

Bachmann  
El-Akhras



# Glücksspielfrei

2. Auflage

Ein  
Therapiemanual  
bei Spielsucht

# **Glücksspielfrei**

Ein Therapiemanual bei Spielsucht

Meinolf Bachmann  
Andrada El-Akhras

# Glücksspielfrei

Ein Therapiemanual bei Spielsucht

**2., überarbeitete Auflage**

Mit 73 Arbeits- und Infoblättern

**Dr. phil. Meinolf Bachmann**  
**Psychologischer Psychotherapeut**  
Psychologische Praxis  
Fortbildung, Supervision,  
Forensische Begutachtung  
E-Mail: Meinolf.Bachmann@web.de

**Dipl.-Psych. Andrada El-Akhras**  
**Psychologische Psychotherapeutin**  
Hellweg-Klinik  
Bielefeld  
E-Mail: andradaakhras@gmx.de

ISBN-13 978-3-642-54720-1  
DOI 10.1007/978-3-642-54721-8

ISBN 978-3-642-54721-8 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

#### **Springer Medizin**

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010, 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

**Produkthaftung:** Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg  
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg  
Lektorat: Sonja Hinte, Bremen  
Projektkoordination: Barbara Karg, Heidelberg  
Umschlaggestaltung: deblik Berli  
Fotonachweis Umschlag: © Flowman7/fotolia.com  
Herstellung: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

## Vorwort

---

Wie kann die erste schwierige Zeit des Spielzugs überbrückt und das Ziel erreicht werden, zufrieden »spielfrei« zu sein? Wie ist es möglich, eine interessante, abwechslungsreiche und gleichzeitig ausgewogene Lebensgestaltung zu etablieren, die besondere »Highlights« oder »Kicks« nicht ausschließt (Ausschüttung von »Glücks- oder Wohlfühlhormonen« ohne Glücksspiel!)? Seit Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre ist aufgrund einer beträchtlichen Erweiterung des Glücksspielangebots ein starker Anstieg der Spielsuchtproblematik zu verzeichnen, der sich besonders im Automaten- und Wettbereich weiter fortgesetzt hat. Außerdem ist zu beobachten, dass Spielangebote (Automatenspiel bis hin zum Pokern und Wetten) zunehmend über das Internet wahrgenommen werden.

Patienten berichten außerdem von einem parallel stattfindenden problematischen PC- oder Bildschirm-Gebrauch (On- oder Offlinespiele), der auch als eine selbstständige Erkrankung auftritt. Trotz offener Fragen der Klassifizierung dieses Phänomens sind diese Symptome in das Therapiekonzept einbezogen, und es ist im Einzelfall zu entscheiden, wie die Arbeitsmaterialien anzupassen sind.

Die 2. Auflage von »Glücksspielfrei« haben wir um Themen zur Konfliktbewältigung, Gefühlsregulation, Stressbewältigung und Prokrastination (Aufschiebeverhalten/Verwirklichung guter Vorsätze) wesentlich erweitert. Das Buch ist nach wie vor eine Parallelentwicklung zu »Lust auf Abstinenz« für substanzgebundene Abhängigkeiten.

Die Therapie sollte der erste Schritt dazu sein, in vielfältiger Weise wieder Interesse und Freude zu empfinden. Schon früh entstanden bei uns erste Ansätze, das Therapiegeschehen zu systematisieren und in Form eines Manuals zu fassen.

Dabei wurden thematisch zwei Schwerpunkte gebildet: das Suchtmodell (Motivation/Krankheits-einsicht/Abstinenz/Therapie der Ursachen) unter Einbeziehung der Rückfallverhütung und Alternativen zum Suchtverhalten. Hinzu kommen Fragestellungen, die als Ursache, aber auch als Folgeerscheinungen des Suchtverhaltens einzuschätzen sind: Umgang mit Geld, irrationale Kognitionen

bezüglich Gewinnchancen, soziale Kompetenzen (Beziehungen, Emotionen) sowie Themen des schwierigen Therapiebeginns und der Nachsorge. Den Rückmeldungen der Patienten und (im Gruppen- und Einzelverfahren tätigen) Therapeuten entsprechend wurden die Materialien immer wieder erweitert und modifiziert.

Item-Sammlungen erfolgten mithilfe offener Beantwortungen der Patienten (bis 2014 ca. 1500) in langjähriger Zusammenarbeit mit therapeutischen Mitarbeitern sowie Fachpflegeschülern für Suchterkrankungen und Studenten der Fachhochschule für Sozialarbeit. Ihnen allen gilt unser Dank.

Der Austausch mit Bert Kellermann (einer der ersten Pioniere der Glücksspieltherapie und Chefarzt i. R.) und Michael Knothe (Mitarbeiter der Caritas Beratungsstelle Neuss) war für uns sehr wertvoll. Der »Fachverband Glücksspielsucht« bildete ein ausgezeichnetes Forum, wichtige Informationen und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zu vermitteln. Der Vorsitzenden Ilona Füchtenschnieder gilt ein besonderer Dank für die zahlreichen wertvollen Informationen und Tagungen.

Wir hoffen, dass Ihr Interesse ausreichend geweckt ist, sich intensiver mit dem vorliegenden Manual auseinanderzusetzen.

**Meinolf Bachmann und Andrada El-Akhras**  
New York und Zürich, im Frühjahr 2014

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Überblick</b> .....	<b>5</b>
2.1	<b>Spieler in Behandlung</b> .....	9
2.2	<b>Erklärungsmodelle</b> .....	10
2.2.1	Das Teufelskreismodell .....	10
2.2.2	Intrapsychische Erklärung .....	11
2.2.3	Suchtthese: ungünstiger (dysfunktionaler) Umgang mit Gefühlen .....	12
2.2.4	Verhaltens-/Konditionierungsmodell .....	13
2.3	<b>Das Suchtmodell</b> .....	14
2.3.1	Phase des Einstiegs .....	15
2.3.2	Phase der Sucht .....	16
2.4	<b>Therapeutische Schlussfolgerungen aus dem Suchtmodell</b> .....	16
2.4.1	Motivation .....	18
2.4.2	Krankheitseinsicht und Abstinenz .....	19
2.4.3	Psychotherapie der Ursachen .....	20
2.4.4	Umgang mit Geld .....	22
2.4.5	Alternativen zum Glücksspielen .....	23
2.4.6	Rückfallverhütung .....	26
2.4.7	Umgang mit Gefühlen .....	28
2.4.8	Konfliktbewältigung .....	30
2.4.9	Spielsucht und Familie .....	31
2.4.10	Suchtformel .....	33
2.5	<b>Gruppentherapie</b> .....	34
2.5.1	Effektives, kooperatives Lernen unter Einbeziehung von Kleingruppen .....	35
2.6	<b>Übergeordnete therapeutische Grundhaltung</b> .....	36
2.6.1	Wirkfaktor – als ob das Potenzial schon existent sei .....	37
2.7	<b>Perspektive nach der Behandlung</b> .....	38
	Literatur .....	39
<b>3</b>	<b>Therapiebeginn</b> .....	<b>43</b>
	Einführung .....	44
3.1	<b>Die erste Zeit des Entzugs und der Entwöhnung</b> .....	44
	Arbeitsblatt 3.1: Hilfreiche Aktivitäten im Entzug – Nähe zum Suchtverhalten vermeiden .....	46
	Arbeitsblatt 3.2: Veränderte Einstellung zum Verlangen .....	47
	Arbeitsblatt 3.3: Veränderte Einstellung zu Suchtmitteln .....	48
	Arbeitsblatt 3.4: Liste von Ideen und Gründen zum Spielen .....	49
	Arbeitsblatt 3.5: Konsequenzen des Glücksspiels .....	50
	Arbeitsblatt 3.6: Das Suchtverhalten verändert Prozesse im Gehirn .....	52
3.2	<b>Therapieabbruchgefahr</b> .....	55
	Einführung .....	55
	Arbeitsblatt 3.7: Therapieabbruchgefahr (TAG)/Selbsteinschätzung .....	56
3.3	<b>Therapieplanung</b> .....	63
	Einführung .....	63
	Arbeitsblatt 3.8: Therapieplanung – eigene Ziele benennen .....	64
3.3.1	Ziele verwirklicht? .....	67
	Literatur .....	69

<b>4</b>	<b>Therapieüberblick</b> . . . . .	71
	Einführung . . . . .	72
<b>4.1</b>	<b>Weg in die Sucht: Stationen der Suchtentwicklung und des Therapieprozesses</b> . . . . .	73
	Arbeitsblatt 4.1: Die Einstiegs- und Suchtphase . . . . .	73
<b>4.2</b>	<b>Selbsteinschätzungsskalen: Therapieschritte und Fragestellungen</b> . . . . .	77
	Arbeitsblatt 4.2: Therapiemotivation (TMO) . . . . .	77
	Arbeitsblatt 4.3: Krankheitseinsicht (KE) . . . . .	82
	Arbeitsblatt 4.4: Therapie der Ursachen (TdU)/Was soll zukünftig anders sein? . . . . .	87
<b>5</b>	<b>Geld zum Thema machen</b> . . . . .	95
	Einführung . . . . .	96
	Arbeitsblatt 5.1: Die persönliche Geldgeschichte . . . . .	97
	Arbeitsblatt 5.2: Bewertungen und Einstellungen zum Thema Geld . . . . .	98
	Infoblatt: Geld zum Thema machen . . . . .	103
	Arbeitsblatt 5.3: Was möchte ich im Umgang mit dem Geld konkret verbessern? . . . . .	104
	Arbeitsblatt 5.4: Schuldenbilanz und Regulierung . . . . .	105
	Arbeitsblatt 5.5: Den Überblick behalten/Tagesausgabenprotokoll und Monatshaushaltsplan . . . . .	106
<b>6</b>	<b>Abergläubische Ideen zum Glücksspielen und sich zu sehr in ein PC- oder Internet-(Rollen-)Spiel hineinsteigern</b> . . . . .	109
	Einführung . . . . .	110
	Arbeitsblatt 6.1: Auseinandersetzung mit den abergläubischen Ideen zu Glücksspielen . . . . .	111
	Arbeitsblatt 6.2: Sich zu sehr in ein PC-(Rollen-)Spiel hineinsteigern . . . . .	116
<b>7</b>	<b>Beziehungen und soziale Kompetenzen</b> . . . . .	125
	Einführung . . . . .	126
<b>7.1</b>	<b>Beziehungen: Wie können wir die Beziehungen zu anderen Menschen gestalten?</b> . . . . .	126
	Arbeitsblatt 7.1: Fünf Voraussetzungen für eine gute Beziehung . . . . .	127
<b>7.2</b>	<b>Konfliktbewältigung – Keine Gewinner und Verlierer</b> . . . . .	132
	Arbeitsblatt 7.2: Wo Konflikte häufig auftreten . . . . .	133
	Arbeitsblatt 7.3: Fragen zur Konfliktbewältigung: GEHT DAS? . . . . .	135
	Arbeitsblatt 7.4: Konfliktbewältigung . . . . .	139
<b>7.3</b>	<b>Partnerschaft</b> . . . . .	140
	Arbeitsblatt 7.5: Alleinstehende mit Interesse an einer Partnerschaft . . . . .	140
	Arbeitsblatt 7.6: Fünf Auslöser für Streit in der Partnerschaft . . . . .	146
	Arbeitsblatt 7.7: Patient/Partner-Übereinstimmungsbogen . . . . .	147
<b>7.4</b>	<b>Rollenspiele</b> . . . . .	154
	Arbeitsblatt 7.8: Rollenspiele . . . . .	155
<b>8</b>	<b>Gefühle zeigen – »Gefühlskiste«</b> . . . . .	161
	Einführung . . . . .	162
	Arbeitsblatt 8.1: Wirkung des Suchtverhaltens (1. Sitzung) . . . . .	163
	Arbeitsblatt 8.2: Folgeerscheinungen (2. Sitzung) . . . . .	165
	Arbeitsblatt 8.3: Verbesserung des Umgangs mit Gefühlen (3. Sitzung) . . . . .	167
	Arbeitsblätter 8.4: Einschätzung der Gefühle in bestimmten Situationen (4. Sitzung) . . . . .	169
<b>8.1</b>	<b>Gefühle regulieren</b> . . . . .	176
	Infoblatt 8.1: Gefühle regulieren . . . . .	176
<b>8.2</b>	<b>Bedeutung der Gefühle und ihrer Ausprägung</b> . . . . .	177
	Arbeitsblatt 8.5: Bedeutung der Gefühle und ihrer Ausprägung . . . . .	178
	Infoblatt 8.2: Wie eine Situation bewertet wird, so fühlt man sich . . . . .	181

<b>8.3</b>	<b>Stressabbau und Entspannungstechniken</b> . . . . .	185
	Arbeitsblatt 8.6: Selbsteinschätzungsbogen . . . . .	187
	Arbeitsblatt 8.7: Auswertung Ihrer Einschätzungen zu den Stressbewältigungsstrategien . . . . .	190
	Arbeitsblatt 8.8: Persönliche Stresssituationen und Maßnahmen zur Bewältigung . . . . .	191
	Literatur . . . . .	192
<b>9</b>	<b>Rückfallverhütung</b> . . . . .	193
	Einführung . . . . .	194
<b>9.1</b>	<b>Rückfallmodell: Möglicher Verlauf bei einer Rückfallgefährdung (Marlatt 1985)</b> . . . . .	194
	Arbeitsblatt 9.1: Ausgewogener Lebensstil . . . . .	196
<b>9.2</b>	<b>Rückfall um »sechs Ecken«</b> . . . . .	200
	Arbeitsblatt 9.2: Scheinbar unbedeutende Entscheidungen . . . . .	200
<b>9.3</b>	<b>Rückfallmodell fehlende Krankheitseinsicht/Wachsamkeit (Bachmann 1993)</b> . . . . .	202
	Arbeitsblatt 9.3: Krankheitseinsicht und Wachsamkeit . . . . .	202
<b>9.4</b>	<b>Entscheidungssituation bei Rückfälligkeit</b> . . . . .	204
	Arbeitsblatt 9.4: Vorteile der Abstinenz in die Waagschale legen . . . . .	204
<b>9.5</b>	<b>Erkenntnisse und Gedanken zur Rückfallprävention (Lindenmeyer 2005; Meyer u. Bachmann 2011)</b> . . . . .	208
	Arbeitsblatt 9.5: Wie kann man einem Rückfall vorbeugen? . . . . .	208
<b>9.6</b>	<b>Rückfallauslöser</b> . . . . .	210
<b>9.7</b>	<b>Rückfallrisiken und ihre Bewältigung</b> . . . . .	210
	Arbeitsblatt 9.6: Was sind persönliche Rückfallrisiken? . . . . .	211
	Arbeitsblatt 9.7: Wie sind Risiken zu bewältigen? . . . . .	213
<b>9.8</b>	<b>Rückfallanalyse</b> . . . . .	216
	Arbeitsblatt 9.8: Analyse der Rückfallgeschichte . . . . .	219
<b>9.9</b>	<b>Zusammenfassung: Rückfallgefährdung/Bewältigungsstrategien</b> . . . . .	220
	Arbeitsblatt 9.9: Abschließende Ergebnisse . . . . .	220
<b>9.10</b>	<b>Planung und Ausarbeitung einer Notfallkarte</b> . . . . .	221
	Arbeitsblatt 9.10: Kurzfristiges Auffangen gefährlicher Situationen (1. Sitzung) . . . . .	222
	Arbeitsblatt 9.11: Längerfristige Stabilisierung und Behebung der Ursachen (2. Sitzung) . . . . .	223
	Infoblatt 9.1: Gestaltung der Notfallkarten und praktische Beispiele . . . . .	224
	Literatur . . . . .	228
<b>10</b>	<b>Alternativen zum Suchtverhalten: Struktur und Aktivitätsplan</b> . . . . .	229
	Einführung . . . . .	231
<b>10.1</b>	<b>Ausblick</b> . . . . .	231
<b>10.2</b>	<b>Info- und Arbeitsblätter mit Beispielen</b> . . . . .	233
	Infoblatt 10.1: Alternativen zum Suchtverhalten – Struktur- und Aktivitätsplan . . . . .	233
	Arbeitsblatt 10.1: Alternativen, die es schon vor dem Suchtverhalten gab . . . . .	235
	Arbeitsblatt 10.2: Auflistung von neuen Alternativen . . . . .	236
	Arbeitsblatt 10.3: Entwöhnung bedeutet, Abstand zum Suchtverhalten zu gewinnen . . . . .	237
	Infoblatt 10.2: Auflistung von alltäglichen Aktivitäten (Beispiele) . . . . .	238
	Infoblatt 10.3: Auflistung von Highlights (Beispiele) . . . . .	241
	Arbeitsblatt 10.4: Viele Dinge tun, die wenig mit dem Suchtverhalten vereinbar sind oder wenig Ähnlichkeit damit haben . . . . .	242
<b>10.3</b>	<b>Zwischenbilanz und Eintragung in die Wochenpläne</b> . . . . .	244
	Arbeitsblatt 10.5: Eine Zwischenbilanz . . . . .	244
<b>10.4</b>	<b>Struktur- und Aktivitätsplan</b> . . . . .	245
	Arbeitsblatt 10.6: Wochenplan . . . . .	246
<b>10.5</b>	<b>»Idealbeispiel« für einen Struktur- und Aktivitätsplan</b> . . . . .	248

<b>10.6</b>	<b>Gute Vorsätze verwirklichen – wo ein Wille ist, da ist noch kein Weg</b> . . . . .	252
	Einführung . . . . .	252
10.6.1	Viele »Wenig machen ein Viel . . . . .	252
10.6.2	Ziel liegt noch in weiter Ferne . . . . .	253
<b>10.7</b>	<b>Anlässe zum Aufschieben</b> . . . . .	253
	Arbeitsblatt 10.7: Anlässe zum Aufschieben . . . . .	254
<b>10.8</b>	<b>Kleine Schritte erledigen große Aufgaben</b> . . . . .	256
	Arbeitsblatt 10.8: Ursachen für Aufschiebeverhalten . . . . .	257
<b>10.9</b>	<b>Angebote an schnellen (leicht erreichbar) und kurzfristigen (schnell verpufft) Verführern</b> . . . . .	258
	Arbeitsblatt 10.9: Den »inneren Schweinehund« überwinden und ein gewünschtes Verhalten im Belohnungssystem neu etablieren . . . . .	259
	Arbeitsblatt: 10.10: Vorsätze die Sie gerne umsetzen und im Verhalten verankern möchten . . . . .	260
<b>10.10</b>	<b>Einführung Suchtformel</b> . . . . .	261
	Arbeitsblatt 10.11 zur Suchtformel . . . . .	262
	Literatur . . . . .	263
<b>11</b>	<b>Übergang: Therapieabschluss und Nachsorge</b> . . . . .	265
	Einführung . . . . .	266
<b>11.1</b>	<b>Hilfestellungen für Patienten, die eine (teil-)stationäre Therapie hinter sich haben</b> . . . . .	267
	Arbeitsblatt 11.1: Die Zeit nach der Behandlung . . . . .	267
<b>11.2</b>	<b>Was müssen Sie beachten, wenn die Therapie zu Ende ist?</b> . . . . .	271
	Arbeitsblatt 11.2: Stimmungsüberprüfung . . . . .	271
	Zusätzliches Arbeitsblatt: Vervielfältigung . . . . .	273
	Arbeitsblatt 11.3: Zusätzliche eigene Zielsetzungen . . . . .	274
<b>11.3</b>	<b>Zusammenfassung: Was nehme ich mir für die Zeit nach der Therapie vor?</b> . . . . .	275
	Arbeitsblatt 11.4: Gute Vorsätze für die Zeit nach der Therapie . . . . .	275
<b>11.4</b>	<b>Selbsthilfe</b> . . . . .	276
	Arbeitsblatt 11.5: Selbsthilfegruppe besser gestalten . . . . .	278
	Infoblatt 11.1: Gesprächsregeln – eine Zusammenarbeit von Patienten und Therapeuten . . . . .	279
	Arbeitsblatt 11.6: Wöchentliches Zufriedenheitsbarometer . . . . .	280
	Infoblatt 11.2: Günstige und ungünstige Verhaltensweisen in Selbsthilfegruppen . . . . .	281
	Literatur . . . . .	282
<b>12</b>	<b>Ergänzende Materialien</b> . . . . .	283
	Einführung . . . . .	284
A.1	Gruppenleben: Regeln im stationären Bereich – eine Zusammenarbeit von Patienten und Therapeuten . . . . .	285
A.2	Wöchentliches Stimmungsbarometer . . . . .	286
A.3	Spielertherapie: Klinik-Rahmenbedingungen . . . . .	287
A.4	Meine kleine Motivationsgeschichte . . . . .	288
A.5	Mein Weg, mich als suchtkrank zu akzeptieren . . . . .	289
A.6	Wie habe ich mir die Gründe für das Suchtverhalten in der »aktiven« Phase erklärt? . . . . .	290
A.7	PLAKAT: Stationen der Suchtentwicklung und des Therapieprozesses . . . . .	291
A.8	PLAKAT: Belohnungszentrum umstrukturieren . . . . .	292
A.9	PLAKAT: Belohnungssystem: Bedeutung der Alternativen . . . . .	293
A.10	PLAKAT: Innerer Schweinehund: Der oder Ich – Gute Vorsätze umsetzen . . . . .	294
<b>13</b>	<b>Schlusswort</b> . . . . .	295
<b>13.1</b>	<b>Schlusswort</b> . . . . .	296
	<b>Serviceteil</b> . . . . .	297
	Weiterführende Literatur . . . . .	298

# Einleitung

*Meinolf Bachmann, Andrada El-Akhras*

## Pathologisches Glücksspiel und PC-Gebrauch

### Gesamtkonzept, Einzel- und Gruppentherapie

In diesem Arbeitsheft sind Informationen und Aufgabenmaterialien zur Psychotherapie von pathologischem Glücksspiel und PC-Gebrauch zusammengestellt. Sie strukturieren vom Beginn bis zum Ende den Behandlungsablauf, stellen ein Gesamtkonzept dar und finden in Einzel- und Gruppenverfahren Anwendung. Die Arbeitsunterlagen dienen zur Vorbereitung auf Therapien, als Aufgabenstellungen und Gesprächsgrundlage in Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und stationären oder teilstationären Einrichtungen. Teilweise überschneiden sich Fragestellungen, die eher im ambulanten oder stationären Bereich anzusiedeln sind. Wenn eine Trennung möglich ist, sind die Unterschiede gekennzeichnet. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Suchttherapie Übergänge fließend sind: Zum einen werden Patienten aus ambulanter Behandlung und Selbsthilfegruppen auf stationäre Therapien vorbereitet, zum anderen kehren Patienten nach einer abgeschlossenen stationären Therapie in die Nachsorge dorthin zurück. Vom Erstkontakt bis zur Nachsorge bilden die unterschiedlichen Institutionen ein Netz bzw. eine Behandlungskette. Gesundheitsämter, Ärzte oder soziale Dienste von Betrieben vermitteln Suchtkranke in Beratungsstellen, Kliniken und Selbsthilfegruppen. Die während der Therapie aufrechterhaltenen Kontakte zwischen Entsendestellen und Behandlungsstätten garantieren eine optimale Wiedereingliederung und Nachbetreuung, um Behandlungserfolge längerfristig zu stabilisieren.

### Das Suchtmodell

Die Arbeitsmaterialien umfassen die Zeit des Entzugs und der Entwöhnung, beziehen die Gefahr des Therapieabbruchs ein und betonen die Bedeutung einer konsequenten Therapieplanung. Das »Suchtmodell« unter Berücksichtigung der Motivation, die Krankheitseinsicht und die Therapie der Ursachen sind zentrale Themen. Darauf folgen Aufgabenstellungen zum Thema Beziehungen, soziale Kompetenzen und Konfliktbewältigung, insbesondere Partnerschaft, sowie zum Erkennen, Äußern und Regulieren von Gefühlen sowie deren Zusammenhänge zum Suchtverhalten.

### Geld ist ein wichtiges Thema

Anhaltende, nicht gelöste (interpersonale) Konflikte haben beträchtliche negative Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit und das Rückfallrisiko. Das Thema Konfliktbewältigung wird daher ausführlich behandelt und entsprechende umfangreiche Arbeitsmaterialien sind angefügt. Durch die stärkere Einbeziehung der Affektregulation und Stressbewältigung hat das Kapitel »Gefühle zeigen« eine beträchtliche Erweiterung erfahren. Auf Wunsch und durch die Mitarbeit der Patienten fand eine Ergänzung der Gefühlsliste durch die Aufnahme weiterer positiver Ausdrucksformen statt.

### Suchtspezifische neurobiologische Veränderungen

Geld ist ein wichtiges Thema in der Therapie, da häufig erhebliche Schulden vorhanden sind und der Überblick darüber nicht selten verloren ging. Daraus resultierende Sorgen und andauernde psychische Belastungen, die bereits in der Vergangenheit Anlass zur Realitätsflucht waren, führen leicht zur Rückfälligkeit. Vom Vorhandensein finanzieller Mittel selbst kann andererseits ein beträchtlicher Spielanreiz ausgehen, da Geld quasi als Suchtmittel fungiert hat. Die Regulierung der Schulden und Vereinbarungen zur persönlichen Verfügbarkeit des Geldes sind deshalb frühzeitig in die Behandlung einzubeziehen.

In den letzten Jahren hat sich die Suchtforschung intensiv mit der Rückfallverhütung und den suchtspezifischen neurobiologischen Veränderungen des »Belohnungssystems« im Gehirn auseinandergesetzt. Wie ist die Abstinenz, das »Spielfrei«-Sein, dauerhaft zu sichern? Und wie sind Risiken frühzeitig zu erkennen? Abhängigkeit bedeutet, viele andere Dinge nicht zu tun. Um ein suchtfreies Leben zu verwirklichen, sind in vielfältiger Weise Alternativen zum Suchtverhalten aufzubauen, um damit wiederum den »Stellenwert« des Suchtverhaltens im Belohnungssystem drastisch zu reduzieren. Nicht der Verzicht steht im Vordergrund der Betrachtung, sondern die Vorteile der Abstinenz, den

»Gewinn des Spielfrei-Seins« zu sehen, an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse und Freude zu gewinnen. Der Verwirklichung guter Vorsätze und der gleichzeitigen Überwindung von Aufschiebeverhalten ist ein eigener Abschnitt gewidmet. Letztlich führen nur das intensive Einüben neuer Gewohnheiten und konkrete Verhaltensänderungen zu einer gewünschten Umstrukturierung und Einflussverminderung des Suchtgedächtnisses. Außerdem ist eine gewisse Wachsamkeit aufrechtzuerhalten, da Rückfallrisiken dauerhaft fortbestehen.

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, Arbeitsdurchgänge in verschiedenen Therapiephasen zu wiederholen, um Einsichten zu vertiefen und sich intensiv um die Umsetzung geplanter Vorhaben zu bemühen. Die Arbeitsmaterialien bieten die Grundlage für eine gründliche Auseinandersetzung mit den Suchterlebnissen und geplanten Veränderungen.

Das Heft ist so gestaltet, dass nach einer Einführung in das jeweilige Thema Aufgaben zu bearbeiten und anschließend die Ergebnisse häufig mit vorgegebenen Lösungen oder Arbeitsergebnissen anderer Patienten zu vergleichen sind. Falls Ihnen eine Aufgabenstellung unklar bleibt, ist »blinzeln« nach den Lösungen erlaubt. Scheuen Sie nicht davor zurück, Fragen zu Aufgaben zu stellen, Kritik zu üben und Ergänzungsvorschläge zu machen. Die Therapeuten und Autoren sind für jede Anregung dankbar. Nutzen Sie die E-Mail-Adresse, um mit uns zu kommunizieren. Weitere wichtige Grundsätze für den Umgang mit diesem Arbeitsheft sind:

- Möglichst viele Menschen mit einbeziehen – »Alleine schafft es keiner«!
- Lösen der Aufgaben, z. B. in kleinen Gruppen (ca. 3–5 Personen), und dabei **laut denken**. Das »Durchsprechen« ist bereits ein wichtiges Ziel an sich. Größere Gruppen (ca. 10–12 Personen) eignen sich dazu, in die jeweilige Thematik einzuführen und das gemeinsame Arbeitsergebnis darzustellen (z. B. auf einer Wandzeitung) und zu diskutieren.
- Langsames und gründliches »Durcharbeiten«.
- Wiederholen der Aufgaben in verschiedenen Therapiephasen.
- Korrekturen und Ergänzungen an vorherigen Ausarbeitungen vornehmen.

Keine Angst vor schriftlichen Aufgaben! Es sind jeweils nur Stichworte nötig. Dabei kommt es nicht auf die Rechtschreibung oder eine schöne Schrift an. Falls es Probleme beim Lesen bzw. Schreiben gibt, sind andere bestimmt behilflich. Der nachfolgende Text gibt einen kurzen fragmentarischen (nicht auf Vollständigkeit abzielenden) Überblick bezüglich der (theoretischen) Annahmen zur Entstehung und Therapie der Spielsucht (Bachmann u. El-Akhras 2008). Er stellt eine Grundlage dar, die Arbeitsmaterialien sinnvoll in einen größeren Zusammenhang einzuordnen.

»Gewinn des Spielfrei-Seins«

Viele Menschen miteinbeziehen

# Theoretischer Überblick

*Meinolf Bachmann, Andrada El-Akhras*

- 2.1 Spieler in Behandlung – 9**
- 2.2 Erklärungsmodelle – 10**
  - 2.2.1 Das Teufelskreismodell – 10
  - 2.2.2 Intrapsychische Erklärung – 11
  - 2.2.3 Suchththese: ungünstiger (dysfunktionaler) Umgang mit Gefühlen – 12
  - 2.2.4 Verhaltens-/Konditionierungsmodell – 13
- 2.3 Das Suchtmodell – 14**
  - 2.3.1 Phase des Einstiegs – 15
  - 2.3.2 Phase der Sucht – 16
- 2.4 Therapeutische Schlussfolgerungen aus dem Suchtmodell – 16**
  - 2.4.1 Motivation – 18
  - 2.4.2 Krankheitseinsicht und Abstinenz – 19
  - 2.4.3 Psychotherapie der Ursachen – 20
  - 2.4.4 Umgang mit Geld – 22
  - 2.4.5 Alternativen zum Glücksspielen – 23
  - 2.4.6 Rückfallverhütung – 26
  - 2.4.7 Umgang mit Gefühlen – 28
  - 2.4.8 Konfliktbewältigung – 30
  - 2.4.9 Spielsucht und Familie – 31
  - 2.4.10 Suchtformel – 33
- 2.5 Gruppentherapie – 34**
  - 2.5.1 Effektives, kooperatives Lernen unter Einbeziehung von Kleingruppen – 35
- 2.6 Übergeordnete therapeutische Grundhaltung – 36**
  - 2.6.1 Wirkfaktor – als ob das Potenzial schon existent sei – 37
- 2.7 Perspektive nach der Behandlung – 38**
- Literatur – 39**

➤ Den Theorieteil händigen wir interessierten Patienten als Ganzes aus, um ihnen einen Gesamtüberblick zu ermöglichen. Dabei weisen wir darauf hin, bei Verständnisschwierigkeiten behilflich zu sein. Teile davon, insbesondere die Abbildungen, aber ebenso einzelne Abschnitte besprechen wir im Rahmen der jeweiligen Projekte, aber auch unabhängig davon, wenn es der Gruppendynamik oder dem Einzelgespräch förderlich erscheint.

**In der kleinen Gruppe oder für eine stille Einzelarbeit:** Unterstreichen Sie, was Ihnen wichtig erscheint, und machen Sie Fragezeichen, wo Sie etwas nicht verstanden haben. Zeigen Sie keine Scheu, falls Sie etwas nicht verstehen (Fremdwörter?), nachzufragen und andere um Hilfe zu bitten! Dieser Text soll dazu dienen, die nachfolgenden Arbeitsmaterialien in einen größeren Zusammenhang einzuordnen. Das weitere Vorgehen in diesem Therapiebegleitheft gestaltet sich dann wesentlich »praktischer«. Überwiegend sind konkrete Projekte und Aufgabenstellungen zu bearbeiten.

Spielsucht eine der ältesten Suchtformen

Generell gilt die Spielsucht neben der »Trunk«- und Morphinsucht als eine der ältesten Suchtformen. Im Jahr 1980 wurde das pathologische Spielverhalten als Störung der Impulskontrolle im DSM-III aufgenommen (Wittchen et al. 1989). Seit 2001 ist das pathologische Glücksspielen als rehabilitationsbedürftige Krankheit von den bundesdeutschen Kostenträgern anerkannt. Daran ist die Verpflichtung gekoppelt, verbindliche Maßnahmen zur Prävention zu ergreifen. In der aktuellen Fassung des DSM-V (2013) ist die Diagnose des pathologischen Glücksspiels erstmalig unter der Kategorie der »Addiction and related disorders« als Verhaltenssucht eingeordnet und die bisherige Einstufung als Impulskontrollstörung aufgegeben. Dies dürfte die öffentliche Wahrnehmung des pathologischen Glücksspielens als Suchterkrankung befördern (Meyer & Bachmann 2011, Hayer & Meyer 2010).

DSM-V (2013) Spielsucht als Verhaltenssucht kategorisiert

Laut Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS; Meyer 2012) betragen die Umsätze auf dem (legalen) deutschen Glücksspielmarkt 2010 31,51 Mrd. Euro. Erneut stiegen die Umsätze (auf 17,21 Mrd. Euro – plus 6,5%) bei den rund 236.000 gewerblichen aufgestellten Geldspielautomaten (vgl. Bühringer et al. 2007).

Zuwachs in der ambulanten Beratungsnachfrage

Der Zuwachs in der ambulanten Beratungsnachfrage (2010/11) von süchtigen Spielern setzt sich fort. Ihr Anteil in den Suchtberatungsstellen hat sich von 4,7% auf 5,6% (Einzeldiagnosen) bzw. von 4,2% auf 5% (Hauptdiagnosen) erhöht. Mehr als 50% der Spieler im stationären Bereich litten außerdem unter einer substanzgebundenen Abhängigkeit.

Überwiegend Spieler an Geldspielautomaten

Die hochgerechnete Gesamtzahl der betreuten Spieler in den bundesweit 1.320 ambulanten Suchtberatungsstellen betrug 15.800, nach 13.400 in 2009. Spieler an Geldspielautomaten bilden mit 74,3% nach wie vor mit Abstand die größte Gruppe. In stationären Einrichtungen hat der Anteil pathologischer Spieler an der Gesamtzahl der Patienten ebenfalls zugenommen (Einzeldiagnosen: von 3,6% auf 4,1%; Hauptdiagnosen: von 1,6% auf 2,5%). Nach der aktuellsten Prävalenzstudie (Erhebungszeitraum: 2011) ist bei 0,51% der bundesdeutschen Bevölkerung (275.000 Personen) ein problematisches Spielverhalten und bei 0,49% (264.000 Personen) ein pathologisches Spielverhalten festzustellen.

Nach wie vor ist von einem Durchschnittsverlust von 33 Euro je Betriebsstunde, einem Maximalverlusts von 80 Euro und einem Maximalgewinn von 500 Euro pro Stunde auszugehen. Der Glücksspielcharakter des Automatenspiels blieb damit unangetastet, da bei entsprechender Spieldauer weiterhin Vermögenswerte auf dem Spiel stehen. Das Ausmaß der Verschuldung bei pathologischen Glücksspielern betrug 2010: keine = 32,3%, bis € 10.000 = 34,5%,

bis € 25.000 = 15,0%, bis € 50.000 = 10,8%, über € 50.000 = 7,4% (Meyer, Rumpf, Kreutzer, de Brito, Glorius, Jeske et al. 2011; Meyer 2012).

Anfang 1985 wurde bei uns der erste pathologische Glücksspieler zu einer mittelfristigen Entwöhnungsbehandlung aufgenommen. Bis heute (2013) sind es teilstationär und stationär ca. 1.500 zum größten Teil (ca. 98%) männliche Spieler. Davon sind ca. 90% Automatenglücksspieler. Durchschnittliche Verluste bei dieser Spielform erreichen leicht 300–400 € pro Tag. Da Einsätze jedoch oft gleichzeitig an mehreren Automaten erfolgen, erreichen die Verluste an einzelnen Tagen, vor allem nachdem Einkünfte zu verzeichnen sind, erheblich höhere Werte, sodass in wenigen Tagen das gesamte Monatseinkommen verspielt ist und notwendige Ausgaben nicht mehr zu bestreiten sind.

Das übrige pathologische Spielverhalten verteilt sich auf Roulette, Pferde- und Sportwetten, Lotto, diverse Kartenspiele und seit einiger Zeit in stärkerem Maß Internetglücksspiele (Poker, Roulette, Wetten). Die Zahl der Spielhallen mit Sportwettangeboten hat in der jüngsten Vergangenheit drastisch zugenommen (Trümper 2013).

In den letzten Jahren kommen verstärkt Patienten in die Beratungsstellen und Kliniken, die sich an **Glücksspielen im Internet** beteiligt haben. Dabei handelt es sich in erster Linie um »typische« Casinospiele mit hoher Ereignisfrequenz (Spielabfolge) wie Roulette, Black Jack, Poker, aber auch Live-Wetten und Lotterien, die ein **hohes Suchtpotenzial** besitzen. Das hohe Gefährdungspotenzial des Internetglücksspiels lässt sich aus den in der Übersicht angeführten Kriterien ableiten (Hayer et al. 2005; Meyer & Bachmann 2005).

Durchschnittliche Verluste erreichen  
leicht 300–400 € pro Tag

Hohes Suchtpotenzial  
bei Glücksspielen im Internet

#### Kriterien des Internetglücksspiel-Gefährdungspotenzials

- **Verfügbarkeit und Griffnähe:** quasi von zu Hause und zu jeder Zeit
- **Ereignisfrequenz:** hohe Anzahl an Spielen (»Kicks«) pro Zeitintervall
- **Interaktivität:** Einbindung des Spielers in den Ablauf des Geschehens fördert irrationale Kompetenzgefühle
- **Bargeldloser Zahlungsverkehr:** finanzielle Transaktionen über Kreditkarte oder alternative bargeldlose Zahlungsmittel (Überweisungen, Lastschriften, E-Payment), wodurch ein höheres Risiko entsteht, den Überblick über die Geldausgaben zu verlieren und sich stärker zu verschulden
- **Anonymität:** soziale Hemmungen sind unter Wahrung der Anonymität leichter zu überwinden
- **Realitätsflucht:** hohe Ereignisfrequenz und Anonymität, dadurch Förderung des Abtauchens in einen bewusstseinsveränderten Zustand, der ein geeignetes Mittel zur Ablenkung von Alltagssorgen, Konflikten und Stress darstellt
- **Abbau von Hemmschwellen:** Wegfall langer Anfahrtswege, Verzicht auf Ausweiskontrollen; Aufenthalt in einer bekannten Umgebung und keine Kleiderordnungen
- **Vielfalt der Angebotspalette:** breites Spektrum an Spielformen und Einsatzmöglichkeiten, Chatrooms, in denen Kontakt zu Mitspielern oder Angestellten aufgenommen werden kann
- **Vermarktung:** Vermarktung von Glücksspielen im Internet durch marktschreierische Selbstdarstellungen der privaten Anbieter (wie »höchste Auszahlungsquote«, »die meisten Spielteilnehmer« oder »ältestes Casino der Welt«)



Online-Spielversuche besonders verlustreich

- **Kundenfreundliche Angebote:** Anbieter von Online-Glücksspielen sind wegen niedriger Betriebskosten und geringen Investitionserfordernissen in der Lage, günstigere Auszahlungsquoten (z. B. an Spielautomaten) und benutzerfreundlichere Spielformen (z. B. das Roulette ohne Null) als Offline-Anbieter zu gewähren.

Bei einigen Spielern in der Klinik gestalteten sich erste Online-Spielversuche so verlustreich, dass sie schockiert zu ihrer ursprünglichen Glücksspielart zurückkehrten und das Ereignis letztlich sogar zum Anlass nahmen, sich zu einer Behandlungsaufnahme zu entschließen.

Zur **Diagnosestellung** sind die in der Übersicht dargestellten Kriterien (DSM-, ICD-Merkmale) heranzuziehen. Eine deutsche Fassung der neueren DSM-V-Kriterien liegt bisher nicht vor, sodass weiterhin die IV. Ausgabe Gültigkeit hat.

Mindestens fünf der folgenden Merkmale müssen zutreffen

### Diagnosekriterien für pathologisches Glücksspiel

Die DSM-IV-Kriterien lauten (Saß et al. 1996):

A. Andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:

1. ist stark eingenommen vom Glücksspiel (starkes Beschäftigt-Sein mit gedanklichem Nacherleben vergangener Spielerfahrungen, mit Verhindern oder Planen der nächsten Spielunternehmungen, Nachdenken über Wege, Geld zum Spielen zu beschaffen),
2. muss mit immer höheren Einsätzen spielen, um die gewünschte Wirkung zu erreichen,
3. hat wiederholt erfolglose Versuche unternommen, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben,
4. ist unruhig und gereizt beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben,
5. spielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung (Gefühle von Hilflosigkeit, Schuld, Angst, Depression) zu erleichtern,
6. kehrt, nachdem er beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen (dem Verlust »hinterherjagen«),
7. belügt Familienmitglieder, den Therapeuten oder andere, um das Ausmaß seiner Verstrickung in das Spielen zu vertuschen,
8. hat illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um das Spielen zu finanzieren,
9. hat eine wichtige Beziehung, seinen Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen wegen des Spielens gefährdet oder verloren,
10. verlässt sich darauf, dass andere ihm Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Kontraindikation Manische Episode

B. Das Spielverhalten kann nicht besser durch Manische Episoden erklärt werden.

Die diagnostischen Richtlinien der ICD-10 lauten (Dilling et al. 1991):

- dauerndes, wiederholtes Spielen
- anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse

Neben den DSM- und ICD-Diagnosekriterien ist das klinische Screening-Verfahren KFG (Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten) ein geeignetes Mittel zur Erfassung eines gestörten Glücksspielverhaltens (Petry 1996). Anhand einer 20-Item-Selbsteinschätzungsskala lässt sich ermitteln, wann eine beratungs- bzw. behandlungsbedürftige Problematik vorliegt und wie stark sie ausgeprägt ist (beginnende Glücksspielproblematik, mittelgradige Glücksspielsucht, fortgeschrittene Glücksspielsucht). Ein weiteres diagnostisches Verfahren ist der South Oaks Gambling Screen (SOGS), mit dem einzuschätzen ist, ob problematisches oder pathologisches Glücksspiel vorliegt. Das Testverfahren wurde von Lesieur und Blume (1987) entwickelt und seitdem häufig in international repräsentativen Bevölkerungsbefragungen angewandt. Die methodische Grundlage bildet ein integrativer Behandlungsansatz mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt (vgl. Bachmann 2000, 2004a; Meyer & Bachmann 2011).

Zur Vermittlung von Einsichten und zum Hinterfragen irrationaler Annahmen kommen eher gesprächspsychotherapeutische und kognitive Ansätze zur Anwendung. Geht es um die konkrete Veränderung von Lebensgewohnheiten, die Erweiterung sozialer Kompetenzen, die Entwicklung von Selbstkontrolltechniken (z. B. in der Motivations- bzw. Entzugsphase), werden verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt (Sachse 1990; Ferstl & Bühringer 1991; Grawe et al. 1994). Die Methoden haben sich an der individuellen Krankheitssymptomatik des Spielsüchtigen zu orientieren – und nicht umgekehrt.

Die Spielerbehandlung ist in Einzel- und Gruppentherapie durchzuführen. Die Gruppenform gewährleistet zusätzlich den **Erfahrungsaustausch**: Wie ist Spielabstinenz zu erreichen, welche Empfindungen sind dabei zu verarbeiten, wie die erste Zeit des Entzugs zu gestalten, die Krankheitseinsicht und Akzeptanz zu fördern und der Abstinenzwunsch dauerhaft zu festigen? Fortgeschrittene Patienten haben für neue Gruppenmitglieder wichtige Vorbildfunktionen, bieten Halt und Unterstützung bei der vorbehaltlosen Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik und der Bewältigung der durch die Sucht verursachten Scham- und Schuldgefühle. Sowohl die Gruppe als auch zusätzliche **einzel- und familientherapeutische Maßnahmen** (Bachmann 2004b; Meyer & Bachmann 2011) bieten vielfältige Möglichkeiten, die (multifaktoriellen) **Ursachen** der Krankheitsentwicklung einzusehen, notwendige **Änderungen** in Einstellungen und im Verhalten einzuleiten, den Umgang mit Geld zu korrigieren, Alternativen zum Glücksspiel auszubauen und eine zufriedene Abstinenz zu erreichen.

## 2.1 Spieler in Behandlung

Es steht außer Frage, dass eine Krankheit immer mit einem möglichst geringen persönlichen und ökonomischen Aufwand zu behandeln ist. Dieser allgemeine Grundsatz macht es jedoch für Betroffene und Behandelnde aus **ambulantem, teilstationären und stationären Einrichtungen** nicht einfacher, die individuell richtige Therapieform zu wählen. Inzwischen gibt es etwa ein halbes Dutzend Kliniken in Deutschland, die spezielle Konzepte für die Therapie von pathologischen Glücksspielern entwickelt haben (vgl. Custer & Milt 1985; Kellermann 1988; Bachmann 1989, 2000, 2004a; Schwarz & Lindner 1990; Lesieur & Blume 1991). Wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen kommt ein Teil der pathologischen Glücksspieler ohne professionelle Hilfe aus und schafft es mit Unterstützung einer Selbsthilfegruppe, vom Glücksspiel loszukommen. In ganz Deutschland haben sich parallel zu den Anonymen Alkoholikern Gruppen der **Anonymen Spieler (GA)** gebildet, deren Zentrale sich in Hamburg befindet

KFG – Kurzfragebogen  
zum Glücksspielverhalten

Methodische Grundlage bildet ein  
integrativer Behandlungsansatz:  
Kognitive Ansätze und Verhaltens-  
therapeutische Methoden

Erfahrungsaustausch unter  
Betroffenen

Fortgeschrittene Patienten haben  
für neue Gruppenmitglieder wichtige  
Vorbildfunktionen

Kliniken, die spezielle Konzepte  
für die Therapie von Pathologischen  
Glücksspielern entwickelt haben

Selbsthilfegruppe Anonyme Spieler

Ambulante Suchtberatungsstellen

Behandlungskette

(Gamblers Anonymous 1984; Anonyme Spieler 1986; Meyer 1989). **Ambulante Suchtberatungsstellen** haben eigene **Spieler- und Angehörigengruppen** gegründet. Suchttherapie findet generell in enger Zusammenarbeit statt. Die unterschiedlichen »Institutionen« bilden eine **Behandlungskette**, durch die beispielsweise die notwendige Vorbereitung und Beantragung eines stationären Aufenthalts sowie eine wichtige Nachbetreuung gewährleistet ist. Die Übersicht zeigt, was für eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit einer stationären Einrichtung spricht.

#### Gründe für den frühzeitigen Kontakt mit einer stationären Einrichtung

- Örtlich sind keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten gegeben.
- Ambulante und teilstationäre Therapieversuche sind gescheitert.
- Ein »Schutzraum« ist notwendig, weil das soziale Umfeld zu schwierig ist.
- Es liegen starke psychische oder soziale Notlagen vor.

Erklärungsansatz, der die biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte einbezieht

Wie bei anderen Suchterkrankungen existiert auch bei (Glücks-)Spielabhängigkeit **kein einheitliches Störungsmodell**. Ein umfassender **Erklärungsansatz, der die biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte einbezieht**, scheint am ehesten geeignet zu sein, die **Entstehung und Aufrechterhaltung** der Abhängigkeit zu beschreiben.

## 2.2 Erklärungsmodelle

Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit

### 2.2.1 Das Teufelskreismodell

Das Teufelskreismodell (■ Abb. 2.1) von Kufner (1981) für Alkoholismus ist auch auf die Spielsucht anwendbar: Die **positive Wirkung** eines spannungslösenden und/oder euphorisierenden Suchtverhaltens ist demnach von unterschiedlichen **negativen (neurobiologischen, psychischen, sozialen/ökonomischen) Folgen begleitet**, und um diese zu lindern, entsteht wiederum ein erhöhtes Verlangen nach dem Suchtverhalten.

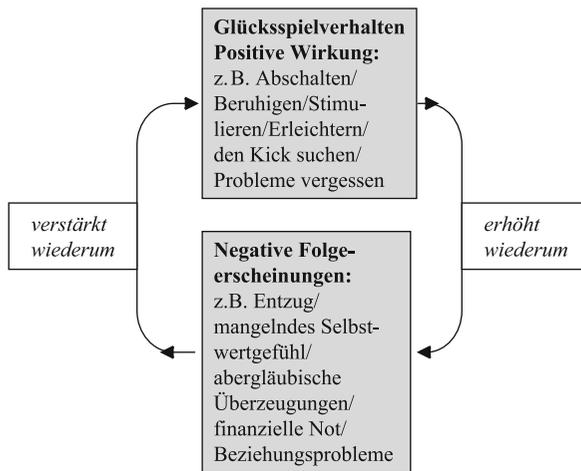
Positive Wirkung eines spannungslösenden und/oder euphorisierenden Suchtverhaltens

**Positive Wirkungen** des Spielens bestehen z. B. darin, dass Glücksspieler an nichts anderes denken, Probleme und Konflikte vergessen, abschalten, sich entspannen, beruhigen bzw. anregen und euphorisieren, aufputschen (den »Kick« suchen).

**Negative Folgen** des Spielens sind:

- entzugsähnliche Erscheinungen, wie z. B. Nervosität, Unruhe, Schweißausbrüche, Kreislaufstörungen, Schlafstörungen (neurobiologisch),
- abergläubische Überzeugungen bezüglich der Gewinnchancen, Schuld- und Schamgefühle, negatives Selbstbild/geringes Selbstwertgefühl, Gefühl der Ausweglosigkeit, depressive Verstimmungen, suizidale Tendenzen (psychisch),
- Partnerschaftsprobleme, soziale Konflikte, massive finanzielle Notlagen, unüberlegte Kredite, Verschuldung, Beschaffungsdelikte, Straffälligkeit (sozial/ökonomisch).

Das Suchtverhalten mit seiner erleichternden, entspannenden und euphorisierenden Wirkung und die Bekämpfung der negativen Konsequenzen des Spiel-



■ **Abb. 2.1** Teufelskreismodell. (Mod. nach Kufner 1981)

konsums halten sich so gegenseitig aufrecht und verstärken sich: Ein **Anstieg der mit den Folgeschäden** verbundenen drückenden Sorgen und Nöte **steigert wiederum den Einsatz des Suchtverhaltens**. Insbesondere ungeordnete finanzielle Verhältnisse und eine wachsende Verschuldung verstärken die »**abergläubische**« **Überzeugung** (irrationale Kognitionen), die **Befreiung aus dieser Situation läge ausschließlich in einem schnellen Gewinn**, also weiterem Spielen. Es festigt sich ein »Alles-oder-Nichts-Denken«, bei dem man wie ein »Glücksritter« entweder ganz oben oder ganz unten steht, was in erheblichem Maße zur weiteren Aufrechterhaltung des Glücksspiels beiträgt. Entzugsähnliche Erscheinungen treten hinzu, die das Suchtverhalten immer stärker als »inneren Zwang« erscheinen lassen.

»Glücksritter –  
Alles-oder-Nichts-Denken«

### 2.2.2 Intrapsychische Erklärung

Es besteht die Annahme, dass das pathologische Glücksspielen – in Abhängigkeit von Situationen und persönlichem Befinden – enthemmend/stimulierend oder dämpfend/beruhigend wirkt, also den psychischen Zustand stark beeinflusst. Eine mangelnde Kontakt- und Konfliktfähigkeit lässt sich so z. B. »überspielen«. Alltägliche Rituale entwickeln sich, etwa zu bestimmten Tageszeiten eine beruhigende/entlastende Wirkung (z. B. zum Feierabend) zu suchen, und in einer schlecht strukturierten Freizeit, in der Langweile droht, einen aufputschenden/stimulierenden Effekt des Glücksspiels zu erzielen. Je nach Intensität und Länge des Glücksspiels droht eine recht schnelle Gewöhnung. Hinzu kommt eine Toleranzveränderung, die eine »Dosissteigerung« zur Folge hat, um die gleiche erwünschte Wirkung hervorzurufen. In ähnlicher Weise lässt sich exzessives Spielen dazu einsetzen, sich von Problemen, schlecht bewältigten Alltagssituationen und Beziehungskonflikten abzulenken oder sich z. B. vor unverarbeiteten Erfahrungen aus der Vergangenheit zu schützen – mit der Gefahr, in eine Abhängigkeit zu geraten.

Kontakt-/Konfliktfähigkeit ausbauen

»Dosissteigerung«, um den gleichen Effekt zu erzielen

Häufiger berichten Patienten, vor der Glücksspiel-Problematik aktiv **Leistungssport** betrieben zu haben. Durch Verletzung oder andere Hinderungsgründe sei es zu einem **abrupten Abbruch gekommen**. Das so entstandene **Unausgefülltsein** und eine starke innere **Leere** hätten zu einem verstärkten Interesse an Glücksspielen geführt. Der zuvor im Mittelpunkt der Freizeit oder

der Lebensgestaltung stehende Leistungssport habe Ersatz im »**Adrenalin-Junking**« des Glücksspiels gefunden. Dabei scheint von Bedeutung zu sein, dass der Sport selbst ein hohes »Belohnungspotenzial« (große emotionale Erregung bei Sieg/Niederlage, erhoffter Ruhm, soziale Anerkennung) aufwies, wenig Raum für anderes ließ und so kaum Alternativen vorhanden waren, als es zur Aufgabe kam.

### 2.2.3 Suchtthese: ungünstiger (dysfunktionaler) Umgang mit Gefühlen

Umgang mit Emotionen

Als ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von Suchtverhalten wird die **Störung des Selbstregulationssystems** angesehen. Einen **zentralen Stellenwert** nimmt dabei ein **unzureichender Umgang mit Emotionen** ein (Gross & Thompson 2006; Gross 2002; Schröder & Petry 2003; Gross & Munoz 1995). Potenzielle Suchtmittel (Glücksspielen, Alkohol oder Drogen) sind sehr **kurzfristig** und anfangs in **gravierender Weise** dazu in der Lage, **von emotionalen Belastungen zu erleichtern**. Die **Wirkung ist jedoch von kurzer Dauer**, »stresauslösende Situationen« (umwelt-/personenbedingt) sind dadurch nicht beseitigt, nehmen längerfristig sogar erheblich zu und das Bedürfnis steigt, mehr davon einzusetzen. Suchtverhalten wird deshalb häufig als eine »**gescheiterte Problemlösung**« bezeichnet.

Problemlösefähigkeit verbessern

Diese Überlegungen sind in der ■ Abb. 2.2 und ■ Abb. 2.3 grafisch dargestellt: Die unmittelbare und kurzfristige Strategie, emotionale Belastungen unter Einsatz von Glücksspielverhalten und/oder psychotropen Substanzen zu reduzieren (»direkt lindern«), ist durch den »inneren Kreis« charakterisiert, der eine umfangreichere Betrachtung der Ursachen (person- oder umweltbezogen) des Unwohlseins außer Acht lässt. Geschieht dies über längere Zeit und/oder in bestimmter Intensität, kommt es zu einem gewissen Entwicklungsstillstand, eigene Kompetenzen werden nicht weiter ausgebaut und auf ungünstige Umweltbedingungen wird nicht adäquat eingewirkt (■ Abb. 2.3 – äußerer Kreis).

Kompetenzen ausbauen

Der »**innere Kreis**«, die emotionale Belastung **direkt** mit Glücksspielen (Verhalten mit Suchtpotenzial) oder psychotropen Substanzen zu **lindern**, löst sich aus dem Gesamtzusammenhang und eine konstruktive Gestaltung und Weiterentwicklung (**äußerer Kreis**) stressinduzierender (hervorrufender) Person- und Umweltfaktoren unterbleibt (■ Abb. 2.3).

Stärker werdendes  
»Darauf-angewiesen-Sein«

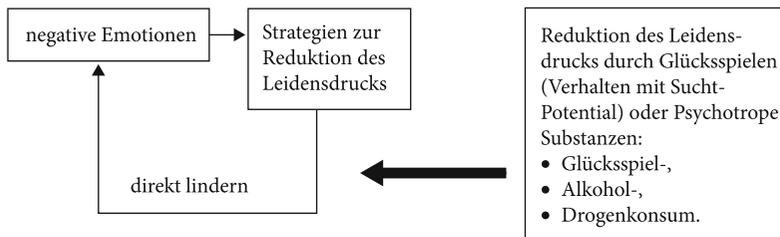
Schreitet dieser Prozess fort, ist ein immer stärker werdendes »Darauf-angewiesen-Sein« zu erwarten, da andere Ressourcen zur »Problemlösung« weiter zurückgehen, negative (Sucht-)Folgeerscheinungen stark zunehmen und auch die soziale Umgebung in die Beeinträchtigung einbezogen (Freunde und Bekannte ziehen sich zurück) ist.

Grundsätzlich lassen sich **negative Emotionen** in eher konstruktiver **entwicklungsfördernder** oder (längerfristig) **beeinträchtigender Weise** herabregulieren.

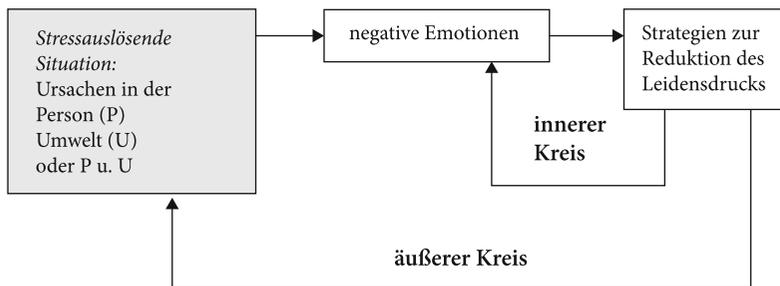
A. Gescheiterte Problemlösung:

1. **Glücksspielverhalten** und/oder Einsatz **psychotroper Substanzen** (innerer Kreis) zur kurzfristigen Reduktion der negativen Gefühle
2. **Vermeidung der ursächlichen** zur Lebensbewältigung aber erheblich relevanten **Situation** (äußerer Kreis: z. B. Aufnahme von Kontakten, Prüfungen), **wodurch längerfristig erhebliche negative Folgen zu erwarten sind** (z. B. Zunahme von Ängsten, Aufgabe von beruflichen Entwicklungschancen, soziale Isolierung etc.)

## 2.2 · Erklärungsmodelle



■ **Abb. 2.2** Suchthypothese: Kurzfristige, direkte Reduktion des Leidensdrucks durch Glücksspielen (Verhaltensweise mit Suchtpotenzial) und/oder psychotrope Substanzen



■ **Abb. 2.3** Regulationsprozess negative Gefühle zu reduzieren

## B. Konstruktive Herangehensweise:

1. Einsatz **kurzfristiger positiv wirkender Entlastungsstrategien** (innerer Kreis): kurzfristiges »Dampf ablassen« durch z. B.: vor sich hinschimpfen, sich etwas von der Seele reden, Sport und andere Entspannungsmöglichkeiten. **Plus** eine nutzbringende **Bearbeitung** (äußerer Kreis) der **person- und/oder umweltbedingten Ursachen**: durch z. B. Steigerung der eigenen sozialen Kompetenzen und Konfliktfähigkeit (P), Verbesserung der Umweltbedingungen (U), z. B. intensives Gespräch über eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen mit dem Chef, Arbeitsplatzwechsel, Paargespräche etc. Die Kombination der beiden Strategien führt dazu, dass ein **kurzfristiges Dampfablassen** (1. Strategie) eine durch **Stress bedingte Einengung des Wahrnehmungsfeldes verhindert**, um dann, unter dem schon spannungsreduziertem Zustand, eine optimale Lösung (2. Strategie: Person- und Umweltfaktoren beeinflussen) zu erarbeiten.
2. Eine **verzichtbare, ursächlich schädigende Situation** (äußerer Kreis) **verlassen** (z. B. Zocker- oder Drogenszene konsequent meiden).

Kurzfristiges »Dampf ablassen«

Nutzbringende Bearbeitung der person- und/oder umweltbedingten Ursachen

Zocker- oder Drogenszene konsequent meiden

### 2.2.4 Verhaltens-/Konditionierungsmodell

Wie bei der Substanzabhängigkeit wird auch bei der **Entstehung** und **Aufrechterhaltung** der Glücksspielsucht dem **verhaltensverstärkenden Belohnungssystem** eine zentrale Rolle zugeschrieben (Grüsser et al. 2002). Dieser Ansatz betont vor allem die »belohnende« Wirkung eines Suchtverhaltens und die damit in Verbindung stehenden Lernerfahrungen, z. B. mehr Selbstvertrauen zu haben, gut gelaunt zu sein (= positive Verstärkung), aber auch den Wegfall bzw. die Linderung von unangenehmen Gefühlszuständen (depressive Verstimmungen, Ängste = negative Verstärkung). Aufgrund der positiven Erfah-

Glücksspielen oder psychisch wirksame Substanzen beeinflussen den Botenstoffhaushalt des Gehirns

»Glücks- oder Wohlfühlhormone«

Grundlegende strukturelle Veränderungen im Gehirn

Suchtgedächtnis besteht fort (auch nach langer Zeit der Abstinenz)

Einstiegs- und Suchtphase

rungen kommt es zum erneuten Glücksspiel: »Wenn ich spiele, fühle ich mich besser« (Lernen durch positive Konsequenzen; Elsäßer & Sartory 2001).

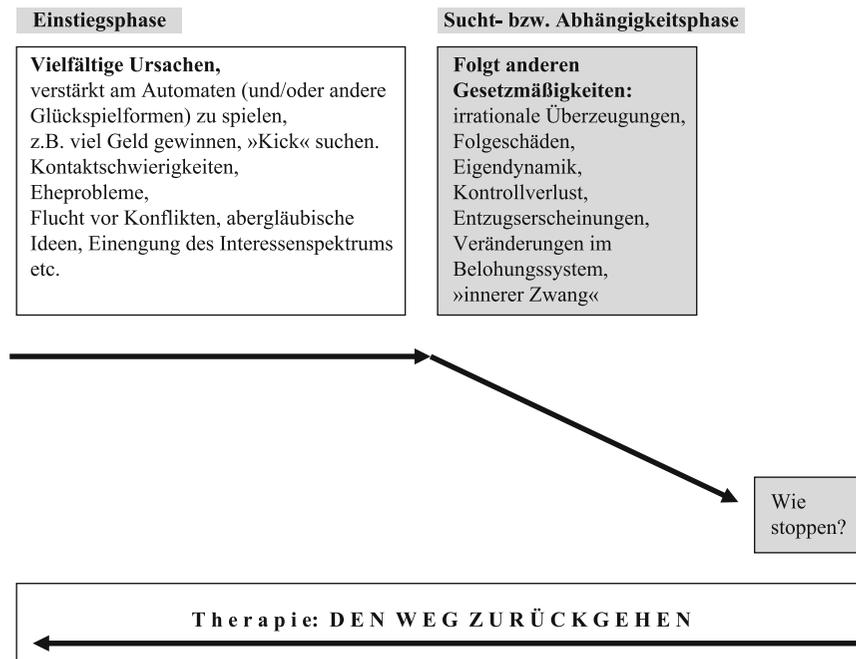
Wodurch entstehen aber diese belohnenden Wirkungen? Exzessives Verhalten wie pathologisches Glücksspielen oder psychisch wirksame Substanzen (Alkohol, Drogen) beeinflussen den Botenstoffhaushalt des Gehirns. Körpererogene »Glücks- oder Wohlfühlhormone« (z. B. Endorphine, Dopamin) sind u. a. in einem kleinen, aber sehr bedeutsamen Teil des Gehirns aktiv: dem **Belohnungszentrum**. Es **steuert die emotionale Befindlichkeit** des Menschen, belohnt mit guter Laune und Schwung bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Das Belohnungszentrum ist sozusagen der Sitz aller Lust- bzw. Unlustgefühle des Menschen. Bei Ausfall dieses Systems hätten wir zu nichts mehr Lust, nicht einmal auf Nahrungsaufnahme oder Sexualität. Durch das anhaltende und regelmäßige Glücksspielen vollziehen sich **grundlegende strukturelle Veränderungen im Gehirn**, indem Wohlbefinden in immer stärkerem Ausmaß vom Glücksspielen abhängig ist. Man spricht in diesem Zusammenhang vom **Suchtgedächtnis**. Es merkt sich, in welcher Situation, in welcher Umgebung, bei welchen Gefühlszuständen etc. (Dinge, die mit dem Suchtverhalten verknüpft/konditioniert sind) Spielen eine bestimmte angenehme Wirkung hatte (vgl. Böning & Grüsser-Sinopoli 2008). Bei Aktivierung des Suchtgedächtnisses werden die **unerwünschten Nebenwirkungen ausgeblendet**, und stattdessen treten die positiven Erfahrungen hervor (Lindenmeyer 2005b). Es wird angenommen, dass das Suchtgedächtnis (auch nach langer Zeit der Abstinenz) nicht erlischt und in bestimmten Situationen »blitzschnell« ein starkes Verlangen (Spieldruck – »Craving«) nach dem Suchtverhalten auslösen und einen Rückfall initiieren (hervorrufen) kann. Hierzu Böning und Grüsser-Sinopoli (2009, S. 54):

»In diesem gewissermaßen autonom gewordenen Prägungszustand vermag der für ‚Vernunft‘ und Handlungsplanung zuständige Präfrontalkortex die tiefen subkortikalen Hirnstrukturen (u.a. ventrales Tegmentum, Striatum und Amygdala) nicht mehr zu kontrollieren.«

Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse (Grüsser & Wölfling 2003; Lindenmeyer 2004) stimmen darin überein, dass es sich bei der Spielsucht um eine durch Lernen entstandene, **dauerhafte neurostrukturelle Veränderung des Gehirns** handelt. Daher kann sich die Behandlung nicht darauf beschränken, den Betroffenen den Verzicht auf die Verstärkungswirkung ihres Problemverhaltens durch die Bereitstellung von Alternativressourcen zu erleichtern. Die Behandlung muss die Betroffenen außerdem in Form einer gezielten **Rückfallprävention** zusätzlich dazu befähigen, in persönlich relevanten Rückfallrisiko-Situationen die fortbestehende automatisch reaktivierende Tendenz zu ihrem Problemverhalten zu überwinden bzw. unter Kontrolle zu halten. Da es sich bei einer solchen Sensitivierung des Belohnungssystems auf störungsspezifische Auslöser um unterschwellige Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Gedächtniseffekte handelt, ist den Betroffenen mitunter nicht bewusst, warum sie ihr Problemverhalten immer wieder ausführen. Sie verstehen nicht, dass sie nach längerer Abstinenz wieder rückfällig werden, obwohl sie die Schädlichkeit dieses Handelns längst erkannt haben.

### 2.3 Das Suchtmodell

In das **nachfolgend** dargestellte **Suchtmodell** lassen sich die **bisherigen Erklärungsansätze integrieren**. Es unterscheidet zwischen Einstiegs- und Suchtphase. Dabei werden Bedingungen der Entstehung (Einstiegsphase) und der Auf-



■ Abb. 2.4 Suchtmodell

rechterhaltung (Suchtphase) sowie therapeutische Schlussfolgerungen einander gegenübergestellt (■ Abb. 2.4).

### 2.3.1 Phase des Einstiegs

Die Erklärungsmodelle und Beobachtungen lassen schlussfolgern, dass es **vielfältige (multifaktorielle) Ursachen** gibt, die zum Einstieg und zu einem verstärkten Interesse am Glücksspiel führen. Hierzu gehört, mit wenig Einsatz **viel Geld gewinnen** zu wollen. Früh kann eine irrationale Einschätzung hinzukommen, über **besondere Fähigkeiten** oder Glück bei bestimmten Spielen zu verfügen. Der »Nervenkitzel« des Spiels, der nicht nur von den Gewinnaussichten, sondern in noch stärkerem Maße durch einen drohenden ökonomischen Existenzverlust hervorgerufen wird, lenkt von drückenden Problemen ab und fördert eine **Flucht vor Konflikten**. Während des Spielens wird **von psychischen Belastungen abgeschaltet**, und potenzielle **Defizite** im Selbstvertrauen und in den sozialen Kompetenzen **treten in den Hintergrund**. Im Spielrausch entstehen sogar Omnipotenzgefühle (Größenfantasien).

Bereits in der Einstiegsphase können **erhebliche Auffälligkeiten** auftreten. Es wird über die eigenen finanziellen Verhältnisse gespielt. Der Spieler überschreitet einen zeitlichen Rahmen, erste Pflichten werden vernachlässigt. Therapeutische Bemühungen in dieser Phase zielen wie bei der Behandlung neurotischer Störungen darauf ab, Ursachen für die Spielproblematik **einzusehen, zu bearbeiten und alternative Verhaltensweisen** zum Glücksspiel zu entwickeln. Nicht jedes abweichende Spielen ist als süchtig zu bezeichnen. Damit eine weitere Gefährdung unterbleibt und weil ein völliger Verzicht auf Glücksspielen leichter zu verwirklichen ist als ein »kontrollierter« Umgang, dürfte bereits bei problematischem (Glücks-)Spielen Abstinenz angebracht sein.

Vielfältige (multifaktorielle) Ursachen

Ursachen einsehen, bearbeiten  
und alternative Verhaltensweisen zum  
Glücksspielen entwickeln

Glücksspielen hat eine Eigendynamik entwickelt

Unwiderstehlicher Drang zum Weiterspielen

Glücksspielen wird zum zentralen Lebensinhalt und übernimmt großen Teil der Gefühls(Affekt)-regulation

Auslösefunktion für Emotionen

Signale des Spielablaufs und Empfindungen werden miteinander verknüpft

### 2.3.2 Phase der Sucht

In der Suchtphase ist das Spielverhalten durch einen **Kontrollverlust bzw. die Unfähigkeit zur Abstinenz gekennzeichnet**. Das (Glücks-)Spielen hat eine starke **Eigendynamik entwickelt**, was durch die abfallende Linie in  Abb. 2.4 gekennzeichnet ist. Der Spieler verspürt einen **unwiderstehlichen Drang** oder »inneren Zwang« zum Weiterspielen. Selbst stark negative Folgeerscheinungen, erhebliche ökonomische, soziale und psychische Nachteile können das Spielverhalten nicht stoppen, verschlimmern es häufig eher noch. Berufliche und häusliche Pflichten, andere Interessen und Verhaltensweisen, die bisher den Lebensinhalt bestimmten und zur Entspannung und zu einem psychischen Ausgleich beigetragen haben, gehen stark zurück. Der Spieler ist so immer mehr auf das Spielverhalten fixiert und angewiesen. Wie bei Drogen tritt eine Toleranzveränderung ein, muss der abhängige Spieler die »Dosis« steigern, um die erwartete psychische Wirkung zu erzielen.

Es entsteht eine **Abhängigkeit**, die dadurch gekennzeichnet ist, dass alltägliche lebensnotwendige Gefühle und Empfindungen, wie Freude, Hoffnung, Enttäuschung, Ärger etc., die ansonsten mit anderen Ereignissen im Familien-, Berufs- und Freizeitleben verbunden sind, sich allmählich fast ausschließlich auf den Spielverlauf beziehen. (Glücks-)Spielen wird zum zentralen Lebensinhalt und übernimmt einen großen Teil der Gefühls(Affekt)-Regulation. Unterschiedliche Signale wie Geräusche, Töne und Lichter, die den Spielablauf begleiten, übernehmen die **Auslösefunktion für Emotionen**. Das Belohnungszentrum ist dauerhaften neuronalen Veränderungen ausgesetzt. Findet kein Spiel statt, fühlt sich der Spieler leer, stark gelangweilt, unruhig. **Entzugsähnliche Erscheinungen** treten auf, etwa starke Nervosität, Schwitzen, aber auch Herzbeschwerden.

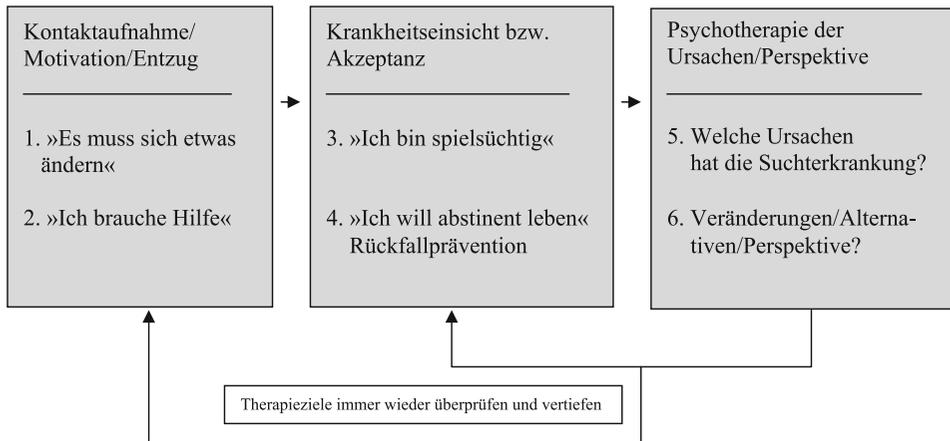
Insbesondere die massive Existenzgefährdung und eine damit verbundene hohe Erregung, Aufmerksamkeit und Konzentration führen dazu, dass sich die mit dem Spielablauf einhergehenden **Signale und Empfindungen** sehr stark miteinander verknüpfen (konditioniert werden) und sich nur schwer wieder lösen. Trotz der immer drückender werdenden negativen **sozialen und psychischen Folgeerscheinungen** (oft vorhandene steigende Suizidgefährdung und Delinquenz) sind **suchtspezifische Abwehrhaltungen** aktiv, die dazu führen, dass aus starken **Scham- und Schuldgefühlen** heraus **Spielprobleme geleugnet** und **bagatellisiert** werden. Häufig ist es nur durch eine massive Intervention von außen möglich, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

Kellermann & Sostmann (1992, S. 173) meinen grundsätzlich: »Bei einer Suchtkrankheit **zielt** die therapeutische Arbeit nicht nur auf die **zugrunde liegenden psychischen Probleme** bzw. Defizite, sondern **ebenfalls** auf die **Sucht selber**, nämlich die süchtige psychische Fehlentwicklung mit ihrer typischen, **eigenständigen Symptomatik**, welche eine spezifische Therapie erfordert.«

## 2.4 Therapeutische Schlussfolgerungen aus dem Suchtmodell

In der Suchttherapie sind die zuletzt gezeigten Symptome als Erstes in die Behandlung einzubeziehen, d. h., die Krankheitsentwicklung wird zurückverfolgt ( Abb. 2.5).

In der  Abb. 2.4 ist dies als »Den Weg zurückgehen« beschrieben. Um das Suchtverhalten zu stoppen, benötigt der Spieler zunächst Unterstützung dabei, Hilfe zu akzeptieren, Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe bzw. Suchtberatungs-



■ **Abb. 2.5** Therapieschritte und Fragestellungen

stelle aufzunehmen. Er gibt die Illusion auf, mit dem Problem allein fertigzuwerden. Hier kann häufig der Angehörige den ersten Schritt machen, indem er Hilfe in Anspruch nimmt, für sich selbst etwas tut, regelmäßig an Gesprächen teilnimmt, wodurch sich das intrafamiliale System verändert und damit das Verhalten des Suchtkranken in Richtung Therapie beeinflusst wird. Der Entzug wäre der nächste Schritt (■ Abb. 2.5). Um das **Glücksspielverhalten** zu stoppen, kann z. B. eine vorübergehende Fremdverwaltung des Geldes und eine schonungslose Bilanz über Verschuldung ebenso notwendig sein wie Selbstkontrollmethoden und Alternativen zum Spielen. Was hat dem Patienten früher einmal geholfen, es zu lassen? In der stationären Therapie ist dieser Schritt wegen des Schutzes durch die Klinik und der freiwillig eingeschränkten Ausgangsmöglichkeiten, somit durch die therapeutischen Rahmenbedingungen, meist einfacher.

Durch **Glücksspielangebote im Internet**, wie Roulette und andere, ist quasi das »eigene Wohnzimmer« zum Spielkasino geworden. In der Entwöhnungsbehandlung zeichnen sich beträchtliche Schwierigkeiten ab, die notwendige **Abgrenzung und Distanz zum Suchtverhalten** zu erreichen, zumal Glücksspielformen (»große Spiele«), die ein besonders hohes Suchtpotenzial besitzen, ständig verfügbar sind.

Der **Schwerpunkt** der therapeutischen Grundhaltung liegt darauf,

- die Eigenverantwortung des Spielers zu stärken,
- an Ressourcen anzuknüpfen und Potenziale zu fördern.
- Suchttherapie ist kein Restriktionsprogramm.

Als nächstes ist die **Motivation** zu einer umfassenden Veränderung zu fördern. Eine wachsende **Krankheitseinsicht** bzw. Akzeptanz festigt zunächst die Abstinenz, während die nachfolgende **Aufarbeitung der Ursachen** der Krankheitsentwicklung für eine dauerhafte Stabilisierung sorgt, der Patient somit nicht an den Ausgangspunkt der Krankheitsentwicklung zurückkehrt. Bei der Erreichung der Therapieziele ist eine gewisse Reihenfolge einzuhalten. Es ist wenig sinnvoll, mit dem Patienten an den Ursachen seiner Erkrankung zu arbeiten, wenn er die Behandlung für sich noch ablehnt oder keine ausreichende Krankheitseinsicht zeigt. Die unteren Pfeile in der ■ Abb. 2.5 deuten an, dass es sich bei der Therapie um einen **längerfristigen Prozess** handelt, bei dem die einzelnen Schritte immer wieder überprüft und vertieft werden müssen. Neben der Erläuterung der einzelnen Behandlungsschritte sind hierzu in den anschließenden Kapiteln Fragestellungen und Arbeitsmaterialien zusammengestellt.

Angehörige machen häufig den ersten Schritt

Überblick über finanzielle Situation, Selbstkontrollmethoden und Alternativen zum Spielen

Abgrenzung und Distanz zum Suchtverhalten

Eigenverantwortlichkeit und Potenziale fördern

Therapie: längerfristiger Prozess

## 2.4.1 Motivation

An die Annahme von Hilfe heranführen

Möglichst früh Angehörige in die Therapie einbeziehen

Die Behandlungsschritte und Therapieziele ambulanter und stationärer Einrichtungen unterscheiden sich nur schwerpunktmäßig voneinander. In der **ambulanten Behandlung** (Düffort 1989; Füchtenschnieder 1994) ergibt sich die Schwierigkeit, **einen Suchtkranken überhaupt an die Annahme von Hilfe heranzuführen**, dann den Kontakt aufrechtzuerhalten und das Abstinenzziel in der realen Lebenssituation mit den dort zahlreich vorhandenen Suchtauslösern zu erreichen. Möglichst früh sind die Angehörigen in die Therapie einzu-beziehen, was in erheblichem Maße zum Erfolg und Durchhalten der Therapie beiträgt.

Häufig ist es die angedrohte Scheidungsabsicht, der befürchtete Verlust des Arbeitsplatzes, die Ankündigung der Angehörigen, dass anderenfalls die elterliche Wohnung zu verlassen sei, oder eine angekündigte Anzeige wegen illegaler Geldbeschaffung, die den Spieler bewegt, Bereitschaft zu einer Therapie zu zeigen. Prochaska et al. (1992) teilen den Veränderungsprozess in fünf Phasen ein (► Übersicht).

### Die fünf Phasen des Veränderungsprozesses (nach Prochaska et al. 1992)

- Präkontemplation: geringste Einsichts- und Veränderungsbereitschaft
- Kontemplation: bereit über Probleme zu reden, nachzudenken, ohne jedoch praktische Handlungen vorzunehmen
- Vorbereitung: Veränderungen wollen, Hilfe suchen
- Aktiv werden: für Veränderungen entscheiden und beginnen, Verhältnisse zu ändern
- Aufrechterhaltung: Veränderungsprozesse weiterführen

Therapeut und Patient im Gespräch auf gleicher Ebene

Therapieabbrüchen frühzeitig entgegenwirken

Es ist darauf zu achten, dass sich Therapeut und Patient im Gespräch **auf der gleichen Ebene** befinden. Die Motivation des pathologischen Glücksspielers ist *nicht* als ein statischer Zustand anzusehen. Der Wunsch, mit dem Spielen aufzuhören, ist zunächst ausreichend, um eine Behandlung zu beginnen. Melville et al. (2007) betonen, dass es sich bei **frühzeitigen Therapieabbrüchen ohne Erzielung ausreichender Fortschritte** bei pathologischen Glücksspielern um ein bedeutendes Problem handelt. Die Autoren untersuchten das Abbruchgeschehen von psychologischen Behandlungen mittels einer **Metaanalyse** (Zusammenfassung mehrerer Untersuchungen) in 12 Studien aus 5 verschiedenen Ländern. Die Abbruchrate betrug 14–50% (Median 26%) und es ergab sich eine Gesamtquote von 31%. Um Behandlungsabbrüchen entgegenzuwirken, ist eine möglichst baldige **Kontaktaufnahme zu Bezugspersonen** und deren Einbeziehung in die Therapie anzustreben.

Mit folgenden beispielhaften Fragestellungen kann die vorhandene **Motivation** überprüft und gefördert werden:

#### »Es muss sich etwas ändern«

Leiden Sie unter Ihrem (Glücks-)Spielverhalten? Gab es Behandlungsversuche? Was war der auslösende Anlass, um eine Therapie zu



beginnen? Was erwarten Sie von der Therapie? Haben Sie den Wunsch, mit dem Spielverhalten aufzuhören? Hat das Spielverhalten nahe stehende Personen in Mitleidenschaft gezogen? Finden andere wichtig, dass Sie eine Therapie machen? Hat Sie jemand zur Therapie gedrängt? Fühlen Sie sich durch den ausgeübten Druck verletzt? Stehen Ihre Familie und der Arbeitgeber hinter Ihnen?

#### »Ich brauche Hilfe«

Schaffen Sie es allein, Ihr Spielverhalten zu stoppen? Woran merken Sie, dass Sie Hilfe brauchen? Woran sind Ihre eigenen Versuche gescheitert, mit dem Spielen aufzuhören? Besteht die Möglichkeit, Ihre Angehörigen bzw. Bezugspersonen in die Behandlung einzubeziehen? Gab es in der Vergangenheit Umstände, die zeitweise zu einer Reduktion oder Abstinenzphase beigetragen haben? Lässt sich hier erfolgreich anknüpfen?

### 2.4.2 Krankheitseinsicht und Abstinenz

Gerade dann, wenn ein Genesungsprozess erfolgreich eingeleitet ist, gewährleistet die weiterhin vorhandene **Krankheitseinsicht** die notwendige Bereitschaft, wachsam und vorsichtig zu sein, um das Abstinenzziel nicht zu gefährden. Rückfallanalysen zeigen, dass auch nach Jahren der Abstinenz oft schon kleinere Spieleinsätze ausreichen, in kürzester Zeit das gesamte Krankheitsbild zu reaktivieren. Die Krankheitseinsicht ist wie die Motivation kein statischer Zustand. Erste Ahnungen des Spielers, dass mit seinem Spielverhalten etwas nicht stimmt, liegen oft Jahre zurück. Aufkommende Zweifel und Vergleiche (»Andere spielen viel schlimmer, ich bekomme die Situation schon in den Griff«) haben gute Vorsätze, mit dem Spielen aufzuhören, oft wieder zunichte gemacht. In der Behandlung erlebt es der Patient dann zunächst häufig als Erleichterung, wenn er diesen inneren Kampf aufgibt und sich zur Abhängigkeit bekennt. Sich mit der Abhängigkeitserkrankung zu identifizieren und sie zu akzeptieren, heißt keinesfalls, dass dies nun den wichtigsten Teil des Selbstbildes bestimmt. Es scheint insgesamt nicht »unmenschlich« zu sein, über ein gewisses »Handicap« zu verfügen. Er erkennt, dass **Verhaltensweisen**, die ihm **selbst fremd** schienen – wie Verheimlichen und Leugnen des Spielens, die Täuschung anderer, das Lügen und die Beschaffung von Geld entgegen eigener Wert- und Moralvorstellungen –, als **Symptome einer Krankheit** und **Folgen des Kontrollverlusts** zu sehen sind. Es scheint jedoch das Verhängnis der Suchtkrankheit zu sein, dass schon nach recht kurzer Zeit der Abstinenz keine unmittelbaren Krankheitssymptome mehr zu spüren sind, nichts mehr »wehtut«, kein Leidensdruck mehr besteht und dadurch die **Krankheitseinsicht** wieder wankt oder verloren geht, es somit auch keinen Grund mehr gibt, ganz auf das Suchtverhalten zu verzichten. Der kontinuierliche und dauerhafte Besuch von Selbsthilfegruppen steuert dieser Entwicklung am ehesten entgegen. Beruhen die Abstinenzgründe ausschließlich auf den Vorstellungen, das Glücksspielen habe negative Konsequenzen, dominieren leicht die kurzfristigen positiven Suchtmittelleffekte und Rückfälligkeit ist die Folge. Kurzfristig wirksame positive Effekte des Suchtverhaltens (augenblicklich abschalten; plötzlich

Krankheitseinsicht ist wie Motivation  
kein statischer Zustand

Trotz Besserung Krankheitseinsicht  
aufrechterhalten

## Arbeitsdefinition für Abstinenz vom Glücksspielen

in einer anderen Welt sein) überwiegen möglicherweise zu leicht eine ausschließlich auf negativen Motiven fußende Abstinenz.

Die **Arbeitsdefinition für die Abstinenz vom Glücksspielen** lautet: Der Spieler verzichtet auf alle Geld- und Automatenglücksspiele (z. B. auch Pokerautomaten um Punkte). Für die schwierige Zeit der Entwöhnung verzichtet er außerdem auf alle Glücksspiele mit ähnlichen Wirkungsmustern, um keinen Rückfall zu provozieren. Beispielhafte Fragen, mit denen die Krankheitseinsicht und der Wunsch zur Abstinenz überprüft und gefördert werden können, lauten:

**»Ich bin spielsüchtig«**

Haben Sie die Kontrolle über das Spielverhalten verloren? Welches Ausmaß hat Ihr Geldspielverhalten angenommen? Wann und in welchen Situationen spielen Sie (morgens, abends, den Tag über verteilt)? Wie hoch war Ihr Spieleinsatz (pro Tag/Woche/Monat)? An welchen Glücksspielen haben Sie sich beteiligt? Gab es abergläubische Ideen (Techniken des Drückens, Auswahl bestimmter Geräte), den Zufall zu überlisten? Hatten Sie den Gedanken, über besondere Fähigkeiten, Tricks oder ein System zu verfügen? Spielen Sie heimlich? Fühlen Sie sich von anderen ertappt, wenn Sie spielen? Sind Sie schon einmal von anderen auf Ihr Spielverhalten angesprochen worden (Ehefrau, Kinder, Arbeitgeber, Umfeld)? Hatten Sie Entzugsercheinungen? Müssen Sie oft an das (Glücks-)Spielen denken, wenn ja, in welchen Situationen? Haben Sie körperliche Beschwerden durch mangelnde Ernährung, hohen Kaffee- und Nikotinkonsum? Hat sich Ihr persönliches Umfeld verändert? Welche Auswirkungen hatte das Spielen auf die Familie, den Beruf? Haben Sie sich auf illegale Weise Geld beschafft? Gibt es Straftaten wegen der Geldbeschaffung? Sind Schulden vorhanden? Können Sie sich als spielsüchtig akzeptieren?

**»Ich will abstinent leben«**

Was bedeutet für Sie Abstinenz? Können Sie sich vorstellen, auf Dauer (glücks-)spielabstinent zu leben? Wollen Sie bestimmte Gewohnheiten (z. B. exzessives Bildschirm-, DVD-Spielen, Fernsehen, Chatten) verändern, um keinen Rückfall zu provozieren? Wie verliefen bisherige Rückfälle, und wie können Sie diese Risiken zukünftig vermeiden? Wollen Sie eine Selbsthilfegruppe besuchen, um sich bewusst zu machen, dass die Suchterkrankung trotz Abstinenz weiter fortbesteht?

### 2.4.3 Psychotherapie der Ursachen

Nicht an den Ausgangspunkt der Spielproblematik zurückkehren

Damit der Spieler nicht an den Ausgangspunkt der Spielproblematik zurückkehrt und sich somit eine neue Krankheitsdynamik entwickeln kann, besteht der nächste Schritt darin, die weiterhin vorhandenen Ursachen der Krankheitsentwicklung aufzuarbeiten, z. B. **Kontaktprobleme, mangelndes Selbstwertgefühl, geringes Selbstvertrauen, intrapsychische Konflikte aus der Kindheit**. Wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen lassen sich bisher nur sehr vage

Hypothesen darüber aufstellen, was eine Spielsucht verursacht, welche Gründe dafür verantwortlich sind, dass jemand verstärkt spielte und in eine Abhängigkeit geriet, die dann **eigenen Gesetzmäßigkeiten** (Kontrollverlust, Eigendynamik, Umstrukturierung des Belohnungssystems) folgte. Bisher lassen sich keine Ursache-Wirkung-Beziehungen (Kausalzusammenhänge) zwischen Persönlichkeitsauffälligkeiten, biografischen Besonderheiten und der Entstehung/Entwicklung (Genese) des pathologischen Glücksspiels feststellen. Allzu einfache Ursachenmodelle täuschen möglicherweise darüber hinweg, dass von der zunehmenden Verbreitung des Glücksspiels, insbesondere durch Geldspielautomaten, eine breite Gefahr für die Bevölkerung ausgeht. Es ist davon auszugehen, dass die **Ursachen der Erkrankung** vielfältig (multifaktoriell) sind, wobei Bedingungen des sozialen Umfelds (Vorhandensein der Spielmöglichkeit, Peergroup, Familienbiografie etc.) und des Individuums in eine Behandlungsstrategie einzubeziehen sind. Eine sorgfältige sozial-anamnestische (sozialer Hintergrund), klinisch-psychologische Befragung (Exploration) und Diagnostik sollten deshalb selbstverständlich sein, um den Patienten bei seiner **Ursachenforschung** zu unterstützen.

- Bereits vor dem Einsetzen der Suchtproblematik litten viele Spieler
- z. B. unter Kontaktschwierigkeiten,
- fehlte es an Bewältigungsstrategien, z. B. mit Konflikten und alltäglichen Problemen umzugehen.
- Überwiegend ist mit einem langfristigen **Lernprozess zu rechnen, Zusammenhänge aufzudecken** und
- Änderungen einzuleiten.

»Ich konnte zum Schluss nicht mehr in den Spiegel schauen«, ist eine häufige Aussage der Patienten. Die Frage bleibt unbeantwortet, ob das **Selbstwertgefühl** (Petry 1996) bereits vor der Suchtentwicklung oder erst als deren Folge beeinträchtigt wurde. Dies trifft ebenfalls für Untersuchungsergebnisse mit dem Persönlichkeitstest 16PF zu (Meyer & Bachmann 2005), die Hinweise ergaben, dass Spieler leichter emotional störrisch und spontaner sind. Fragestellungen, durch die der Patient dabei unterstützt werden kann, die Ursachen seiner Krankheitsentwicklung zu erkennen, daraus Änderungen abzuleiten und Alternativen zum (Glücks-)Spielen zu entwickeln, damit er nicht an die Anfänge seiner Spielproblematik zurückkehrt, lauten z. B.:

#### »Welche Ursachen hat die Suchterkrankung?«

Was müssen Sie künftig konkret anders machen, um auf das (Glücks-)Spielen verzichten zu können? Hatten Sie die Idee, mit dem Glücksspiel viel Geld zu machen? Hatten Sie angenommen, besondere Fähigkeiten für ein Glücksspiel zu besitzen? Hatten Sie Glücksspielen verstärkt eingesetzt, um Spannungs- und Belastungssituationen (familiär, beruflich) besser zu bewältigen, sich zu betäuben und zu erleichtern? Wie würden Sie Ihr Befinden beschreiben, wenn Sie gespielt haben? Möchten Sie Ihre Fähigkeiten ausbauen, über belastende Gefühle, Sorgen und Nöte sprechen und mit Konflikten umgehen zu können? Möchten Sie kontaktfähiger werden, und wie lässt sich dies konkret üben? Hatten Sie ein besonderes Erlebnis, wodurch Sie verstärkt gespielt haben? Gibt es Belastungen in Ihrem Leben, über die Sie bisher nicht reden konnten und die Sie nicht ausreichend ver-



Bisher lassen sich keine Kausalzusammenhänge zwischen Persönlichkeitseigenschaften, biografischen Besonderheiten und Spielsucht feststellen

Sorgfältige sozial-anamnestische, klinisch-psychologische Exploration

arbeitet haben? Welche konkreten Verhaltensänderungen, neue Interessen und Hobbys sind zu entwickeln und umzusetzen, um den Stellenwert des Glücksspiels insgesamt stark zu reduzieren?

Individuelle Geldgeschichte zurückverfolgen

Kognitive Auseinandersetzung und Umstrukturierung

#### 2.4.4 Umgang mit Geld

**Geld zum Thema machen:** Das Suchtverhalten des pathologischen Glücksspielers ist unmittelbar mit einem problematischen Umgang mit und einer gestörten Beziehung zum Geld verbunden (Petry, 1996). Die **drogenartige Wirkung** des Spielens besteht darin, die eigene Existenz zu riskieren. Geld verliert den eigentlichen Wert, und das Bewusstsein geht verloren, dass es die Gegenleistung meist harter Arbeit darstellt. Eng mit dem Suchtverhalten verknüpft, wird es zum »Spielgeld«, und es ist schon beruhigend, wenn das **Konto möglichst vollständig geleert** und die Brieftasche gefüllt ist, sodass scheinbar alle Möglichkeiten offenstehen. In der Behandlung findet eine intensive Auseinandersetzung mit den problematischen Einstellungen und Verhaltensweisen dem Geld gegenüber statt, die eine bessere Planung und konkrete Verhaltensänderungen zum Ziel hat.

#### Auseinandersetzungen mit abergläubischen Ideen (Disputation verzerrter Kognitionen)

**Verzerrte Kognitionen** (Denkstrukturen) haben zudem zur Folge, dass der Spieler den **Ausweg** aus der bedrohlichen Situation nach wie vor in einem schnellen großen Gewinn oder einer Gewinnserie sieht und die Hoffnung weiterbesteht, mehr Glück oder Kompetenzen als andere zu haben, den Zufall doch noch zu **überlisten**, also z. B. den Automaten letztlich zu besiegen. Je größer der Schuldenberg geworden ist, umso weniger scheint der Spieler kognitiv und emotional dazu in der Lage zu sein, aufzugeben, zu »kapitulieren«, die Verluste endgültig hinzunehmen und ihnen nicht mehr nachzujagen (»chasing«).

Toneatto (1999, nach Albrecht 2006) ordnet **kognitive Verzerrungen** bestimmten Kategorien zu:

- **Hervorheben eigener Kompetenzen:** Hervorheben der eigenen Fähigkeiten zum Glücksspielen und im Vergleich zu Mitspielern
- **Abergläubische Überzeugungen:** Rituale, »Glücksbringer« (Gegenstände), positive eigene Gefühlszustände
- **Interpretationsfehler:**
  - Erfolge der eigenen Person (interne Attribuierung/Ursachenzuschreibung), Misserfolge äußeren Umständen (externe Attribuierung) zuschreiben
  - Zukünftige Spielereignisse haben mit vergangenen zu tun.
  - Steigerung des Risikos kann Verluste wieder kompensieren.
  - Lernerfahrungen mit Verlusten helfen, wieder Gewinne zu machen.
  - Gewinne vorhersagen und Verluste zu vermeiden zu können, wenn man auf die innere gehört hätte
- **Zeitliches Fokussieren:** Glaube, dass der Gewinn kommen müsse – unmittelbar bevorstehe
- **Selektive Gedächtnisleistungen:** bessere Erinnerung an Gewinne als an Verluste – deshalb weitere Gewinnerwartung
- **Vorhersagefähigkeit:** äußere Hinweisreize für Gewinne – z. B. bestimmte Spielhalle/Geräte