



Bachmann  
El-Akhras



# Glücksspielfrei

Ein Therapiemanual  
bei Spielsucht



Springer

Meinolf Bachmann

Andrada El-Akhras

**Glücksspielfrei**

Ein Therapiemanual bei Spielsucht

Meinolf Bachmann  
Andrada El-Akhras

# Glücksspielfrei

Ein Therapiemanual bei Spielsucht

Mit 52 Arbeits- und Infoblättern

**Dr. phil. Meinolf Bachmann, Psychologischer Psychotherapeut**

LWL Kliniken, Bernhard-Salzmänn-Klinik

Im Fächtei 150

33334 Gütersloh

E-Mail: Meinolf.Bachmann@web.de

**Dipl.-Psych. Andrada El-Akhras**

Lippische Nervenlinik Dr. Spornau

Waldstraße 2

32105 Bad Salzungen

ISBN 978-3-642-11305-5 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;

detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

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.

**Springer Medizin**

Springer-Verlag GmbH

ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

[springer.de](http://springer.de)

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010

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, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg

Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg

Lektorat: Volker Drücke, Münster

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

SPIN: 12831043

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

# Vorwort

---

Wie kann die erste schwierige Zeit des Spielentzugs 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 »Glückshormonen« ohne Glücksspiel!)? Seit Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre ist aufgrund einer beträchtlichen Erweiterung des Glücksspielangebots ein starker Anstieg der Spielsuchtproblematik zu verzeichnen.

Patienten berichten außerdem von einem parallel stattfindenden PC- oder Bildschirm-Missbrauch (Computer- und Internetspiele), der sich teilweise auch als eine selbstständige Erkrankung auszuprägen scheint. Trotz offener Fragen der Klassifizierung dieses Phänomens werden diese Symptome in das Therapiekonzept einbezogen, und es ist im Einzelfall zu entscheiden, wie die Arbeitsmaterialien anzupassen sind.

Das vorliegende Manual »Glücksspielfrei« ist eine Parallelentwicklung zu »Lust auf Abstinenz« für substanzgebundene Abhängigkeiten. Die Therapie sollte selbst 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/ Krankheitseinsicht/ 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 2010 ca. 1 350) 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 (ehemaliger Praktikant der BSK) 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 das jährlich stattfindende »Tagungshighlight«.

Herzlichen Dank auch an die Mitarbeiter des Springer-Verlags Renate Scheddin (Programmplanung), Renate Schulz (Projektmanagement) und Volker Drüke (Lektorat), die mit vielfältigen Anregungen und Ideen eine Realisierung des Buchs möglich gemacht haben.

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

Gütersloh und Bad Salzufen, im Frühjahr 2010  
Meinolf Bachmann und Andrada El-Akhras

# Inhaltsverzeichnis

|          |                                                                                             |           |          |                                                                                                     |            |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>                                                                           | <b>1</b>  | <b>5</b> | <b>Geld zum Thema machen</b>                                                                        | <b>63</b>  |
|          |                                                                                             |           |          | Einführung                                                                                          | 64         |
| <b>2</b> | <b>Theoretischer Überblick</b>                                                              | <b>5</b>  |          | <b>Arbeitsblatt: Bewertungen und Einstellungen zum Thema Geld</b>                                   | <b>65</b>  |
| 2.1      | Spieler in Behandlung                                                                       | 7         |          | <b>Infoblatt: Geld zum Thema machen</b>                                                             | <b>70</b>  |
| 2.2      | Erklärungsmodelle                                                                           | 7         |          | <b>Arbeitsblatt: Was möchte ich im Umgang mit dem Geld konkret verbessern?</b>                      | <b>71</b>  |
| 2.2.1    | Intrapsychische Erklärung                                                                   | 8         |          | <b>Arbeitsblatt: Schuldenbilanz und Regulierung</b>                                                 | <b>72</b>  |
| 2.2.2    | Verhaltensmodell/Konditionierungsmodell                                                     | 8         |          | <b>Arbeitsblatt: Den Überblick behalten/Tagesausgabenprotokoll und Monatshaushaltsplan</b>          | <b>73</b>  |
| 2.3      | Rückfallverhütung                                                                           | 10        |          |                                                                                                     |            |
| 2.4      | Das Suchtmodell und die therapeutischen Schlussfolgerungen                                  | 10        |          |                                                                                                     |            |
| 2.4.1    | Phase des Einstiegs                                                                         | 10        |          |                                                                                                     |            |
| 2.4.2    | Phase der Sucht                                                                             | 12        | <b>6</b> | <b>Abergläubische Ideen und sich zu sehr in ein PC- oder Internet-(Rollen-)Spiel hineinsteigern</b> | <b>77</b>  |
| 2.4.3    | Therapeutische Schlussfolgerungen                                                           | 12        |          | Einführung                                                                                          | 78         |
| 2.4.4    | Motivation                                                                                  | 13        |          | <b>Arbeitsblatt: Auseinandersetzung mit den abergläubischen Ideen zu Glücksspielen</b>              | <b>79</b>  |
| 2.4.5    | Krankheitseinsicht und Abstinenz                                                            | 14        |          | <b>Arbeitsblatt: Sich zu sehr in ein PC-(Rollen-)Spiel hineinsteigern</b>                           | <b>84</b>  |
| 2.4.6    | Psychotherapie der Ursachen, Alternativen zum Glücksspielen und veränderter Umgang mit Geld | 15        |          |                                                                                                     |            |
| <b>3</b> | <b>Therapiebeginn</b>                                                                       | <b>19</b> | <b>7</b> | <b>Beziehungen und soziale Kompetenzen</b>                                                          | <b>93</b>  |
|          | Einführung                                                                                  | 20        |          | Einführung                                                                                          | 94         |
| 3.1      | Die erste Zeit des Entzugs und der Entwöhnung                                               | 20        | 7.1      | Beziehungen: Wie können wir die Beziehungen zu anderen Menschen gestalten?                          | 94         |
|          | <b>Arbeitsblatt: Hilfreiche Aktivitäten im Entzug – Nähe zum Suchtverhalten vermeiden</b>   | <b>22</b> |          | <b>Arbeitsblatt: Fünf Voraussetzungen für eine gute Beziehung</b>                                   | <b>95</b>  |
|          | <b>Arbeitsblatt: Das Suchtverhalten verändert Prozesse im Gehirn</b>                        | <b>23</b> | 7.2      | Konfliktbewältigung                                                                                 | 100        |
| 3.2      | Therapieabbruchgefahr                                                                       | 26        |          | <b>Arbeitsblatt: Konfliktbewältigung</b>                                                            | <b>100</b> |
|          | Einführung                                                                                  | 26        | 7.3      | Partnerschaft                                                                                       | 101        |
|          | <b>Arbeitsblatt: Therapieabbruchgefahr (TAG)/Selbsteinschätzung</b>                         | <b>27</b> |          | <b>Arbeitsblatt: Alleinstehende mit Interesse an einer Partnerschaft</b>                            | <b>101</b> |
| 3.3      | Therapieplanung                                                                             | 34        |          | <b>Arbeitsblatt: Fünf Auslöser für Streit in der Partnerschaft</b>                                  | <b>107</b> |
|          | Einführung                                                                                  | 34        |          | <b>Arbeitsblatt: Patient/Partner-Übereinstimmungsbogen</b>                                          | <b>108</b> |
|          | <b>Arbeitsblatt: Therapieplanung – eigene Ziele benennen</b>                                | <b>35</b> | 7.4      | Rollenspiele                                                                                        | 115        |
| <b>4</b> | <b>Therapieüberblick</b>                                                                    | <b>39</b> |          | <b>Arbeitsblatt: Rollenspiele</b>                                                                   | <b>116</b> |
|          | Einführung                                                                                  | 40        | <b>8</b> | <b>Gefühle zeigen – »Gefühlskiste«</b>                                                              | <b>123</b> |
| 4.1      | Weg in die Sucht: Stationen der Suchtentwicklung und des Therapieprozesses                  | 41        |          | Einführung                                                                                          | 124        |
|          | <b>Arbeitsblatt: Die Einstiegs- und Suchtphase</b>                                          | <b>41</b> |          | <b>Arbeitsblatt: Wirkung des Suchtverhaltens (1. Sitzung)</b>                                       | <b>125</b> |
| 4.2      | Selbsteinschätzungsskalen: Therapieschritte und Fragestellungen                             | 45        |          | <b>Arbeitsblatt: Folgeerscheinungen (2. Sitzung)</b>                                                | <b>127</b> |
|          | <b>Arbeitsblatt: Therapiemotivation (TMO)</b>                                               | <b>45</b> |          | <b>Arbeitsblatt: Verbesserung des Umgangs mit Gefühlen (3. Sitzung)</b>                             | <b>129</b> |
|          | <b>Arbeitsblatt: Krankheitseinsicht (KE)</b>                                                | <b>50</b> |          | <b>Arbeitsblätter: Einschätzung der Gefühle in bestimmten Situationen (4. Sitzung)</b>              | <b>131</b> |
|          | <b>Arbeitsblatt: Therapie der Ursachen (TdU)/Was soll zukünftig anders sein?</b>            | <b>55</b> |          |                                                                                                     |            |

|           |                                                                                                           |     |  |  |  |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|
| <b>9</b>  | <b>Rückfallverhütung</b> . . . . .                                                                        | 139 |  |  |  |
|           | Einführung . . . . .                                                                                      | 140 |  |  |  |
| 9.1       | Rückfallmodell: Möglicher Verlauf bei einer Rückfallgefährdung (Marlatt 1985) . . . . .                   | 141 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Ausgewogener Lebensstil . . . . .                                                    | 143 |  |  |  |
| 9.2       | Rückfall um »sechs Ecken« . . . . .                                                                       | 147 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Scheinbar unbedeutende Entscheidungen . . . . .                                      | 147 |  |  |  |
|           | Ergebnisse früherer Gruppen . . . . .                                                                     | 148 |  |  |  |
| 9.3       | Rückfallmodell fehlende Krankheitseinsicht/ Wachsamkeit (Bachmann 1993) . . . . .                         | 149 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Krankheitseinsicht und Wachsamkeit . . . . .                                         | 149 |  |  |  |
| 9.4       | Entscheidungssituation bei Rückfälligkeit . . . . .                                                       | 151 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Vorteile der Abstinenz in die Waagschale legen . . . . .                             | 151 |  |  |  |
|           | Ergebnisse früherer Gruppen . . . . .                                                                     | 153 |  |  |  |
| 9.5       | Erkenntnisse und Gedanken zur Rückfallprävention (Lindenmeyer 2005a; Meyer u. Bachmann 2005) . . . . .    | 155 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Wie kann man einem Rückfall vorbeugen? . . . . .                                     | 155 |  |  |  |
| 9.6       | Rückfallauslöser . . . . .                                                                                | 157 |  |  |  |
| 9.7       | Rückfallrisiken und ihre Bewältigung . . . . .                                                            | 158 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Was sind persönliche Rückfallrisiken? . . . . .                                      | 159 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Wie sind Risiken zu bewältigen? . . . . .                                            | 161 |  |  |  |
| 9.8       | Rückfallanalyse . . . . .                                                                                 | 164 |  |  |  |
| 9.9       | Zusammenfassung: Rückfallgefährdung/ Bewältigungsstrategien . . . . .                                     | 167 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Abschließende Ergebnisse . . . . .                                                   | 167 |  |  |  |
| 9.10      | Planung und Ausarbeitung einer Notfallkarte . . . . .                                                     | 168 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Kurzfristiges Auffangen gefährlicher Situationen (1. Sitzung) . . . . .              | 169 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Längerfristige Stabilisierung und Behebung der Ursachen (2. Sitzung) . . . . .       | 170 |  |  |  |
|           | <b>Infoblatt:</b> Gestaltung der Notfallkarten und praktische Beispiele . . . . .                         | 171 |  |  |  |
| <b>10</b> | <b>Alternativen zum Suchtverhalten:</b>                                                                   |     |  |  |  |
|           | <b>Struktur und Aktivitätsplan</b> . . . . .                                                              | 175 |  |  |  |
|           | Einführung . . . . .                                                                                      | 176 |  |  |  |
| 10.1      | Info- und Arbeitsblätter mit Beispielen . . . . .                                                         | 177 |  |  |  |
|           | <b>Infoblatt:</b> Struktur- und Aktivitätsplan – Alternativen zum Suchtverhalten . . . . .                | 177 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt A:</b> Alternativen, die es schon vor dem Suchtverhalten gab . . . . .                    | 179 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt B:</b> Auflistung von neuen Alternativen . . . . .                                        | 180 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Entwöhnung bedeutet, Abstand zum Suchtverhalten zu gewinnen . . . . .                | 181 |  |  |  |
|           | <b>Infoblatt:</b> Auflistung von alltäglichen Aktivitäten (Beispiele) . . . . .                           | 182 |  |  |  |
|           | <b>Infoblatt:</b> Auflistung von Highlights (Beispiele) . . . . .                                         | 185 |  |  |  |
| 10.2      | Zwischenbilanz und Eintragung in die Wochenpläne . . . . .                                                | 186 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Eine Zwischenbilanz . . . . .                                                        | 186 |  |  |  |
| 10.3      | Struktur- und Aktivitätsplan . . . . .                                                                    | 187 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Wochenplan . . . . .                                                                 | 188 |  |  |  |
| 10.4      | »Idealbeispiel« für einen Struktur- und Aktivitätsplan . . . . .                                          | 190 |  |  |  |
| <b>11</b> | <b>Übergang: Therapieabschluss und Nachsorge</b> . . . . .                                                | 195 |  |  |  |
|           | Einführung . . . . .                                                                                      | 196 |  |  |  |
| 11.1      | Hilfestellungen für Patienten, die eine (teil-)stationäre Therapie hinter sich haben . . . . .            | 197 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Die Zeit nach der Behandlung . . . . .                                               | 197 |  |  |  |
| 11.2      | Was müssen Sie beachten, wenn die Therapie zu Ende ist? . . . . .                                         | 201 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Stimmungsüberprüfung . . . . .                                                       | 201 |  |  |  |
|           | <b>Zusätzliches Arbeitsblatt:</b> Vervielfältigung . . . . .                                              | 203 |  |  |  |
| 11.3      | Zusammenfassung: Was nehme ich mir für die Zeit nach der Therapie vor? . . . . .                          | 204 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Die Zeit nach der Therapie . . . . .                                                 | 204 |  |  |  |
| 11.4      | Selbsthilfe . . . . .                                                                                     | 205 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Selbsthilfegruppe besser gestalten                                                   | 206 |  |  |  |
|           | <b>Infoblatt:</b> Gesprächsregeln – eine Zusammenarbeit von Patienten und Therapeuten . . . . .           | 207 |  |  |  |
|           | <b>Arbeitsblatt:</b> Wöchentliches Zufriedenheitsbarometer . . . . .                                      | 208 |  |  |  |
|           | <b>Infoblatt:</b> Günstige und ungünstige Verhaltensweisen in Selbsthilfegruppen . . . . .                | 209 |  |  |  |
| <b>12</b> | <b>Schlusswort</b> . . . . .                                                                              | 211 |  |  |  |
|           | <b>Anhang</b> . . . . .                                                                                   | 213 |  |  |  |
| A.1       | Gruppenleben: Regeln im stationären Bereich – eine Zusammenarbeit von Patienten und Therapeuten . . . . . | 214 |  |  |  |
| A.2       | Wöchentliches Stimmungsbarometer . . . . .                                                                | 215 |  |  |  |
| A.3       | Spielertherapie: Klinik-Rahmenbedingungen . . . . .                                                       | 216 |  |  |  |
|           | <b>Literatur</b> . . . . .                                                                                | 217 |  |  |  |
|           | Zitierte Literatur . . . . .                                                                              | 218 |  |  |  |
|           | Weiterführende Literatur . . . . .                                                                        | 219 |  |  |  |

# 1 Einleitung

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, und zum anderen kehren Patienten nach einer abgeschlossenen stationären Therapie in die Nachsorge dorthin zurück. Vom Erstkontakt bis hin 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, so dass Behandlungserfolge längerfristig stabilisiert werden.

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 und soziale Kompetenzen, insbesondere Partnerschaft, sowie zum Erkennen und Äußern von Gefühlen und deren Zusammenhänge zum Suchtverhalten.

Geld ist ein wichtiges Thema in der Therapie, da häufig erhebliche Schulden vorhanden sind und der Überblick darüber nicht selten verloren ging. Daraus resultierende andauernde psychische Belastungen, die schon 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 suchtspezi-

fischen 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. 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 dann 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 schon 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.

## 2 Theoretischer Überblick

### 2.1 Spieler in Behandlung – 7

### 2.2 Erklärungsmodelle – 7

#### 2.2.1 Intrapsychische Erklärung – 8

#### 2.2.2 Verhaltensmodell/Konditionierungsmodell – 8

### 2.3 Rückfallverhütung – 10

### 2.4 Das Suchtmodell und die therapeutischen Schlussfolgerungen – 10

#### 2.4.1 Phase des Einstiegs – 10

#### 2.4.2 Phase der Sucht – 12

#### 2.4.3 Therapeutische Schlussfolgerungen – 12

#### 2.4.4 Motivation – 13

#### 2.4.5 Krankheitseinsicht und Abstinenz – 14

#### 2.4.6 Psychotherapie der Ursachen, Alternativen zum Glücksspielen und veränderter Umgang mit Geld – 15

**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. Die weitere Vorgehensweise in diesem Therapiebegleitheft gestaltet sich dann wesentlich »praktischer«. Überwiegend sind konkrete Projekte und Aufgabenstellungen zu bearbeiten.

Nach Meyer (2007; Bühringer et al. 2007) liegen bisher keine verlässlichen Zahlen über die Anzahl pathologischer Spieler in Deutschland vor. Auf der Basis ambulanter Therapienachfrage bei Alkoholabhängigkeit (2005 = 3–5%) ergibt sich durch eine Vergleichsrechnung für Glücksspieler eine grobe Schätzung von 100 000–170 000 beratungs- und behandlungsbedürftigen Spielern. Dies entspräche einem Bevölkerungsanteil von 0,1–0,2%. Im europäischen Vergleich wäre hier eher eine untere Grenze erreicht.

Anfang 1985 wurde in der Bernhard-Salzmänn-Klinik der erste pathologische Glücksspieler zu einer mittelfristigen Entwöhnungsbehandlung aufgenommen. Bis heute (2009) sind es ca. 1 350, zum größten Teil (ca. 98%) männliche Spieler. Davon sind ca. 90% Automaten-glücksspieler. Verluste bei dieser Spielform erreichen leicht 300–400 € pro Tag, was noch erheblich dadurch steigerungsfähig ist, dass gleichzeitig an mehreren Automaten gespielt wird und damit schnell Vermögenswerte »auf dem Spiel« stehen. Der Rest verteilt sich auf Roulette, Pferdewetten, Sportwetten, Lotto, diverse Kartenspiele und seit einiger Zeit in stärkerem Maße Internet-glücksspiele (Poker, Roulette, Wetten). Im Jahre 2002 kam der erste Internetroulette-Spieler zur Behandlung in die Klinik, und neuere Aufnahmezahlen zeigen, dass mit einem erheblichen Anstieg zu rechnen ist (Hayer et al. 2005). Über 50% der Spieler in der Klinik litten außerdem unter einer substanzgebundenen Abhängigkeit. Ende der 70er bis Anfang der 90er Jahre gab es noch intensive Auseinandersetzungen darüber, ob es sich beim Glücksspielen um eine eigenständige Krankheit handelt. Diese Diskussion ließ beträchtlich nach, als das pathologische Glücksspiel zunächst in das Diagnose-schema DSM (Wittchen et al. 1989; Saß et al. 1996) und später in die ICD-10 der WHO (Dilling et al. 1991) aufgenommen wurde. Mit Unterstützung der Fachleute vor Ort sollen die in der Übersicht dargestellten Diagnose-kriterien überprüft werden.

**Kriterien für pathologisches Glücksspiel**

Die DSM-IV-Kriterien lauten:

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.

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

Die diagnostischen Richtlinien der ICD-10-Merkmale lauten:

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

Methodisch wird nach einem **integrativen Behandlungsansatz mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt** vorgegangen (vgl. Bachmann 2000, 2004a; Meyer u. Bachmann 2005). Die Spielerbehandlung wird möglichst in Gruppen durchgeführt. Nur so können die Patienten wichtige Erfahrungen darüber austauschen, wie Spielabstinenz zu erreichen ist, welche Empfindungen dabei zu verarbeiten sind, wie die erste Zeit des Entzugs zu gestalten, die Krankheitseinsicht und Akzeptanz zu fördern und der Abstinenzwunsch dauerhaft zu festigen ist. Fortgeschrittene Patienten haben für neue Gruppenmitglieder wichtige Vorbildfunktionen, sich bei der vorbehaltlosen Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik und der Bewältigung der durch die Sucht verursachten Scham- und Schuldgefühle zu unterstützen. Sowohl die Gruppe als auch zusätzliche **einzel- und familientherapeutische Maßnahmen** (Bachmann 2004b; Meyer u. Bachmann 2005) 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, eine dauerhafte Stabilisierung und eine zufriedene Abstinenz zu erreichen.

## 2.1 Spieler in Behandlung

Es ist keine 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 **ambulant 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 u. Milt 1985; Kellermann 1988; Bachmann 1989, 2000, 2004a; Schwarz u. Lindner 1990; Lesieur u. 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 (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 Be-

antragung eines stationären Aufenthalts sowie eine wichtige Nachbetreuung gewährleistet ist. Die Übersicht zeigt, was für eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit einer stationären Einrichtung spricht.

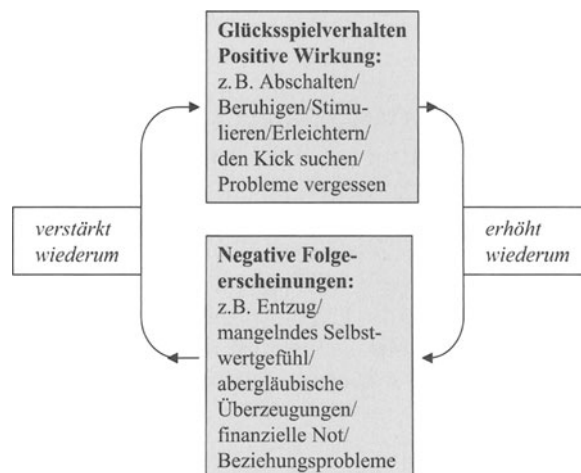
### Gründe für den frühzeitigen Kontakt mit einer stationären Einrichtung

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

## 2.2 Erklärungsmodelle

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.

Das **Teufelskreismodell** (■ Abb. 2.1) von Küfner (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.



■ Abb. 2.1. Teufelskreismodell. (Mod. nach Küfner 1981)

**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 können sein:

- 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 Spielkonsums halten sich so gegenseitig aufrecht und verstärken sich. Ein Anstieg der negativen psychischen, finanziellen und sozialen Folgeschäden wird mit erneutem Suchtverhalten beantwortet, um sich von drückenden Sorgen zu erleichtern. Insbesondere ungeordnete finanzielle Verhältnisse und eine steigende 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 starkem Maße zur weiteren Aufrechterhaltung des Glücksspiels beiträgt. Entzugsähnliche Erscheinungen treten hinzu, die das Suchtverhalten immer stärker als »inneren Zwang« erscheinen lassen.

### 2.2.1 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«, und Sorgen und Nöte kann man vergessen. 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. Häufiger berichten Patienten, vor der Glücksspiel-Problematik aktiv im **Leistungssport** tätig gewesen zu sein. 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.

### 2.2.2 Verhaltensmodell/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 (depressiven Verstimmungen, Ängsten) (= negative Verstärkung). Aufgrund der positiven Erfahrungen kommt es zum erneuten Glücksspiel: »Wenn ich spiele, fühle ich mich besser« (Lernen durch positive Konsequenzen; Elssesser u. Sartory 2001).

Wodurch entstehen aber diese belohnenden Wirkungen? Psychisch wirksame Substanzen (Alkohol, Drogen) oder exzessives Verhalten wie pathologisches Glücksspielen beeinflussen den Botenstoffhaushalt des Gehirns. Körpereigene »Glückshormone« (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 Veränderungen im Gehirn**, indem Wohlbefinden in immer stärkerem Ausmaß von der Ausübung des Glücksspiels abhängig ist. Man spricht in diesem Zusammenhang von dem **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 u. 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 (»Craving«) nach dem Suchtverhalten auslösen und einen Rückfall initiieren (hervorrufen) kann.

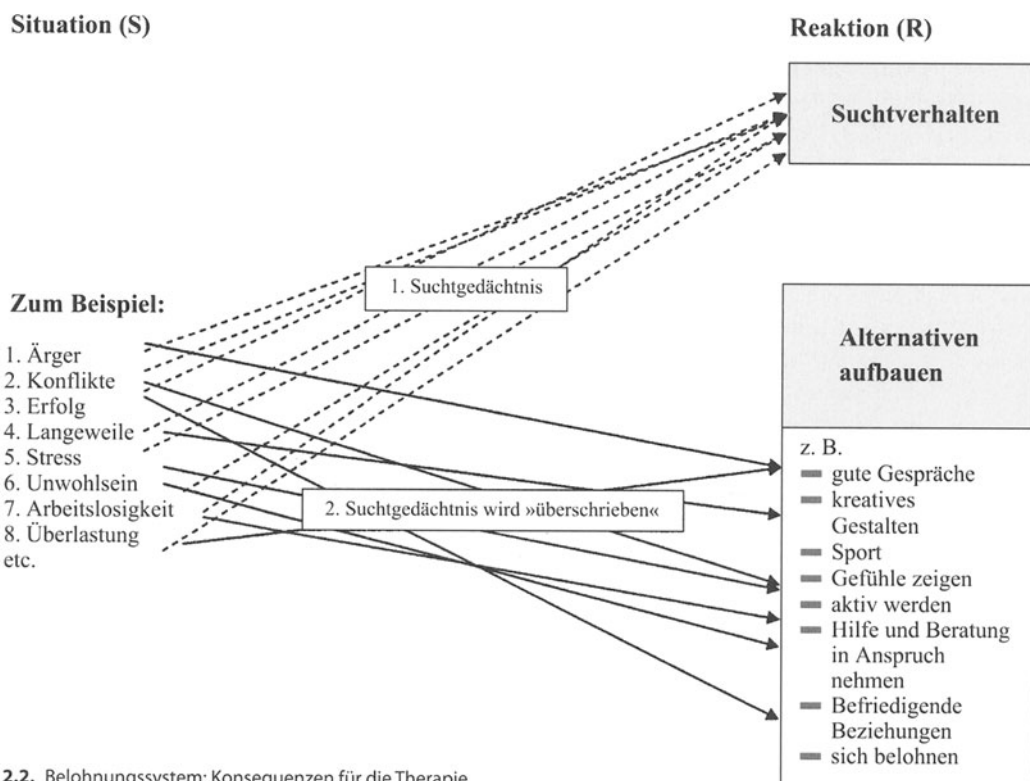
Wie ist es möglich, auf anderem Wege das Belohnungszentrum zu aktivieren bzw. den Stellenwert des Glücks-

spielens wieder zu reduzieren? Auch andere als **angenehm empfundene Verhaltensweisen**, z. B. Erfolgserlebnisse in Schule/Beruf, »gute« Gespräche, befriedigende Beziehungen, Bewegung, Sport treiben, funktionale Problem- und Stressbewältigungsstrategien, eigene Gefühle benennen und ausdrücken, Musik hören, Musizieren, Tanzen, Singen, Schauspielen usw., regen den Belohnungsschaltkreis an. Hierbei sind selbstverständlich individuelle Neigungen und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Der Weg aus der Abhängigkeit bedeutet, **an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse und Freude zu haben**. Gute **Vorsätze und Absichten** sind **in die Tat umzusetzen**, um alternative Verhaltensweisen aufzubauen, die belohnende **Wirkung des Suchtverhaltens durch den Effekt von anderen positiv wirksamen Verhaltensweisen zu ersetzen** und das Suchtgedächtnis sozusagen zu »überschreiben«.

Diese Sachverhalte sind in der ■ Abb. 2.2 zusammengefasst.

Nur so ist es möglich, die Prozesse im Gehirn langfristig zu verändern und die Abstinenz **nicht** dauerhaft als **unangenehmen Verzicht** zu erleben. Eine allgemeine Regel lautet, dass es sich am besten abschalten und entspannen lässt, wenn man sich auf etwas anderes stark konzentriert.

Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse (Grüsser u. Wölfling 2003; Lindenmeyer 2004) stimmen



■ Abb. 2.2. Belohnungssystem: Konsequenzen für die Therapie

2 darin überein, dass es sich bei der Spielsucht um eine durch Lernen entstandene, dauerhafte neurostrukturelle Veränderung des Gehirns handelt. In all diesen Fällen kann sich die Behandlung nicht darauf beschränken, den Betroffenen den Verzicht auf die Verstärkungswirkung ihres Problemverhaltens durch die Bereitstellung von **Alternativressourcen** zu erleichtern. Sie muss die Betroffenen außerdem in Form einer gezielten **Rückfallprävention** zusätzlich dazu befähigen, in persönlich relevanten Rückfallrisiko-Situationen die **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 können sich oft selbst nicht verstehen, wenn sie nach längerer Abstinenz wieder rückfällig werden, obwohl sie die Schädlichkeit dieses Handelns längst erkannt haben.

## 2.3 Rückfallverhütung

Ein großer Teil der Forschung in der Suchttherapie konzentriert sich auf die Prävention von Rückfällen. Da das Suchtgedächtnis nicht vollständig erlischt, besteht die Gefahr des Rückfalls nach einer Therapie fort. Besonders kurze Zeit danach ist die größte Unsicherheit vorhanden, neu Gelerntes auf die reale Lebenssituation zu übertragen. Es gibt verschiedene Modelle und wissenschaftliche Erkenntnisse dazu, wie Rückfälligkeit entsteht und zu verhindern ist (Marlatt 1985; Bachmann 1999; Körkel u. Schindler 2003; Meyer u. Bachmann 2005; Lindenmeyer 2005a). Hier gibt es kaum Unterschiede zwischen den Suchtformen. Die Ursachen sind vielfältig und reichen vom »Leichtsinn« bis zu schwierigen »Problemsituationen«. Ein wichtiger Grundsatz lautet, dass die Abstinenz nur beibehalten wird, wenn sie letztlich einen Vorteil darstellt. Es geht bei der Rückfallprävention überdies darum, **persönliche Gefahrensituationen** zu erkennen und dafür **Bewältigungsstrategien** zu erarbeiten. Eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Themen ist obligatorisch. Dem Modell von Marlatt (1979) zufolge entsteht eine Rückfallrisiko-Situation vor allem durch einen »unausgewogenen Lebensstil« (z. B. schlechte Balance zwischen Anspannung/Entspannung) und »scheinbar irrelevante Entscheidungen«, durch die es zu einer »unbewussten« Annäherung an das Suchtverhalten kommt. Negative Empfindungen, die aus einem unausgewogenen Lebensstil resultieren, rufen Bedürfnisse nach zusätzlichem Ausgleich und

innerem Gleichgewicht hervor. Die Gefahr ist groß, dabei auf im »Suchtgedächtnis« gespeicherte Möglichkeiten zurückzugreifen und erneut das Suchtverhalten auszuüben. Oft sind es erste Annäherungen in Richtung Suchtverhalten (zielloes Umhergehen oder das Aufsuchen von Orten, an denen das Suchtverhalten ausgeübt wurde), die die Hemmschwelle senken. Eine Selbsttäuschung über die Möglichkeit, es bei einem »kleinen Spiel« zu belassen (Kontrollillusion), erleichtert oft den ersten Schritt.

## 2.4 Das Suchtmodell und die therapeutischen Schlussfolgerungen

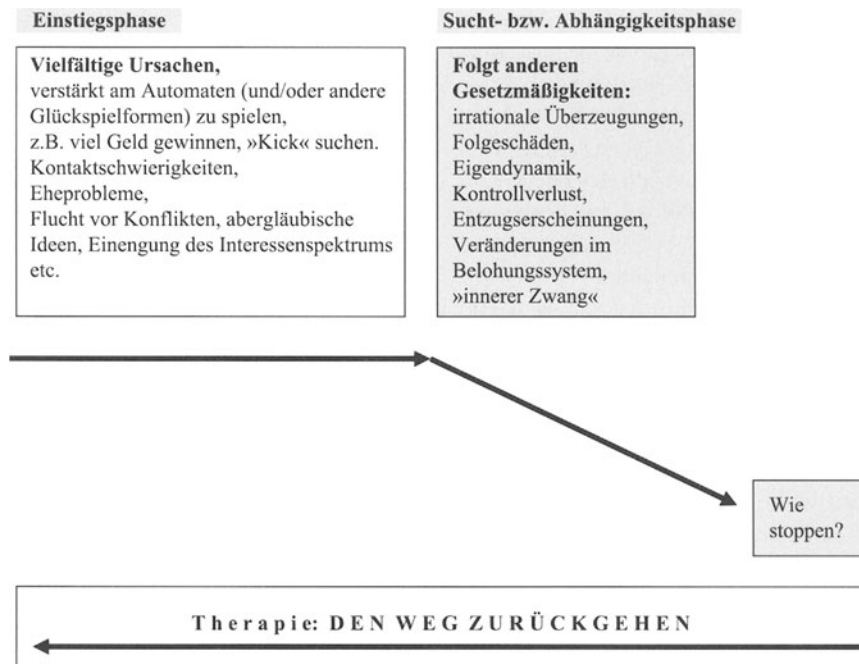
Die Behandlungsschritte und Therapieziele ambulanter und stationärer Einrichtungen unterscheiden sich nur schwerpunktmäßig voneinander. In der ambulanten Behandlung (Düffort 1989; Füchtenschnieder 1994) ergibt sich die Schwierigkeit, einen Suchtkranken überhaupt erst an die Annahme von Hilfe heranzuführen,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

Das **Suchtmodell**, in dem sich die bisherigen Erklärungsansätze integrieren lassen, unterscheidet zwischen Einstiegs- und Suchtphase. Dabei werden Bedingungen der Entstehung (Einstiegsphase) und der Aufrechterhaltung (Suchtphase) sowie therapeutische Schlussfolgerungen einander gegenübergestellt (■ Abb. 2.3).

### 2.4.1 Phase des Einstiegs

Beobachtungen zeigen, 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 ebenso 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 den sozialen Kompetenzen werden nicht mehr so bewusst wahrgenommen. Im Spielrausch entstehen sogar Omnipotenzgefühle (Größenfantasien).

## 2.4 · Das Suchtmodell und die therapeutischen Schlussfolgerungen



■ Abb. 2.3. Suchtmodell

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** haben. Das hohe Gefährdungspotenzial des Internetglücksspiels lässt sich aus den in der Übersicht angeführten Kriterien ableiten (Hayer et al. 2005; Meyer u. Bachmann 2005).

### Kriterien des Internetglücksspiel-Gefährdungspotenzials

- **Verfügbarkeit und Griffrähe:** quasi von zu Hause und zu jeder Zeit
- **Ereignisfrequenz:** hohe Anzahl an Spielen (»Kicks«) pro Zeitintervall
- **Interaktivität:** die 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 Alltagsorgen, 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«)
- **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.

Schon 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 diesem problematischen (Glücks-)Spielen Abstinenz angebracht sein.

## 2.4.2 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 Abbildung 2.3 gekennzeichnet ist (► S. 11). 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. Unterschiedliche Signale wie Geräusche, Töne und Lichter, die den Spielablauf begleiten, übernehmen die **Auslösefunktion für Emotionen**. 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 anderen möglich, diesen Teufelskreis zu durchbrechen.

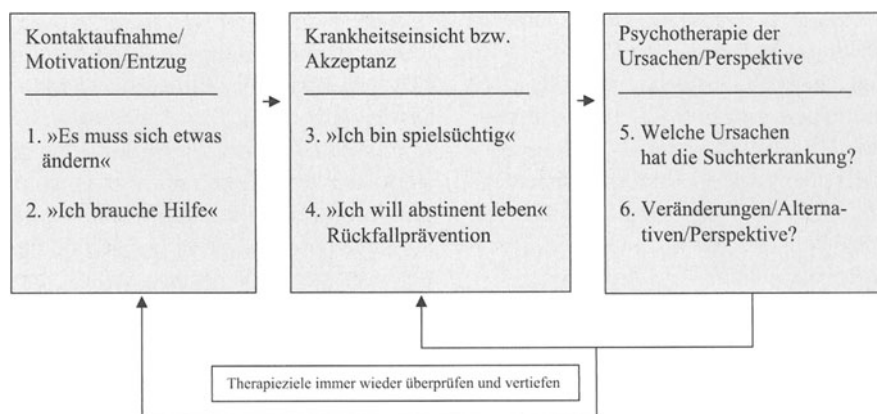
**Verzerrte Kognitionen** (Denkstrukturen) haben zudem zur Folge, dass der **Ausweg** aus der bedrohlichen Situation nach wie vor in einem schnellen großen Gewinn oder einer **Gewinnserie** gesehen wird und die Hoffnung weiterbesteht, mehr Glück oder Kompetenzen als andere zu haben, den Zufall doch noch 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«).

Neben den bereits angeführten DSM- und ICD-Diagnosekriterien (► S. 6) 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).

## 2.4.3 Therapeutische Schlussfolgerungen

In der Suchttherapie müssen die zuletzt gezeigten Symptome als Erstes in die Behandlung einbezogen werden, d. h., die Krankheitsentwicklung wird zurückverfolgt (■ Abb. 2.4).

In der Abbildung 2.3 wird dies als »Den Weg zurückgehen« beschrieben (S. 13). Um das Suchtverhalten zu stoppen, benötigt der Spieler zunächst Unterstützung dabei, Hilfe zu akzeptieren, Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe bzw. Suchtberatungsstelle aufzunehmen. Er



■ **Abb. 2.4.** Therapiestritte und Fragestellungen

muss die Illusion aufgeben, 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 intrafamiliäre System verändert und damit das Verhalten des Suchtkranken in Richtung Therapie beeinflusst. Der Entzug wäre der nächste Schritt (■ Abb. 2.4). 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.

Als nächstes ist die **Motivation** zu einer umfassenden Veränderung zu fördern. Eine wachsende **Krankheitseinsicht** bzw. Akzeptanz festigt zunächst die Abstinenz, während dann 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 Abbildung 2.4 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.

## 2.4.4 Motivation

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, bis der Spieler Bereitschaft zu einer Therapie zeigt. 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 weiter führen

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. 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?

## 2.4.5 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. Aber die Krankheitseinsicht ist wie die Motivation kein statischer Zustand. Erste Ahnungen des Spielers, dass mit seinem Spielverhalten etwas nicht stimmt, liegen oft schon 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. 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 vorhanden ist 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.

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 Entzugerscheinungen? Müssen Sie oft an das (Glücks-)Spielen denken, wenn ja, in welchen Situationen? Haben Sie körperliche Beschwerden durch mangelnde Ernährung, hohen Kaffee- und Nikotinmissbrauch? 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?

Zur **Rückfallverhütung** werden in der Therapie persönliche **Risikosituationen** analysiert sowie **Bewältigungsstrategien** erarbeitet und erprobt. Auf einem »Notfallkärtchen«, das der Patient z. B. in der Geldbörse bei sich führt, ist festzuhalten, wie er bei einer unmittelbaren Rückfallgefahr reagiert. Erst wenn die kritische Situation gestoppt ist, sind Maßnahmen zu treffen, wie ähnliche Risikosituationen zukünftig zu vermeiden sind.

**Exzessives Computer- und/oder Internetspielen** tritt häufig gemeinsam mit pathologischem Glücksspielen (und substanzgebundenen Suchtformen) auf. In Situationen, in denen die notwendigen finanziellen Mittel zum Spielen fehlten, eine Abwesenheit von zu Hause nicht zu rechtfertigen war, setzten die Patienten es häufig zur **Ablenkung und Erleichterung** ein. Dies geschah auch, um unangenehmen Gesprächen aus dem Weg zu gehen. Sie steigerten sich dabei häufig extrem in Spielabläufe hinein und verloren die Kontrolle über das zeitliche Ausmaß ihrer Betätigung. Einige Patienten sahen dabei starke Ähnlichkeiten zu dem Kontrollverlust bei (Glücks-)Spielen. Aus Sicht der Rückfallprävention betonten Patienten, sich hier enge Grenzen setzen zu müssen bzw. darauf ebenfalls verzichten zu wollen, da **ansonsten das Rückfallrisiko für das (Glücks-)Spielen zu groß sei**. Die **Abstinenzzielsetzung** wäre entsprechend zu **erweitern**. Patienten betonen, die Ähnlichkeit zwischen beiden Tätigkeiten sei groß, wobei jedoch ein wichtiges Element dabei zu **fehlen schien**: die **drogenartige Wirkung** des existenzgefährdenden **hohen Einsatzes finanzieller Mittel**. Dieser Faktor ist möglicherweise entscheidend dafür, dass Glücksspieler die Computer- und Internetspiele nicht als vollständigen Ersatz annehmen und sich bisher kein so genanntes »Umsteigen« verzeichnen ließ.

Zu den Spielen gehörten so genannte Strategiespiele und Internetrollenspiele wie »World of Warcraft«. Die Spielmotivation besteht zum einen in der Erreichung eines möglichst hohen Levels, zum anderen in der Identifikation mit Rollen und der Möglichkeit, in einem

Spielsystem aufzusteigen, Verantwortung zu übernehmen und sich einer größeren Gruppe von Spielern zugehörig zu fühlen.

In den letzten Jahren gab es zahlreiche Veröffentlichungen (Wölfling u. Müller 2008; Wildt et al. 2006) zu der Beobachtung, dass insbesondere Schüler und junge Erwachsene in Bezug auf Computer- und Internetspiele zunehmend ein suchtmähnliches Verhalten entwickeln. Dabei sind schädliche Folgen zu sehen, die von der massiven Vernachlässigung schulischer und beruflicher Pflichten bis hin zu starker sozialer Isolation sowie einer spielinduzierten mangelnden eigenen Identifikation, Kontaktfähigkeit und sozialen Kompetenz reichen.

### 2.4.6 Psychotherapie der Ursachen, Alternativen zum Glücksspielen und veränderter Umgang mit Geld

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) folgte. Bisher lassen sich keine Ursache-Wirkung-Beziehungen (Kausalzusammenhänge) zwischen Persönlichkeitsauffälligkeiten, biografischen Besonderheiten und der Entstehung/Entwicklung (Genese) des pathologischen Glücksspiels feststellen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Ursachen der Erkrankung vielfältig (multifaktoriell) sind, wobei Bedingungen des sozialen Umfeldes (Vorhandensein der Spielmöglichkeit, Peergroup, Familienbiografie etc.) und des Individuums in eine Behandlungsstrategie einzubeziehen sind. Eine sorgfältige sozial-anamnestiche (sozialer Hintergrund), klinisch-psychologische Befragung (Exploration) und Diagnostik sollten deshalb selbstverständlich sein, um den Patienten bei seiner **Ursachenforschung** zu unterstützen.

»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 Persönlichkeits-

test 16PF zu (Meyer u. 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 verarbeitet haben? Welche konkreten Verhaltensänderungen, neue Interessen und Hobbys sind zu entwickeln und umzusetzen, um den Stellenwert des Glücksspiels insgesamt stark zu reduzieren?

Nicht der Verzicht steht im Vordergrund der Therapie, sondern die Alternativen: Wie oft gab es schon den Voratz, das Suchtverhalten einzustellen? Abhängigkeit bedeutet, viele andere Dinge nicht zu tun. Erst die Ausbildung von Alternativen eröffnet dauerhaft die Chance, auf das (Glücks-)Spielen zu verzichten und zufrieden abstinenter zu sein.

Therapeutische Bemühungen zielen deshalb darauf ab, konkrete Pläne zu entwickeln, den Tagesablauf sinnvoll zu strukturieren, konkrete Wochenpläne zu erstellen, alltäglich für **Ausgleich und Entspannung** zu sorgen, **Höhepunkte** (»Highlights«) nicht zu vergessen, so dass nicht der »graue Alltag« Einzug hält und die Frage aufkommt: »Was darf ich überhaupt noch?« Nicht da, »wo es wehtut«, geht es lang, sondern dort, wo durch eigene Initiative und eine gute **Vorausschau** einerseits Pflichten und andererseits eine interessante abwechs-

lungsreiche Tages- und Wochengestaltung in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Ein wichtiger Schritt aus der Abhängigkeit ist, an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse, Spaß und Freude zu haben.

### Perspektiven nach der Behandlung

Welche konkreten Persönlichkeitseigenschaften, Verhaltensweisen, Wertvorstellungen und Lebensumstände müssen verändert werden, um dauerhaft auf das Spielen zu verzichten? Was erwartet Sie nach der Therapie hinsichtlich Partnerschaft, Wohnung, Arbeitsplatz, Freunde und Bekannte? Sind weitere Partnergespräche, familientherapeutische Maßnahmen notwendig? Wollen Sie eine therapeutische Übergangseinrichtung besuchen? Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Rehabilitation vor? Wie gestaltet sich der weitere Umgang mit dem Geld, den Schulden?

**Geld zum Thema machen:** 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, so dass 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 zur Zielsetzung haben.

Der Schwerpunkt der Behandlung liegt darauf,

- Lösungen für Probleme zu finden,
- Verantwortung für sich selbst zu übernehmen,
- an Ressourcen anzuknüpfen und nicht in einem Defizitdenken zu verharren,
- Steigerung emotionaler und sozialer Kompetenzen,
- möglichst täglich für Ausgleich und Entspannung zu sorgen, Alternativen zum Suchtverhalten auszubauen
- konkrete Vorhaben dazu zu entwickeln,
- den Tagesablauf sinnvoll zu strukturieren,
- Wochenpläne zu erstellen und umzusetzen.

Um dem komplexen Bedingungsgefüge des pathologischen Glücksspielens gerecht zu werden, ist eher ein integrativer Psychotherapie-Ansatz angebracht. Zur Vermittlung von Einsichten und zum Hinterfragen irra-