grundannahmen nicht allein vom Behandler ausgehen muss, sondern von den Spielern untereinander erfolgen kann. Die Schwierigkeit an dieser Stelle ergibt sich für den Behandler darin, sich nicht in das „unlogische“ Gedanken- und Interpretationsnetz des Spielers ziehen zu lassen. Viele Spieler können hervorragend argumentieren und überzeugen. Sie verfügen hier über eine hohe „Teilleistungs-Kompetenz“, die sie gezielt einzusetzen wissen: Auf diese Weise gaben schon so manche Bankangestellte wider jede Vernunft einen weiteren Kredit. Ein regelmäßiger Austausch unter Kollegen oder fachspezifische Supervisionen können dem Behandler helfen, die nötige Distanz beizubehalten.

Therapieziel 3c: Verbesserung des Geldmanagements

Die Thematisierung von Geld, Geldformen und Umgang mit Geld stellt in der Behandlung von pathologischen Glücksspielern die zentralste Aufgabe dar. Dies beginnt schon im Rahmen der Befunderhebung, wenn der Behandler die Höhe der Verschuldung erfragt.

Spieler haben in der Regel keinen funktionalen Umgang mit Geld, da sie ihn entweder in der Kindheit nicht erlernt oder durch das jahrelange Glücksspielen verloren haben. Das bedeutet, dass grundlegende Umgangsformen oftmals unbekannt sind, wie z.B.: das Benutzen eines Geldbeutels, Geldeinteilung über einen gewissen Zeitraum, Führen von Haushaltsplänen, Möglichkeiten des Sparens oder langfristige Geldanlagen. Frühere Sparrücklagen sind in der Regel aufgebraucht, gekündigt und für das Spielen eingesetzt worden. Viele Spieler haben zudem den Überblick über ihre aktuelle finanzielle Situation verloren: Kontoauszüge werden nicht mehr abgeholt, Briefe nicht mehr geöffnet, Rechnungen versteckt oder weggeworfen und monatliche Einnahmen und Ausgaben sind unbekannt. Es fehlt oftmals ein vollständiger Überblick über die Gläubiger oder „heimliche Geldquellen“, was vor allem dann erschwert wird, wenn zum Beispiel durch handwerkliche „Schwarzarbeiten“ oder Trinkgelder im Gastronomiebereich zusätzliche Bargeldeinnahmen bestehen. „Geldquellen“ aus dem privaten Bereich werden oftmals gänzlich übersehen oder als „normal“, und damit nicht wesentlich gewertet: Geldgeschenke oder Leihgaben von Verwandten, der verpfändete Schmuck oder die Sparbücher der Kinder, von denen diese „eh nichts wussten“.

Geld als Suchtmittel

Die Grundidee des Geldes als „Tauschmittel“ ist oftmals verloren gegangen: Telefon, Strom oder Miete werden nur unregelmäßig oder gar nicht bezahlt. Jegliches zur Verfügung stehende Geld wird in den Augen der Spieler zum „Spielgeld“ und dient allein zur Verlängerung und Ausweitung der Spielzeiten. Daher sind Spieler nicht selten ausgesprochen geizig und sparen an alltäglichen Dingen, wie z.B. Kleidung oder ausgewogener Nahrung. Obwohl Spieler meist hoch verschuldet sind und deshalb über kein zur Verfügung stehendes Bargeld verfügen, spielt das Geld eine immense Rolle: Geld bzw. die Aussicht auf einen hohen Geldgewinn ist wesentliches Mittel zur Selbstwertstabilisierung und damit das Suchtmittel.



Aufbau eines funktionalen Geldmanagements

Daher kommt dem Behandler eine umfassende Aufgabe zu, wenn es um den Aufbau eines funktionalen Geldmanagements geht. Neben der Wiedererlangung eines Geldwertempfindens und funktionalen Umgangsformen ist die Notwendigkeit von Schuldenregulierung und Haushaltsplanung zu vermitteln. Auch die individuelle Bedeutung von Geld für das Selbstwertempfinden sowie eine sukzessive Distanzierung davon sind notwendig. Zu Beginn kann das Thema eingeführt werden durch leichte Einstiegsübungen, wie z.B. das Sammeln von Geldbezeichnungen (z.B. Zaster, Moneten, Kies etc.) oder das Ausformulieren von Reichtumsphantasien (z.B. „was würden Sie tun, wenn Sie 1 Million Euro gewinnen würden?“).

Danach erfolgt eine Überleitung zu Umgangsformen mit Geld: Wie viel Geld tragen Sie normalerweise bei sich? Welche Umgangsformen kennen Sie? Welche Bedeutung haben die einzelnen Geldformen? Hierzu ist folgende Übung hilfreich: auf einem Arbeitsblatt sind zehn verschiedene Geldformen aufgelistet, z.B. Bargeld, Schecks, Scheine, Zinsen, Rechnungen, Sparbuch, Fonds, Immobilie etc. Diese Geld- bzw. Zahlungsformen sollen von dem Patienten in eine Rangfolge gebracht werden, entsprechend der persönlichen Präferenz: -5 für die unattraktivste Geldform, -4 für die zweit-unattraktivste, ebenso für die Bewertungen -3, -2, -1. Die attraktivste Geldform, also die mit der höchsten persönlichen Präferenz, erhält die +5, gefolgt von den Rangfolgen +4, +3, +2, +1. Die 0 als Bewertung gibt es nicht. Jede Bewertungszahl darf nur einmal vergeben werden. Interessant ist diese Übung als Gruppenübung, in der die persönlichen Präferenzen zusammengetragen und gemittelt werden. Anschließend kann diskutiert werden, was an Besonderheiten auffällt.

Ziel der Übung ist es, Geldformen kennen zu lernen und sachliche Information darüber zu erhalten. Darüber hinaus soll über die persönliche Präferenz aufgezeigt werden, welche Geldformen vernachlässigt oder dysfunktional gehandhabt werden. In Spielergruppen haben klassischerweise jede Form von „flüssigem“ Geld, also Münzen, Scheine und Barschecks hohe Präferenzen, wobei Münzen in der Regel auf Platz 1 bewertet werden. „Geld als Spielgeld“ und „Flüssig statt Schulden“ sind zentrale Spielerthemen und können ableitend von dieser Übung diskutiert und hinterfragt werden.

Eine weitere diskussionswürdige Frage ist, wie sich die Bedeutung und der Umgang mit Geld im Verlauf der Spielsucht verändert haben. Dabei können dem Patienten Informationen zu dem Phasenverlauf nach Custer & Milt (siehe Petry, 2003, Seite 66f) vermittelt werden: Gewinnphase, Verlustphase mit „Aufholjagd“ sowie Verzweiflungsphase.

Die Entwertung von Geld erfolgt durch das Eintauschen in kleinen Münzen oder Jetons, die zum „Spielgeld“ werden. Bunte Plastikchips oder eine Handvoll Münzen spiegeln nicht den gleichen Wert wieder wie zum Beispiel ein 50-Euro-Schein. Auf diese Weise verlieren Spieler sukzessive den Bezug zum Geldwert.

Zur Wiedererlangung eines realistischeren Geldwertempfindens bietet sich folgende Übung an (die Zahlen zur Spieldauer und Höhe des Einsatzes sind mittlerweile veraltet, lassen sich aber gut rechnen, ggf. können sie natürlich aktualisiert werden):

Ein Spiel an einem Automaten dauert 12 Sekunden und kostet 20 Cent. Wie hoch ist der Geldeinsatz, wenn ich eine Stunde an einem Automaten spiele? Wie hoch ist er, wenn ich vier Stunden lang an vier Automaten spiele?

Vier Stunden an vier Automaten ist als Beispiel nicht unbedingt realistisch für einzelne Patienten – die Zahlen können alle entsprechend individuell angepasst werden. Dennoch reicht das Rechenbeispiel völlig aus, um ins Staunen zu kommen: Bei einem normalen Spielverlauf, d.h. ohne Gewinne, die eine Spielverlängerung bewirken, sind nach einer Stunde an einem Automaten 60 Euro verspielt, an vier Automaten nach vier Stunden entsprechend 960 Euro. Unter der Voraussetzung der verkürzten Spiellaufzeiten auf nunmehr 5 Sekunden pro Spiel ergibt sich eine noch höhere Verlustspanne.



Die Spieler sollen selbständig die Rechenaufgabe lösen, um einen ersten „Aha“-Effekt zu bekommen. Sie sollen zudem reflektieren, wie oft sie im Laufe eines Monats spielen gehen und wie viel Geld sie insgesamt verspielen. Die sich anschließende Aufgabe ist, auszurechnen, wie lange jeder einzelne arbeiten muss, um diese Geldsumme zu verdienen. Im dritten Schritt soll eine Sammlung von alltagsnahen Dingen zusammengetragen werden, was man stattdessen für diese Summe (z.B. die 960,- €) kaufen könnte: z.B. wie viel Mal könnte ich die Monatsmiete bezahlen? Wie viele Monate wäre die Telefonrechnung beglichen? Wie oft die Stromrechnung bezahlt? Wie oft könnte ich das Auto voll tanken? Wie viele Zigarettenschachteln, Butterstücke, Äpfel, Kinogänge, Schwimmbadbesuche mit den Kindern wären das? Und so weiter...

Wichtig ist es, darauf zu achten, dass es sich um alltagsnahe Dinge handelt, zu denen der Patient einen Bezug herstellen kann. Viele Spieler sind sehr entfernt von diesen alltäglichen Dingen, so dass es wiederum zielführend ist, sich wieder aktuelle Preise zu vergegenwärtigen.

Funktionales Geldmanagement als Abstinenzvoraussetzung

Ein normales Leben ohne Geld ist nicht möglich. Somit sind Spieler immer wieder mit ihrem Suchtmittel konfrontiert. Daher ist es im nächsten Schritt wichtig zu verdeutlichen, dass funktionale Geldmanagementstrategien unumgänglich für ein abstinentes Leben sind. Hier sollte ganz praktisch vorgegangen werden: Kann der Patient sein Geld selbst verwalten oder benötigt er dazu Hilfe? Wer könnte das sein? Häufig bietet sich die Ehefrau oder Partnerin an, was jedoch gut geprüft werden sollte, da die Partnerschaften ohnehin oft stark belastet sind. Viele Spieler erleben es als beschämend, die Ehefrau um „Taschengeld“ bitten zu müssen. Zudem kann sich dies wiederum nachteilig auf das geringe Selbstwertempfinden des Patienten auswirken. Alternativen könnten die Schuldnerberatung, eine soziale Betreuungseinrichtung oder Regelungen über die Bank sein, z.B. Geldkarte abgeben und nur am Schalter abheben, einen maximalen Abhebungsbetrag festlegen, den Dispokredit sperren, Daueraufträge und Einzugsermächtigungen für regelmäßige Zahlungen, genaue Planung von Einkäufen mit überschaubaren Bargeldbeträgen usw.

Weiterhin sollte der Patient motiviert werden, tägliche und monatliche Haushaltspläne zu führen, um wieder einen Überblick über die Ein- und Ausgaben zu bekommen. Vordrucke solcher Pläne finden sich bei Petry (2003).

Zentraler Punkt ist die Schuldenregulierung, die in Zusammenarbeit mit einer professionellen Schuldnerberatung erfolgen sollte. Bei dem Abbau der Schulden ist aus therapeutischer Sicht darauf zu achten, dass der Patient nicht in übertriebenen Ehrgeiz verfällt und die Schulden „so schnell wie möglich“ abbezahlt haben will. Nicht selten geraten Spieler in die nächste suchtähnliche Situation, indem sie für den Schuldenabbau nur noch arbeiten. Hierdurch ergibt sich eine vergleichbare Lebenssituation für den Patienten wie während der Sucht: Anstatt in der Spielhalle verbringt er nun alle Zeit mit Arbeiten, wobei zugrundeliegende Problembereiche weiter vermieden werden und ein Aufbau einer abstinenzförderlichen Lebensweise nicht erfolgen kann. Da viele Patienten keine Freunde oder Hobbies haben, erhält das Arbeiten eine wesentliche aufrechterhaltende Funktion.

Ein zweiter wesentlicher therapeutischer Gesichtspunkt bei der Schuldenregulierung ist die baldige Rückzahlung selbst kleinster Beträge an private Gläubiger. Wenn Geld von Verwandten oder Freunden geliehen oder gar entwendet wurde, dann ist die regelmäßige Rückzahlung von Geldbeträgen ein wichtiges Zeichen zur Wiedergutmachung und zum erneuten Vertrauensaufbau. Dabei ist es bedeutender, dass die Zahlungen verlässlich jede Woche oder jeden Monat erfolgen, als dass es sich dabei um große Summen handelt.

Letztlich sollte beim Schuldenabbau jedoch auch darauf geachtet werden, dass Geld zur „freien Verfügung“ übrig bleibt, mit dem der Patient positive Freizeitaktivitäten wahrnehmen kann. „Nur Sparen ist



auch keine Lösung“ und bedingt unter Umständen eine niedergeschlagene Stimmung, die erneut rückfallauslösend ein kann.

Therapieziel 3d: Rückfallprophylaxe

Die Bearbeitung des Themas „Rückfall“ ist, wie bei anderen (Sucht-)Erkrankungen auch, in der Spielerbehandlung oftmals ein sehr emotionales Thema, denn die meisten Spieler kommen in die Behandlung, weil sie nicht mehr rückfällig werden wollen. Zudem sind Rückfälle meist schambesetzt und mit starken Minderwertigkeitsgefühlen verbunden. Darüber hinaus zwingt das Thema Rückfall den Spieler erneut in eine Auseinandersetzung mit der Realität: die eigene Spielsucht ist ein automatisiertes Verhalten, was nur mühsam umgelernt werden kann.

Ein guter Einstieg in dieses Thema kann die paradoxe Frage sein: „Was müssen Sie tun, um nächste Woche/in zwei Wochen... wieder rückfällig zu sein?“

Dies führt nicht selten zu starken Protesten auf Seiten des Spielers: „Ich will doch gar nicht mehr rückfällig werden!“. Geht man davon aus, dass etwa ein Drittel aller Glücksspieler nach einem stationären Aufenthalt wieder rückfällig werden, ein weiteres Drittel es schafft die Rückfälle auf einzelne Vorfälle zu reduzieren und es etwa einem Drittel gelingt eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen wird deutlich, dass Rückfallprophylaxe ein wichtiger Behandlungsinhalt darstellt. Nimmt man diese Dreiteilung fiktiv in der Gruppentherapie vor, ergibt sich ein hoher therapeutischer Nutzen: Sehr schnell wird durch diese Übung deutlich, dass eben auch aktuelle Teilnehmer vermutlich betroffen sein werden, wenn sie sich diesem Thema nicht ausreichend stellen.

Diese paradoxe Frage ist einerseits eine gute Konfrontation mit einer realistischen Rückfallgefährdung, andererseits lassen sie die eigenen rückfallgefährdenden Verhaltensweisen offensichtlich werden. Es gilt eine persönliche Analyse von rückfallauslösenden Situationen oder Bedingungen zu erstellen und in einer Liste zu sammeln. Nach Marlatt & Gordon (1985) steht die Rückfallgefährdung in engem Zusammenhang mit kritischen Lebenssituationen, konkreten Risikosituationen und fehlenden Bewältigungsstrategien. Das höchste Rückfallrisiko geht in der Regel von belastenden Gefühlszuständen aus, wie z.B. Ängste, Enttäuschungen, Ärger, Frustration oder Einsamkeitsgefühle. Aber auch positive Gefühle wie Freude, Euphorie oder Zufriedenheit können Anlass sein, in die Spielhalle oder das Kasino zu gehen. Situative Vorkommnisse, wie Streit in der Familie, Konflikte am Arbeitsplatz, hohe Geldbeträge bei sich führen oder das Treffen von bekannten Personen aus dem Spielermilieu, stellen weitere Rückfallrisiken dar. Für die Rückfallprophylaxe sollten gemeinsam mit dem Spieler folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Welche Gefühls- oder Körperzustände sind besonders belastend für Sie und stellen eine Rückfallgefährdung dar?
2. Welche ungelösten Konflikte beschäftigen Sie im Moment und könnten rückfallauslösend sein?
3. Welche Situationen oder Personen könnten einen Rückfall bewirken?
4. Welche Gedanken könnten einen Rückfall wahrscheinlich werden lassen?

Vor allem die letzte Frage ist zentral, wenn der Spieler in seiner Abstinenzmotivation noch nicht ausreichend gefestigt ist oder das Ausmaß seiner Suchterkrankung unterschätzt. Viele Spieler interpretieren bereits eine kurze bewältigte Abstinenzzeit als ein „geheilt sein“ von der Sucht und unterschätzen dadurch die Gefahren eines Rückfalls. Gedanken wie „ich bin jetzt stark genug, um in der Spielhalle einfach mal einen Kaffee trinken zu können, ohne spielen zu müssen“, können einen ersten großen Schritt Richtung Rückfall darstellen. Auch Erinnerungen und positive Erwartungen an das Glücksspiel



können ein übermächtig werdendes Verlangen auslösen. Zur vertiefenden Exploration von Risikosituationen kann zudem das bereits mehrfach eingesetzte SORK-Schema helfen, das auch zur Nachbearbeitung erfolgter Rückfälle genutzt wird.

Frühwarnsystem und Notfallpläne

Dem Patienten soll plausibel werden, wie wichtig es ist, die eigenen persönlichen Rückfallrisiken gut zu kennen und ein „inneres Frühwarnsystem“ zu entwickeln. Ziel ist es, aufkommenden Spieldruck positiv, d.h., ohne rückfälliges Verhalten, mit Hilfe von „Reaktionskontrolltechniken“ zu bewältigen.

Daher wird im nächsten Schritt gemeinsam mit dem Patienten ein individueller Notfallplan erarbeitet, der möglichst konkret und anschaulich alternative Gegenmaßnahmen und Aktivitäten auflistet, die im Falle eines aufkommenden Spielverlangens ausgeführt werden können. Hierbei kann es sich um eine Liste mit positiven Ablenkungstätigkeiten, wie z.B. Sport, Telefonieren, Bad putzen, Bügeln usw. handeln. Oftmals wird es als hilfreich erlebt, in solchen Momenten „eingeweihte“ Personen anrufen oder treffen zu können, die über die kritische Situation hinweg helfen. Wichtig ist es, in solchen Momenten rückfallfördernde Gefahrenquellen zu minimieren, z.B. Bargeld abgeben, sich von Orten distanzieren oder Personen trennen, die einem Rückfall eher zuträglich sind etc.

Als hilfreich hat sich erwiesen, diesen Notfallplan als Arbeitszettel zu verfassen, der bestenfalls vielfältig in verschiedenen Situationen zur Verfügung steht, z.B. wenn er einmal am Kühlschrank hängt und zudem im Geldbeutel mit sich getragen wird. Alle relevanten Informationen sollten hierauf enthalten und so konkret und ausführlich wie möglich beschrieben sein, um im Falle eines steigenden Spieldrucks nicht danach suchen zu müssen, sondern realistisch und umsetzbar zur Verfügung zu stehen:

Was tue ich, wenn ich Spieldruck verspüre?

- Ansprechpartner (genaue Namen und Telefonnummern aufschreiben)
- Suchtberatungsstelle (Öffnungszeiten und Telefonnummer aufschreiben)
- Selbsthilfegruppe (einzelne Teilnehmer, die unterstützen können, mit Namen und Telefonnummer aufschreiben)
- Hobbies und Tätigkeiten, die jetzt hilfreich sind (genau auflisten)
- Was ich jetzt unbedingt vermeiden bzw. beachten sollte (frühere Gefahren genau auflisten)

Abbildung 7: Notfallplan

Die Liste muss individuell gestaltet sein und kann beständig abgeändert oder ergänzt werden, um dem Spieler als guter und verlässlicher Plan im Notfall zur Verfügung stehen.

Zur Vorbeugung von Rückfällen sind also zwei Vorgehensweisen relevant: die bereits oben beschriebenen „Auslösekontrolltechniken“ versuchen Situationen positiv zu bewältigen, so dass das Aufkommen eines Spielverlangens bestenfalls verhindert oder minimiert wird. Die „Reaktionskontrolltechniken“ bieten eine Unterstützung für den Fall, dass das Spielverlangen aufkommt. Beispiele für Auslösekontrolltechniken sind bereits unter Therapieziel 3a beschrieben, z.B. nur wenig Bargeld bei sich zu tragen, einen Umweg um die Stammspielhalle zu machen, sich im Casino sperren lassen, Stresssituationen minimieren durch ein funktionales Stressmanagement, regelmäßige positive Aktivitäten zur Regeneration etc.

Weitere Hilfsmittel für Reaktionskontrolltechniken können persönliche (selbstgebastelte) Notfallkärtchen in Scheckkartenformat sein, die im Geldbeutel mitgeführt werden. Darauf können „spiel-

abschreckende“ Informationen abgebildet sein, z.B. ein Foto von der Partnerin oder den Kindern oder zentrale Warnsätze wie „Beim Spielen gibt es nur einen Verlierer: MICH!“ oder „Nur wenn ich nicht spiele, kann ich gewinnen!“. Ein Plakat, z.B. ein großer „SPIELSTOP“ an der Wohnungstür oder eine Bildcollage mit den negativen Konsequenzen des Spielens können weitere symbolische Warnhinweise sein, die im Falle eines Spielverlangens einen „Ausstieg“ aus dem rückfälligen Verhalten ermöglichen helfen.

Umgang mit Rückfällen

Was tun Sie, wenn es zu einem Rückfall gekommen ist?

Diese Frage erschreckt wiederum viele Spieler in der Behandlung, selbst wenn das Thema Rückfall bereits intensiv besprochen wurde, und ruft erheblichen Widerstand hervor. Dennoch ist es wichtig, sich dieser Frage zu stellen, um Verantwortung zu übernehmen und vorbereitet zu sein. Das Ziel ist es hier, aus einem Rückfall einen „Vorfall“ werden zu lassen, d.h., Bedingungen zu schaffen, die diesen Rückfall zu einem einmaligen Ereignis machen und das erneute Abgleiten in den vollständigen Kontrollverlust verhindern.

Folgendes Flipchart aus einer Spielergruppensitzung verdeutlicht beispielhaft die Folgen einer Verheimlichung im Gegensatz zu einem offenen und hilfeschekenden Umgang mit dem Rückfall. Ein schnelles Outen ermöglicht eine gezielte Ursachenforschung sowie, gezielt Hilfe in Anspruch zu nehmen. Kognitive Fehlannahmen, wie z.B. „ein Rückfall – immer Rückfall“ können korrigiert werden. Letztlich bedeutet ein abstinentes Leben immer eine gewisse Rückfallgefährdung und es benötigt Erfahrung, um mit dieser Gefahr umgehen zu können.



Abbildung 8: Flipchart Rückfall

Daher werden abschließend auf dem oben aufgeführten Notfallplan auch die notwendigen Schritte aufgeführt, die ergriffen werden sollen, wenn es zum Rückfall gekommen ist. Auch hier ist es wichtig, die Handlungen so konkret und verlässlich umsetzbar wie möglich zu formulieren.



Therapieziel 4: Verbesserung von Stimmung und Antrieb

Zur Überwindung der depressiven Beschwerden sind zwei wesentliche Komponenten relevant: die Gedanken und das Verhalten. In dem oben dargestellten SORK-Schema haben sich negative Denkweisen sowie auf der Verhaltensebene Grübelneigung und Rückzugstendenzen bereits problematisch abgezeichnet. Daher setzen kognitiv-behaviorale Behandlungsmethoden genau an diesen beiden Stellen an: eine Veränderung der Denkweise sowie eine positive Aktivierung, z.B. Aufbau zufriedensstellender Sozialkontakte und Reaktivierung früherer Hobbies.

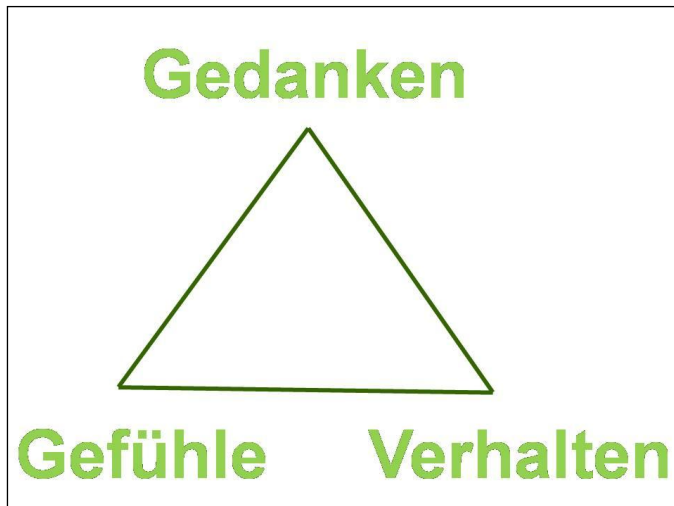


Abbildung 9: Zusammenhang Denken-Fühlen-Handeln

Diese Darstellung verdeutlicht den engen Zusammenhang zwischen Denken, Fühlen und Handeln. Der Patient soll verstehen lernen, dass sein Rückzugsverhalten sein Fühlen negativ beeinflusst, wodurch wiederum negative Gedanken entstehen, die wiederum zum Rückzug führen. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen.

Wie bereits erwähnt, haben sich mittlerweile zahlreiche kognitive Behandlungsmethoden etabliert. Die Grundannahmen der kognitiven Therapie nach Beck sind bereits unter Therapieziel 3c beschrieben worden. In der Behandlung wird dem Patienten vermittelt, dass aus seinen „Denkfehlern“ gemäß dem oben abgebildeten Modell bestimmte Gefühle resultieren, z.B. sich minderwertig oder wertlos zu fühlen, die wiederum sein Verhalten steuern. Mittels gezielter Gesprächsführungstechniken, wie z.B. der sokratische Dialog findet ein „geleitetes Entdecken“ adäquaterer Überzeugungen und Interpretationen statt. Positive bzw. hilfreiche Gedanken werden erarbeitet und an die Stelle der bisherigen negativen Gedanken gesetzt. Weiteres wesentliches Ziel ist eine Distanzierung von den handlungsleitenden Gedanken, um die bisherigen Verhaltensautomatismen sukzessive abzubauen.

Verlust positiver Verstärker

Hautzinger (2003), der am umfassendsten kognitiv-behaviorale Behandlungsmethoden zur Depressionsbewältigung ausgearbeitet hat, empfiehlt neben den kognitiven Methoden, wie sie bereits beschrieben sind, einen systematischen Aktivitätsaufbau als dringlichstes Behandlungsziel bei Depressionen. Durch das ausgeprägte Rückzugsverhalten innerhalb der depressiven Verstimmung erfährt der Betroffene nur unzureichende positive Erlebnisse, die die Stimmung positiv beeinflussen könnten. Gemäß der oben aufgeführten Dreiecks-Verbindung kommt der Betroffene fälschlicherweise zu dem gedanklichen Schluss, in seinem Leben sei „alles grau und langweilig“, was sich wiederum negativ auf seine Stimmung auswirken und ein aktiveres Freizeitverhalten erschweren wird. In der Verhaltensthe-



rapie spricht man von dem „Verstärker-Verlust-Modell“ bei der Aufrechterhaltung von depressiven Störungen: durch das Fehlen von positiven Verstärkern ergibt sich der aufgezeigte Teufelskreis.

Bei dem Aktivitätsaufbau in der Depressionsbehandlung geht es einerseits um die Steigerung bzw. den Wiederaufbau positiver Erfahrungen und Aktivitäten, andererseits um die Reduktion eines Übermaßes an negativen oder belastenden Erfahrungen. Hierzu empfiehlt Hautzinger (2003) ein ergänzendes Soziales Kompetenztraining, wie es unter dem Therapieziel 5 beschrieben ist.

Wichtigstes Instrument zur Steigerung positiver Aktivitäten ist der „Wochenplan“. Der Wochenplan dient zum einen dem Behandler als diagnostisches Instrument, um zu sehen, mit welchen Ereignissen oder Aktivitäten die Woche des Patienten gefüllt ist. Des Weiteren kann er zur Planung von Aktivitäten und Strukturierung der einzelnen Tage verwendet werden. Darüber hinaus kann der Wochenplan auch eine Tagebuchfunktion bekommen, in der die Stimmung bei den jeweiligen Aktivitäten festgehalten werden kann. Hieraus lassen sich Muster im Stimmungsverlauf sowie Einflüsse durch die Aktivitäten bzw. Ereignisse erkennen. Oftmals stehen den Patienten aufgrund der mangelnden Übung nur wenige Ideen für positive Aktivitäten zur Verfügung. Hier kann eine vorformulierte Liste mit angenehmen Aktivitäten eine Auswahl bieten. Ziel ist es jedoch, dass der Patient seine eigene, ganz persönliche Liste verstärkender, angenehmer Aktivitäten zusammen stellt und diese sukzessive aber verlässlich in seinen Alltag einbaut.

Bei vielen Glücksspielern stehen relevante selbstbezogene Grundannahmen in Verbindung mit einem eingeschränkten Selbstwerterleben, z.B. „ich bin nutzlos“ oder „ich bin ein Verlierer“. Durch die jahrelange Glücksspielsucht und die vielen erlittenen (ökonomische wie soziale) Verluste erscheint dieses negative Selbstbild fälschlicherweise zu 100% bestätigt. Hieraus entstehen oftmals starke Schuldgefühle. Vielen Spielern fällt es vor dem Hintergrund dieses Schuldlebens schwer, sich positiven Freizeitaktivitäten zuzuwenden: „Wie wird meine Familie reagieren, wenn ich jetzt anfangs Sport zu machen oder Musik zu hören! Ich habe so viele Schulden, um die ich mich erst kümmern muss!“. Hier entsteht ein neuer Teufelskreis: Solange die Schuld nicht beglichen ist, darf sich der Patient keine positiven Erlebnisse erlauben. Das Problemverhalten ist nun eine Art Selbstbestrafung durch die Verweigerung positiver Aktivitäten, was zu weiteren Verstärkerverlusten führt. Die depressive Symptomatik wird dadurch aufrechterhalten und bedingt in beträchtlichem Maße einen möglichen Spielrückfall, der wiederum die negativen Grundannahmen bestätigen wird. Dieser Teufelskreis muss in der Behandlung unbedingt aufgegriffen und in seinen Konsequenzen mit dem Patienten thematisiert werden. Dem Patienten muss begrifflich werden, dass er sich positive Aktivitäten und Genusserfahrungen erlauben muss, um einen guten Ausgleich zu den schwierigen Alltagsanforderungen zu haben, die das Spielen zunehmend unattraktiv werden lassen.

Wiederherstellung der Genussfähigkeit

Methoden zur Wiederherstellung der Genussfähigkeit wurden im Rahmen der euthymen Therapie von Lutz (2009) beschrieben. Er formulierte als Ziel eine frühzeitige Aufmerksamkeitslenkung auf positive Aspekte, Stärken, Ressourcen, Genussmöglichkeiten etc. Damit soll die Aufmerksamkeit des Patienten von den Beschwerden und Defiziten weggelenkt und auf ein „normales“ Verhalten und Erleben gerichtet werden, welches die Patienten in der Regel im Rahmen ihrer Erkrankung verlernt haben. Neben der Aufmerksamkeitsfokussierung auf angenehme Dinge stehen die Bearbeitung und Reduktion von inneren Widerständen (z.B. durch Verbote) gegenüber einem positiven Genusserleben sowie die konkrete Umsetzung auf der Verhaltensebene im Vordergrund.

In der Behandlung sollen Grundannahmen entwickelt werden, aus dem heraus *Genießen* als erlaubt abgeleitet werden kann und *Askese* dosiert wird. In der kleinen Schule des Genießens werden dem Patienten Genussaspekte und sog. Genussregeln vermittelt und durch konkrete Übungen ergänzt, die im Sinne eines Diskriminationstrainings alle fünf Sinne (Riechen, Tasten, Schmecken, Hören und Sehen) ansprechen sollen. Hierzu gehören auch freundliche Selbstgespräche, Lob annehmen und geben (auch Selbstlob) sowie der Aufbau einer positiven Selbstfürsorge. Dabei ist es wichtig, diese neu-



en Verhaltensweisen regelmäßig in den Alltag zu integrieren und so die Genussfähigkeit gezielt zu üben und zu lernen.

Folgende „**Genussregeln**“ nach Lutz (2009) können mit dem Patienten besprochen und als Leitlinien zur Wiederherstellung der Genussfähigkeit verwendet werden:

Die sieben Genussregeln nach Lutz

1. Genuss braucht Zeit...
2. Genuss muss erlaubt sein...
3. Genuss geht nicht nebenbei...
4. Weniger ist mehr...
5. Genuss: aussuchen, was dir gut tut...
6. Ohne Erfahrung kein Genuss...
7. Genuss ist alltäglich...

Abbildung 10: Genussregeln

Ergänzende medikamentöse Behandlung

Unterstützend zu kognitiv-behavioralen Therapieansätzen kann bei mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Verstimmungen eine begleitende medikamentöse Behandlung erwogen werden. Dies ist besonders ratsam bei wiederkehrenden depressiven Phasen und bereits erfolgten Suizidversuchen in der Vorgeschichte.

Behandlungsfortschritte Therapieziel 4

Durch das individuelle Erklärungsmodell hatte Herr X. die Bedeutung positiver Aktivitäten für sich erkannt. Er begann umgehend mit der Reaktivierung früherer sportlicher Interessen, begann zu joggen und fragte bei einem nahegelegenen Fußballverein, ob er am Training teilnehmen könne. Die sportlichen Aktivitäten taten ihm sichtlich gut und hatten zudem einen positiven Effekt auf sein Körperempfinden. Durch das Fußballtraining und die gute Integration in die Mannschaft bekam er soziale Kontakte und positive Rückmeldungen, die sein Selbstwertgefühl aufbauten.

Im weiteren Verlauf lernte der Patient zudem, eigenen Bedürfnissen stärker Raum zu geben, sich Gutes zu tun und positiv für sich selbst zu sorgen. Dies benötigte von ihm eine innere Erlaubnis sowie die Einsicht in die Notwendigkeit solcher Erfahrungen. Anhand von verschiedenen Alltagsbeispielen sowie der Auswertung nach ersten positiven Erfahrungen verfestigte sich langsam die innere Bereitschaft dafür.

Therapieziel 5: Aufbau von mehr Selbstsicherheit

Mangelnde Selbstsicherheit, Selbstwertprobleme und Schwierigkeiten im sozialen Umgang sind häufig wesentliche Mitverursacher für psychische und Abhängigkeitserkrankungen. Die Bedeutung der sozialen Kompetenz ergibt sich aus der einfachen, aber weitreichenden Erkenntnis, dass wir als soziale Wesen in ständigem Kontakt mit anderen Menschen stehen und zudem aus positiv-wertschätzenden Sozialkontakten wesentliches Wohlfühl und Lebensqualität ziehen. Zu einem sozial kompetenten Verhalten gehören eine angemessene Kontaktaufnahme und –gestaltung zu mehr oder minder fremden Menschen beiderlei Geschlechts, das angemessene Äußern von Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen, Umgang mit Kritik, Kompromisse finden, das Äußern und Durchsetzen eigener Rechte und berechtigter Interessen, das Zurückweisen unberechtigter Forderungen usw.



Soziale Kompetenz ist erlernt und eingeübt: Die Eltern oder andere erwachsene Bezugspersonen standen uns hierfür mehr oder weniger als Modell zur Verfügung oder haben uns ermutigt, entsprechende Verhaltensweisen auszuprobieren. Die meisten Spieler beschreiben invalidierende Bedingungen in ihren Biografien, in denen sozial kompetentes Verhalten nicht oder nur deutlich eingeschränkt sichtbar war. Durch gezieltes Training können soziale Kompetenzen vermittelt und aufgebaut werden. Hinsch und Pfingsten (2007) beschreiben ein Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK), in dem mittels der Vermittlung von Kommunikationsregeln und Rollenspielen die soziale Kompetenz gefördert wird. Der Transfer des Erlernten erfolgt durch in-vivo-Übungen in den realen Alltag. Solche Rollenspiele betreffen zum Beispiel das Nein-Sagen in bestimmten Situationen oder das Führen einer Small-Talk-Unterhaltung. Es ist abgestimmt auf die jeweiligen eingeschränkten Kompetenzbereiche des Patienten. Bei Suchtpatienten sind die Rollenspiele adaptiert in Form eines „Ablehnungstrainings“: Der Patient soll rückfallbedingende „Angebote“ angemessen aber entschieden zurückweisen lernen.

Idealerweise finden Soziale-Kompetenz-Trainings in Gruppen statt, da mehrere Rollenspielpartner und damit unterschiedliche „Modelle“ zur Verfügung stehen. Zudem profitieren die Patienten unmittelbar von den Rückmeldungen der Mitpatienten oder können in der Gruppe dysfunktionale Überzeugungen überprüfen (z.B. „spreche ich zu laut?“ obwohl sie sehr leise sprechen). Es ist aber auch möglich, Rollenspiele in der Einzelsituation durchzuführen, wobei dem Behandler die doppelte Aufgabe des Rollenspielpartners und der therapeutischen Rückmeldung zukommt. Hier kann es hilfreich sein, die Rollenspiele auf Video aufzuzeichnen und per Videofeedback zu besprechen.

Stark ausgeprägte Selbstunsicherheit

Bei sehr stark ausgeprägten Selbstunsicherheiten muss über die Möglichkeit einer zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung nachgedacht und diese diagnostisch abgeklärt werden, um gegebenenfalls eine entsprechende psychotherapeutische (Mit-)Behandlung einzuleiten. Hilfreiche Kriterien zur diagnostischen Einordnung und Behandlungsvorschläge finden sich u.a. bei Sachse (2004). Bei Opfern von Gewalt und Missbrauch können zudem die Wahrnehmung und das Vertrauen in die eigene Gefühlswelt stark gestört sein. Sendera et al. (2007) beschreiben detaillierte Übungen zum Aufbau einer verbesserten Wahrnehmung eigener Gefühle und Bedürfnisse, zur inneren Achtsamkeit, der Emotionsregulation, Stresstoleranz und zwischenmenschlichen Skills, wobei sie sich an der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach Marsha Linehan orientieren.

Mehrere praxisnahe Bücher zum Aufbau von mehr Selbstwertgefühl wurden von Potreck-Rose (z.B. 2010) veröffentlicht, in denen sie die vier Säulen des Selbstwertes sowie konkrete Übungen für eine positive Selbstzuwendung, Selbstfürsorge und Selbstakzeptanz beschreibt. Ergänzung findet dieses Buch in den von Fennell (2005) beschriebenen Übungen zur Überwindung einer geringen Selbstachtung.

Behandlungsfortschritte Therapieziel 5

Mit dem Rückgang der depressiven Symptomatik konnte sich Herr X. auf sein problematisches Beziehungsverhalten konzentrieren, das als aufrechterhaltende Bedingung des pathologischen Spielverhaltens fungierte. Dieses betraf in erster Linie eine bessere Abgrenzungsfähigkeit in sozialen Situationen, vor allem aber in engen sozialen Verbindungen. Mit Hilfe von Rollenspielen wurden verschiedene soziale Interaktionssituationen nachgespielt, wobei einige von mir vorgeschlagen wurden, andere brachte der Patient aus realen Alltagsbegegnungen ein. Im Rahmen der Rollenspiele wurde seine starke Verunsicherung offenkundig, die es ihm erschwerte, soziale Interaktionen richtig einzuschätzen und entsprechend angemessen darauf zu reagieren. Über mehrere Sitzungen wurden daher die verschiedenen Rollenspiele mit Hilfe von Situationsanalysen nachbesprochen. Hierbei erlernte er eine verbesserte Selbstbeobachtung und Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Ihm wurde



bewusst, dass Angst und Unsicherheit für ihn typische emotionale Reaktionen in sozialen Interaktionen waren, während er zum Beispiel Ärger oder Wut kaum wahrnehmen konnte. Er erkannte, dass die Unsicherheit dazu führte, sich vorsichtig und zurückhaltend zu verhalten, während das Gefühl „Ärger“ ihm helfen würde, sich besser abzugrenzen. Im Folgenden bearbeiteten wir kognitive Grundüberzeugungen, die sozial kompetentes Verhalten erschwerten und fanden alternative Gedanken, die zu einem angemessenen Verhalten motivierten. Zudem beobachtete Herr X. im Sinne eines Diskriminationslernens seine Mitspieler während des Fußballtrainings, um unterschiedliche Umgangsformen und Ausdrucks von Gefühlen (z.B. Ärger) zu erkennen und einzuschätzen. Zudem ergab sich im Rahmen dieser spielerischen Begegnung ein Übungsfeld für den Patienten, selbst Verärgerung zu zeigen, was er sukzessive in andere Alltagssituationen transferieren konnte.

Auch der Behandlungskontext stellte eine Übungssituation dar, in der die therapeutische Beziehung modellhaft für eine gelungene Kontaktgestaltung genutzt wurde. Zum einen ermöglichte es dem Patienten, neues Verhalten auszuprobieren, wozu ich ihn ermutigte und verstärkte. Weiterhin konnte ich ihm unmittelbare Rückmeldungen geben, wie seine Unsicherheit oder Zurückhaltung auf mich wirkten. So konnten unsichere Verhaltensweisen wie beständiges Nachfragen oder Entschuldigen sukzessive abgebaut werden. Zudem lernte er, die Sitzungen aktiver mitzugestalten, angemessene Forderungen zu stellen und Wünsche zu äußern oder mitzuteilen. Gleichzeitig lernte er durch meine Reaktionen, mit angemessenen Zurückweisungen umzugehen, ohne sie persönlich zu nehmen oder als Kritik zu verstehen bzw. mitzuteilen, wenn es ihn verärgerte. Er lernte, Vereinbarungen und Kompromisse zu treffen und konnte so zunehmend Vertrauen in eine gelungene Beziehungsgestaltung aufbauen. Dies half ihm bei dem Transfer in die privaten Beziehungen.

Therapieziel 6: Mit- und Weiterbehandlung

Erste Ansprechpartner auf der Suche nach einer Behandlung stellen oftmals die Suchtberatungsstellen dar, da den Spielern der Suchtcharakter ihrer Erkrankung bewusst ist. Aber auch niedergelassene Ärzte oder betriebliche soziale Dienste können als erste Anlaufstelle aufgesucht werden, vor allem dann, wenn weitere Problem- oder Störungsbereiche aufgetreten sind.

In einem ersten Schritt ist zu prüfen, welches Behandlungsangebot für den Betroffenen das beste Vorgehen bietet. Dabei stehen unterschiedliche ambulante oder stationäre Angebote zur Verfügung. Die Auswahl des entsprechenden Angebots richtet sich nach dem Grad der Krankheitseinsicht, dem Ausmaß der Abstinenzmotivation, dem Krankheitsverlauf und Grad der Chronifizierung sowie den aktuellen Lebensbedingungen des Patienten.

In jedem Fall sollten die Möglichkeiten einer professionellen Schuldnerberatung thematisiert und in Erwägung gezogen werden. Für viele Spieler stellt die Bearbeitung und Bewältigung der Schuldenprobleme das wichtigste und motivierendste Therapieziel dar, jedoch sollten Schuldenregulierung und therapeutische Behandlungsinhalte thematisch getrennt erfolgen. Die Beseitigung der Schuldenprobleme stellt keine Lösung der psychischen Abhängigkeit dar, daher müssen in einem therapeutischen Kontext die aufrechterhaltenden Bedingungen der Sucht aufgezeigt und bearbeitet werden. Eine ergänzende Schuldenbearbeitung im Rahmen gesonderter Beratungssitzungen durch entsprechend geschulte und erfahrene Berater oder Institutionen hat sich als effektiv erwiesen.



Folgende Grafik gibt einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Behandlungs- und Beratermöglichkeiten im Rahmen der Glücksspielsuchtbehandlung:

Erste Ansprechpartner	Ambulante Behandlung	Stationäre Therapie
(Sucht-) Beratungsstellen Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Spieler) Ärzte Kliniken Soziale Dienste von Betrieben Soziale Dienste der JVA's	Suchtberatungsstellen Spezialisierte niedergelassene Psychotherapeuten Spezialisierte psychotherapeutische Ausbildungsinstitute Ambulante Rehabilitation Tageskliniken	Fachkliniken für Suchtkranke oder psychosomatische Kliniken mit einem speziellen Angebot für pathologische Glücksspieler
	Schuldnerberatung	

Abbildung 11: Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten

Unabhängig davon, in welchem Setting die Behandlung stattfindet, empfiehlt sich immer eine Mit- bzw. Weiterbehandlung durch Fachkollegen in Betracht zu ziehen und den Austausch mit ihnen zu pflegen. In den Behandlungsverlauf sollten bestenfalls auch Angehörige des Patienten einbezogen werden. Dies können neben der Lebenspartnerin auch Geschwister oder Eltern sein. Durch die Fremdanamnese lassen sich weitere Informationen explorieren, die der Patient beabsichtigt oder unbeabsichtigt verschwiegen hat. Darüber hinaus lassen sich Unsicherheiten der Familienangehörigen im Umgang mit der Sucht, kommunikative Schwierigkeiten und dysfunktionale Familienmuster besprechen und bearbeiten.

Anmerkung: Dieses Patientenbeispiel ist frei erfunden. Mögliche Übereinstimmungen mit lebenden Personen sind rein zufällig.

Zitierte und weiterführende Literatur:

- Bachmann, M., El-Akhras, A. (2010): Glücksspielfrei – Therapiemanual bei Spielsucht. Berlin.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (2001): Kognitive Therapie der Depression. Weinheim.
- Buchner, U.G., Wodarz, N. (2010): Pathologisches Glücksspielen – aktueller Stand des Wissens. In: Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, online first, 04.08.2010.
- Fennell, M.J.V. (2005): Anleitung zur Selbstachtung. Lernen, sich selbst der beste Freund zu sein. Bern.
- Franke, G.H. (2002): SCL-90-R Symptomcheckliste nach L.R. Derogatis. Weinheim.
- Füchtenschnieder, I., Petry, J. (2007): Game Over. Ratgeber für Glücksspielsüchtige und ihre Angehörigen. Freiburg.
- Grüsser, S.M., Thalemann, C. N. (2006): Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern.
- Grüsser, S.M., Albrecht, U. (2007): Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen. Bern.
- Hand, I. (Hrsg., 2004): Impulskontrollstörungen – Nichtstoffgebundene Abhängigkeiten – Zwangsspektrumsstörungen. Spezialheft Verhaltenstherapie, 14.2: 81-168.
- Hautzinger, M. (Hrsg., 2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen. Weinheim.
- Hautzinger, M. (2003): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim.
- Hautzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2006): BDI-II Beck Depressions-Inventar Revision.
- Hinsch, R., Pfingsten, U. (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Weinheim.
- Horodecki, I. (2009): Wenn das Glücksspiel zum Problem wird... Spielsuchthilfe Wien.
- Lutz, R. (2009): Euthyme Therapie. In: Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1. Heidelberg.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985): Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. New York.
- Meyer, G., Bachmann, M. (2005): Spielsucht: Ursachen und Therapie. Heidelberg.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg.
- Petry, J. (2003): Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen.
- Potreck-Rose, F., Jacob, G. (2010): Selbstzuwendung – Selbstakzeptanz – Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Stuttgart.
- Reinecker, H. (2005): Grundlagen der Verhaltenstherapie. Weinheim.
- Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen – Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen.
- Sendera, A., Sendera, M. (2007): Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung. Wien.
- Stavemann, H.H. (2007): Sokratische Gesprächsführung in der Therapie und Beratung: Eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger. Weinheim.
- Tillmann, A. (2003): Verspieltes Glück. Mein Mann ist spielsüchtig. Bergisch-Gladbach.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997): SKID-I und SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen.