

# „Pathologisches Glücksspielen“ – das Störungsbild und seine Behandlung

Jörg Petry

---

*Die Begriffe „Glück“, „Spiel“ und „Sucht“ bestimmen das Problemgebiet. Zum Verständnis wird das psychische Erleben während des Spielens als Spaßhandlung mit dem Glücksspielen als Ernsthandlung verglichen und erfahrbar gemacht. Das Rätsel der Glücksspielsucht in all seinen Formen, das selbst zerstörerische Festhalten an dem verlustreichen Glücksspielverhalten, soll entschlüsselt werden.*

*Hinweise zum Erkennen problematischen Glücksspielverhalten werden aufgezeigt und praktische Fragen der Veränderungsmotivierung, Rückfallprävention und des Geld- und Schuldenmanagements dargestellt.*

---

## 1. Das Störungsbild

### 1.1 Begrifflichkeit

In der Fachliteratur finden sich vielfältige sprachliche Bezeichnungen für problematische Formen des Glücksspielverhaltens. Dabei wird der englischsprachige Begriff „gambling“ durch den Gegenstand spezifizierende Adjektive wie „excessive“, „obsessive“, „compulsive“, „addictive“ oder aktuell „pathological“ eingengt. Inzwischen ist die Bezeichnung „pathologisches Glücksspielen“ (pathological gambling) international üblich. Für die Erfassung der wesentlichen Merkmale des Gegenstandsbereiches erscheint jedoch der deutschsprachige Begriff „Glücksspielsucht“ am besten geeignet, wenn man die inhaltlichen Implikationen der drei darin enthaltenen Substantive Spiel, Glück und Sucht betrachtet.

Der Begriff „Spiel“ verweist auf den umfassenden Bedeutungszusammenhang des Erlebens einer Selbstwertsteigerung durch Meisterung einer aus dem Alltagshandeln abgehobenen Handlungsanforderung. Dem Spiel kommt dabei die Funktion zu, emotionale Grunderfahrungen zu ermögli-

chen, die aufgrund der im realen Leben bestehenden Einschränkungen, wie z.B. der starken Abhängigkeit des Kindes von seinen Eltern, nicht möglich sind. Dabei können in der realen Welt erlebte Frustrationen ausgeglichen werden und motivationale Entwicklungsanreize für neue Erfahrungen entstehen. Bei der für Glücksspielsüchtige typischen aus einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung resultierenden Selbstwertproblematik besteht eine Bedürfnis- und Motivationsstruktur, für die der Aufforderungscharakter von Spielsituationen einen besonderen Anreiz darstellt (Oerter, 1998). Entsprechend zeigen Glücksspielsüchtige neben der Präferenz für Glücksspiele auch reges Interesse an verschiedensten Spielen wie Schach oder sportlichem Wettbewerb, bei denen sie ihr subjektives Kontrollempfinden und damit ihren Selbstwert steigern können, ohne sich problematischen realen Lebensanforderungen stellen zu müssen.

Mit dem Begriff „Glück“ wird das spezifische Bedingungsgefüge des Glücksspielens durch Einbeziehung des materiellen Aspektes erfasst. Glücksspiele sind im Kern als Wetten zu begreifen, da es sich immer um das Setzen eines Preises auf das Eintreten eines (vorwiegend) zufallsbedingten Ereignisses handelt. Der Einsatz von Geld ist mit einer Erregungssteigerung zu Beginn und im Verlauf der Glücksspielaktivität (Anderson & Brown, 1984; Meyer et al., 2004) verbunden, gleichzeitig besteht jedoch das entsprechende Verlustrisiko. Hiermit vollzieht sich eine grundlegende Veränderung der Handlungsstruktur, indem aus dem Spiel, welches, abgesehen von dem langfristigen entwicklungspsychologischen Aspekt, lediglich zu einer unmittelbaren Befindlichkeitsänderung führt, eine Ernsthandlung wird, die reale Folgen für den Glücksspieler hat. In der Karriere von Glücksspielsüchtigen kommt dem Geld eine zentrale Bedeutung zu, da es mit Empfindungen der Wichtigkeit, Überlegenheit und sozialen Anerkennung verbunden ist, so dass anfängliche Gewinnerfahrungen (big win) zu einer starken Bindung an das Glücksspiel führen. Im weiteren Verlauf entwickelt sich aufgrund der notwendig eintretenden Verluste die Aufholjagd (chasing), d.h., der ausweglose Versuch, eingetretene Geldverluste durch verstärktes Glücksspielen auszugleichen (Lesieur, 1979; Wilcke, 2013).

Der Begriff „Sucht“ verweist nicht nur auf die zunehmende Eskalation des Glücksspielverhaltens mit den entsprechenden negativen Folgen, sondern auf darüber hinausgehende moralische Aspekte, die durch den deutschsprachigen Suchtbegriff am besten sprachlich erfasst werden. Auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielen (O’Hara, 1987) entsteht für den Betroffenen ein moralisches

Dilemma, wobei die damit verbundenen Schuld- und Schamgefühle den Motor der weiteren Suchtentwicklung bilden (Orford, 2001). Es folgt eine Veränderung des Selbstkonzeptes mit Zunahme von Selbstrechtfertigungen, auch illegaler Verhaltensweisen, und einer verstärkten Integration in Subgruppen mit der Übernahme eines entsprechenden glücksspielbezogenen Lebensstils (Walters, 1994).

## 1.2 Nosologische Einordnung und Komorbiditäten

Über die Einordnung des „pathologischen Glücksspiels“ in die Systematik psychiatrischer Krankheitsbilder besteht keine Einigung. Es wird als Suchterkrankung, neurotische Störung oder Impulskontrollstörung eingeordnet. Die Diskussion in Deutschland hat sich auf die Kontroverse über die Einordnung als Suchterkrankung konzentriert (Bühninger & Türk, 2000; Meyer, 2000). Die 1980 begonnene Aufnahme des pathologischen Glücksspiels als eigenständiges psychisches Störungsbild in die internationalen Klassifikationssysteme DSM und später ICD definiert das pathologische Glücksspielen als ein andauerndes und wiederkehrendes fehl angepasstes Glücksspielverhalten, das nosologisch als Impulskontrollstörung eingeordnet wurde, im DSM-IV (Saß et al., 1996) jedoch als Abhängigkeitssyndrom im Sinne Edwards (1986) operationalisiert wurde.

Die aktuellste Operationalisierung findet sich im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Danach handelt es sich um ein andauerndes und wiederkehrendes fehl angepasstes Glücksspielverhalten, das sich in mindestens vier von neun suchtypischen Merkmalen ausdrückt, wobei die sogenannte Aufholjagd (chasing), also der vergebliche Versuch, eingetretene Verluste durch verstärktes Glücksspielen auszugleichen, im Zentrum der Glücksspielssymptomatik steht. Das pathologische Glücksspielen (Gambling Disorder) wird mit den substanzgebundenen Störungen in die gemeinsame Kategorie „Substance-Related and Addictive Disorders“ aufgenommen. Dadurch erfolgt eine Neueinordnung des pathologischen Glücksspiels als nichtstoffgebundene Suchtform (Non-Substance-Related Disorder) im Rahmen dieses Klassifikationssystems psychischer Störungen.

Bei pathologischen Glücksspielern bestehen vielfältige komorbide Störungen (Haller & Kemmerling, 1999; Prempfer, 2012). Dabei ist von einer hohen Anzahl von Persönlichkeitsstörungen auszugehen. Blaszczynski und Steel (1998) berichten für eine Stichprobe von behandelten „patholo-

gischen Glücksspielern“, dass 93 % der Patienten eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen. Die Bedeutung depressiver Störungen lässt sich daran ablesen, dass 25 % der beratenen und behandelten „pathologischen Glücksspieler“ ein oder mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte aufweisen (Denzer et al., 1995). In der Untersuchung stationär behandelter Glücksspieler von Premper (2006) fand sich bei 91 % mindestens eine komorbide Störung (Lebenszeitprävalenz), wobei die depressiven Störungen mit 61 % als häufigste Diagnosegruppe dominierten. Weiterhin zeigen 25 % eine zusätzliche stoffgebundene Sucht, insbesondere Alkoholabhängigkeit (Denzer et al., 1995), was von Premper und Schulze (2008) in dieser Größenordnung für behandelte Glücksspieler bestätigt wurde. Die Untersuchungen der Komorbidität von behandelten Glücksspielern zeigen somit Inkonsistente Befunde, die stichprobenabhängig sein dürften. In der aussagekräftigsten epidemiologischen Studie in Deutschland (Meyer et al., 2011) bestätigt sich die sehr hohe Komorbidität bei pathologischen Glücksspielern. Danach wiesen 71,1 % über die Lebensspanne eine psychische Störung (exkl. Suchterkrankungen) auf, wobei die affektiven Störungen mit 63,1 % dominierten. Daneben waren Substanzabhängigkeiten mit 44,3 % (exkl. Tabakabhängigkeit) ebenfalls sehr häufig.

### 1.3 Epidemiologie

Beim bevölkerungsbezogenen Vergleich zu den angloamerikanischen Ländern, aber auch zu Spanien und Schweden, für die von einer Prävalenzrate zwischen 1 bis 3 % ausgegangen wird (Meyer & Bachmann, 2011), handelt es sich in Deutschland um eine wesentlich kleinere Gruppe. Erste deutsche Monitoring-Studien (Bühringer et al., 2007; Buth & Stöver, 2008) gehen von 0,19 % bis 0,56 % pathologischer Glücksspieler (1-Jahres-Prävalenz der 18 bis 65jährigen) und zusätzlichen 0,29 % bis 0,64 % problematischer Glücksspieler in der Bevölkerung aus.

Mit der PAGE-Studie (Meyer et al., 2011) liegt inzwischen eine methodisch aussagekräftigere Bevölkerungsbefragung für Deutschland vor. Dabei wurde eine repräsentative Zufallsauswahl der 14- bis 65-Jährigen mit Festnetz- oder Mobiltelefonanschluss (N = 15.023) hinsichtlich der DSM-IV-Kriterien mittels der Glücksspiel-Sektion des international standardisierten Interviews CIDI befragt. Die diagnostizierten problematischen (drei oder vier Kriterien) und pathologischen Glücksspieler (fünf und mehr Kriterien) wurden in direktem Kontakt klinisch interviewt. Die

Lebenszeitprävalenz des pathologischen Glücksspielens beträgt laut PAGE-Studie 1,0% (95%-KI: 0,7% - 1,4%), was 116 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies geschätzte 531.490 Personen (95%-KI: 412.390 – 650.589). Die Lebenszeitprävalenz des problematischen Glücksspielens beträgt 1,4% (95%-KI: 1,1% - 1,8%), was 191 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung sind dies geschätzte 776.069 Personen (95%-KI: 632.070 – 920.069). Die 12-Monats-Prävalenz des pathologischen Glücksspielens beträgt laut selbiger Studie 0,35% (95%-KI: 0,2% - 0,5%), was 43 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies geschätzte 193.028 Personen (95%-KI: 117.797 – 268259). Die 12-Monats-Prävalenz des problematischen Glücksspielens beträgt 0,31% (95%-KI: 0,2% - 0,4%), was 43 identifizierten Personen entspricht. Hochgerechnet auf die Bevölkerung sind dies geschätzte 172.015 Personen (95%-KI: 118.760 – 225.270).

### 1.3 Erscheinungsformen

Eine klinisch-deskriptive Unterteilung lässt sich anhand des bevorzugten Glücksspielmediums treffen. Man unterscheidet den gewerblichen Geldautomatenspieler, Casinospierer (Kleines und Großes Spiel), legalen oder illegalen Karten- und Würfelspieler, Sportwetter (klassische Pferdewette, ODDSET), Lotto- und Totosystemspieler und den Börsenspieler (Petry, 2003). In den letzten Jahren treten verstärkt Sportwetter in illegalen Wettbüros und illegales Internetglücksspielen, insbesondere Sportwetten und Pokern, in Erscheinung. Der jeweilige Aufforderungscharakter dieser Erscheinungsformen ist sehr unterschiedlich, da die verschiedenen Glücksspielangebote von soziodemographisch differenzierbaren Gruppen, die eine jeweils charakteristische Motivationsstruktur aufweisen (Walker, 1992), genutzt werden. Durch die Novellierung der Spielverordnung im Jahr 2006 ist jedoch der gewerbliche Geldspielautomat mit den in Casinos aufgestellten Geräten annähernd vergleichbar geworden, sodass sich die Unterschiede zwischen den Nutzergruppen nivellieren. Weder die aktuelle Novellierung der Spielverordnung (u. a. Abschaffung des Punktespiels) noch die neuen Ländergesetze zu den Spielhallen (u. a. Abstandsregelung und Verbot von Mehrfachkonzessionen) haben daran etwas grundsätzlich geändert. Unter Berücksichtigung der Nutzung mehrerer Glücksspielformen ist das Risiko zur Entwicklung einer Glücksspielproblematik bzw. -sucht bei gewerblichen Geldspielgeräten am höchsten. Mit ebenfalls stark

erhöhtem Risiko ist die Teilnahme an den unter Jugendlichen immer stärker verbreiteten Formen des Internetglücksspiels (Sportwetten und Pokern) verbunden. Danach folgt das Kleine Spiel im Casino (Meyer et al., 2011).

In Deutschland bestimmt der junge männliche Geldautomatenspieler die Behandlungsnachfrage. Dabei stellt der lediglich dem Gewerberecht unterliegende „Unterhaltungsautomat mit Gewinnmöglichkeit“ das zentrale Glücksspielmedium dar. Nach der multizentrischen deskriptiven Studie von 558 in Beratung und Behandlung befindlichen Glücksspielern (Denzer et al., 1995) handelt es sich fast ausschließlich um männliche Patienten, deren Altersschwerpunkt bei 30 Jahren liegt. Sie spielen über viele Jahre mit hoher Intensität, vor allem an gewerblichen Geldautomaten, und zeigen zu Behandlungsbeginn erhebliche Auffälligkeiten, wie hohe Verschuldung, erhöhte Suizid tendenz und häufige Delinquenz. Bei einer beträchtlichen Teilgruppe besteht zusätzlich eine stoffgebundene Abhängigkeit. Dieser Befund wurde durch eine Untersuchung von 489 beratenen Glücksspielern bestätigt (Meyer & Hayer, 2005).

Das charakteristische Erleben des am häufigsten in Erscheinung tretenden Geldautomatenspiels wurde in dem autobiographischen Bericht des Journalisten und Glücksspielers Alexander Schuller (2008) dargestellt. Die Geschichte beschreibt die typische 15jährige Karriere eines Geldautomatenspielers, der als 14jähriger nach einer ersten Gewinnerfahrung sofort von der neuen und geheimnisvollen Welt der Geldspielautomaten fasziniert ist. Er erlebt die Anerkennung in der Clique der Automatenspieler, den Stolz nach vermeintlich selbst herbeigeführten Gewinnen, die Möglichkeit der Entspannung in der Spielaktion wie bei einer „Fango-Packung“, den „Thrill“ beim Alles-oder-Nichts-Spiel bis hin zu einem Gefühl der Liebe und Nähe zu Gott, wenn alles auf dem Spiel steht. Gleichzeitig erfährt der „Automaten-Mann“ die zunehmende Verstrickung in das Glücksspiel durch die aus den Verlusten resultierende „Aufholjagd“, die zunehmend schwieriger werdende und viel Zeit in Anspruch nehmende Geldbeschaffung, wiederholte „Freikäufe“ durch nahe Bezugspersonen, die den Prozess immer wieder beschleunigen, und zwischenzeitliche Gewissensbisse, die jedoch rasch zurückgedrängt werden, gegen Ende der Entwicklung jedoch zu einer durch Rückfallerfahrungen unterbrochenen Glücksspielabstinenz führen. Schuller beschreibt dabei immer wieder ausführlich die „Arbeit“ am Automaten, die inneren Fehlwahrnehmungen über die Beeinflussbarkeit der Geldspielautomaten, und bedient sich dabei der „Zockersprache“.

## 2 Erklärungsmodelle

### 2.1 Der entwicklungspsychopathologische Ansatz

Die psychoanalytischen Konzepte über die Glücksspielsucht widerspiegeln von ihren Anfängen bis heute deren theoretische Weiterentwicklung von ursprünglich triebtheoretischen Vorstellungen, wonach es sich um eine Regression auf frühe Stufen der Libidoentwicklung handelt, bis zu modernen objektpsychologischen Annahmen, wonach das pathologische Glücksspielverhalten als Selbstheilungsversuch auf dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung anzusehen ist. Nach Schütte (1987) hat das Glücksspielen die Funktion, Ich-Defizite, die aus der Frustration des frühkindlichen Bedürfnisses nach elterlicher Zuwendung entstanden sind, zu bewältigen. Von Vent (1999) steht die Affektregulationsstörung im Mittelpunkt, wobei das Glücksspielen der Abwehr von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit dient.

Klinisch sehr fundiert ist der frühe Interpretationsversuch des amerikanischen Psychiaters Bergler, der sich auf die Behandlung von mehr als 60 pathologischen Glücksspielern bezieht (Bergler, 1958). Er führt den negativen Entwicklungsverlauf und die vielfältigen Facetten der Glücksspielproblematik auf einen „psychischen Masochismus“ als Kernursache zurück. Dem pathologischen Glücksspieler ist es in seiner Entwicklung nicht gelungen, seine reale Begrenztheit anzuerkennen, da unbewusste Größenphantasien fortbestehen. Aufgrund der damit verbundenen Aggressionen gegen die Eltern mit daraus resultierenden Schuldgefühlen besteht eine Tendenz zur Selbstbestrafung in Form des unbewussten Wunsches nach Verlust. Der lustvoll-schmerzhaft erlebte Erregungszustand beim Glücksspielen erklärt sich aus der lustvoll erlebten aggressiven Größenphantasien auf der einen Seite und der schmerzhaften Erwartung einer gerechten Bestrafung auf der anderen Seite.

Es erscheint einseitig, wenn alle äußeren Erscheinungsformen allein auf eine solche psychische Tiefenstruktur zurückgeführt werden. Im Falle Berglers werden die Fallgeschichten entsprechend in Form einleuchtender Geschichten über den „unbewussten Wunsch zum Verlieren“ erzählt, wobei die bewussten Motive wie das Streben nach Erfolg und Gewinn, die Vertreibung von Langeweile, die Bewältigung negativer Gefühle, sowie verzerrte Denkmuster und defensive Verhaltensstrategien vorwiegend als Symptom des zugrundeliegenden „psychischen Masochismus“ angesehen werden.

## 2.2 Der suchttheoretische Ansatz

Das Mitte der 70er Jahre von dem amerikanischen Psychiater Custer eingeführte Suchtmodell (Custer et al., 1975) stellt eine Übertragung des von Jellinek (1946) vertretenen Phasenmodells des Alkoholismus auf die Problematik des „zwanghaften Glücksspielens“ dar. Die bisher umfassendste Darstellung der auf dieser Grundlage gewonnenen klinischen Erfahrungen und therapeutischen Grundsätze findet sich in der von Custer und Milt (1985) herausgegebenen Monographie „When luck runs out“. Für den Betroffenen wird Glücksspielen zur Hauptaktivität seines Lebens. Der Verlauf ist progressiv und erfasst zunehmend alle Lebensbereiche, was in einem körperlichen, persönlichen, ethischen und sozialen Niedergang endet. Als wesentliches Glücksspielmotiv wird das Streben nach Gewinn betrachtet, welches über den materiellen Aspekt hinaus dem Glücksspieler das Gefühl vermittelt, etwas Besonderes zu sein. Dies führt zu einer deutlichen Metamorphose, die zu einer sozialen Desintegration, der Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen und zunehmend negativen Gefühlen des Misstrauens, der Angst und der Verzweiflung führt, was ganz im Gegensatz zu dem früheren Bild eines freundlichen, großzügigen und kontaktbereiten Menschen steht. Hinter der bürgerlichen Fassade des Dr. Jekyll verbirgt sich die ganz andere Mr.-Hyde-Persönlichkeit.

Im Gegensatz zu dem psychodynamischen Ansatz konzentriert sich das suchttherapeutische Konzept auf die symptomatische Oberfläche der progressiv und phasenhaft verlaufenden Suchtdynamik, die bis zu einem Tiefpunkt fortschreitet, woraus sich die Chance zur Umkehr ergibt. Leider hat sich die Rezeption auf diesen Aspekt eingeengt, ohne dass dieses Phasenkonzept bisher einer empirischen Überprüfung unterzogen wurde, obwohl entsprechende Modellvorstellungen zum Alkoholismus kritisch diskutiert wurden (Funke & Siemon, 1989; Sutton, 2001). Es erscheint deshalb sinnvoller, den Verlauf der Glücksspielsucht verstärkt in Abhängigkeit von soziodemographischen (Geschlecht und Alter) und kulturellen Unterschieden zu betrachten (Petry, 2013)

Der wissenschaftliche und öffentliche Suchtdiskurs wird derzeit durch das Verhaltenssuchtkonzept bestimmt (Bilke-Hentsch et al., 2014; Mann, 2014). Dieses Konstrukt bezieht sich auf so genannte nichtstoffgebundene Suchtformen und postuliert, dass die „Verhaltenssüchte“ typische Ähnlichkeiten mit den bekannten stofflichen Suchtformen wie Alkohol- und Tabakabhängigkeit sowie diversen Formen der Drogenabhängigkeit aufweisen. Danach handelt es sich um exzessive Verhaltensmuster, die im



Verlauf durch suchttypische Einschränkungen und gravierende Nachteile gekennzeichnet sind. Genannt werden die Arbeits-, Kauf-, Sport-, Ess-, Sex-, Glücksspiel- und neuerdings Computersucht. Thalemann (2009) nennt als Kriterien einer „Verhaltenssucht“: Verhaltensexzess, Kontrollverlust, unmittelbare Belohnung, Toleranzentwicklung, Wirkungsumkehr, unwiderstehliches Verlangen, Gefühlsregulation, positive Wirkungserwartung, eingegängtes Verhaltensmuster, gedankliche Beschäftigung mit dem Verhaltensexzess, verzerrte Wahrnehmung, Entzugserscheinungen, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen, konditionierte Reaktionen auf externe und interne Reize sowie Leidensdruck.

Die theoretische Verankerung des Verhaltenssuchtkonzeptes im organischen Krankheitskonzept, der klassischen Lerntheorie und der Neurobiologie enthält vielfältige wissenschaftslogische Fehlschlüsse und einen methodologisch reduzierten Zugang zum Gegenstandsbereich der nicht-stoffgebundenen Süchte (Petry, 2010). Es entspricht nicht dem aktuellen biopsychosozialen Krankheitsverständnis. Die Entstehung und Aufrechterhaltung von so genannten Verhaltenssuchten – die nicht durch organische Substanzen mit psychotroper Wirkung mitbestimmt sind – wird vorwiegend auf organische Prozesse zurückgeführt. Die nachgeordnete körperliche Abhängigkeit und vermeintliche neurobiologische Korrelate werden begrifflich dadurch ins Zentrum des Konstruktes gerückt, während die für die Entstehung einer Sucht primär ursächlichen sozialen Lebensbedingungen und die psychischen Anfälligkeiten der betroffenen Individuen konzeptionell eingeschränkt und nachrangig einfließen (Petry, 2014).

### 2.3 Ein Modell zur psychischen Vulnerabilität

Eine mögliche Glücksspielproblematik im Sinne eines hypothetischen Vulnerabilitätsmodells (Petry, 1996) lässt sich aus der Wechselwirkung der spezifischen Bedürfnisstruktur „anfälliger“ Glücksspieler mit dem dazu passenden Aufforderungscharakter eines speziellen Glücksspielangebotes beschreiben. Im Zentrum der inneren Bedürfnisstruktur steht die schwere Selbstwertstörung, bei der das Selbst als „leer“ oder als ein „Nichts“ erlebt wird (Bensel, 1998; Bergler 1958; Custer & Milt, 1985). Damit verbunden existiert eine individualistisch-konkurrierende Beziehungsbildung und eine Störung der Gefühlsregulation, indem die den Selbstwert bedrohenden Gefühle des Versagens, der Trauer und Wut unterdrückt und statt dessen in aktionsreichen Ersatzhandlungen abregiert werden.

Die damit korrespondierende Bedürfnisstruktur bildet die Anfälligkeit für spezielle Glücksspielangebote als äußere Anreizsituation, da sie die Möglichkeit bietet, den Selbstwert zu erhöhen, durch Ersatzbefriedigungen der Gefühlsregulation zu dienen und gleichzeitig distanziert kontrollierte Interaktionsmuster herzustellen. Dabei kommt es zu einer illusionären Verwechslung der Spielebene mit der Ernstebene, wodurch die unmittelbare Befindlichkeitsänderung über die Orientierung an den realen Konsequenzen dominiert (Oerter, 1998). Da die ursprünglich bestehenden Wahlmöglichkeiten zur Bewältigung alltäglicher Belastungen aufgrund der ausgeblendet realen Folgen des Glücksspiels zunehmend eingeschränkt werden (Lesieur, 1979), entsteht eine suchttypische Eigendynamik.

In einer vergleichenden klinischen Studie mit streng parallelisierten pathologischen Glücksspielern, Alkoholabhängigen und depressiv-neurotischen Patienten (Petry, 2001) finden sich, bezogen auf den mehrheitlich gefundenen narzisstisch-persönlichkeitsgestörten Glücksspielertyp, empirische Belege für die Kernaussage dieses Vulnerabilitätskonzeptes, „Diese Glücksspieler weisen eine schwere Selbstwertstörung im Sinne einer depressiven Sinnproblematik mit Gefühlen der Sinnlosigkeit und Leere auf, halten jedoch mit Hilfe ausgeprägter Selbsttäuschungs- und Selbstdarstellungstendenzen eine äußere Fassade der Selbstsicherheit und Handlungskompetenz aufrecht. Weiterhin zeigen sie eine verminderte Impulskontrolle als Ausdruck einer suchttypischen Eigendynamik mit einer dafür typischen Orientierung auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung. Aufgrund des Querschnittscharakters der Untersuchung lassen sich daraus jedoch keine entwicklungspsychopathologischen Schlussfolgerungen ziehen. Es fällt jedoch auf, dass die in dem Vulnerabilitätskonzept des pathologischen Glücksspiels postulierte Selbstwertproblematik, Störung der Gefühlsregulation und Beziehungsgestaltung Parallelen zur unsicher-distanzierten Bindungsrepräsentation im Sinne der Bindungstheorie von Bolby (Zimmermann, 1998) aufweisen.

In einer aktuellen vergleichenden Studie von Vierhaus und Mitarbeitern (2012) finden sich empirische Belege für die allgemeine Validität durch Vergleich mit unproblematischen Glücksspielern als auch für die spezifische Validität im Vergleich mit einer anderen klinischen Gruppe. Aufgrund des Querschnittscharakters der Untersuchung lassen sich daraus jedoch keine entwicklungspsychopathologischen Schlussfolgerungen ziehen. Dabei wurde eine Gruppe von behandelten Glücksspielsüchtigen mit einer normalen Vergleichsgruppe von Arbeitern aus mittelständischen Betrieben und mit einer Gruppe von behandelten Alkoholkranken vergli-

chen. Die drei Untersuchungsgruppen waren hinsichtlich Geschlecht und Alter parallelisiert worden. Die im Modell postulierten Merkmale der Selbstwertproblematik, Gefühlsdysregulation und Beziehungsstörung wurden jeweils mittels zweier Merkmale operationalisiert. Ein diskriminanzanalytischer Vergleich mit der Normalgruppe erbrachte deutliche Hinweise auf die allgemeine Validität des Modells. Die Glücksspielsüchtigen weisen einen negativeren emotionalen Selbstwert (Selbstwertproblematik), eine größere Alltagsbelastung verbunden mit einer maladaptiven Bewältigung von Gefühlen (Gefühlsdysregulation) sowie negativere kindliche Erfahrungen mit den Eltern und stärkere Probleme in der aktuellen Partnerschaft (Beziehungsstörung) auf. Dies verbessert das klinische Verständnis von Glücksspielsüchtigen, die durch ihr Glücksspielverhalten den Selbstwert steigern, unangenehmen Gefühlen ausweichen und nahe Beziehungen vermeiden wollen. Bezogen auf die spezifische Validität in Bezug auf den beispielhaften Vergleich mit Alkoholkranken hat sich die Selbstwertproblematik als unspezifisch erwiesen, da sich die beiden klinischen Gruppen durch einen gleichermaßen erniedrigten Selbstwert auszeichnen. Spezifisch für die Glücksspielsüchtigen sind jedoch eine maladaptivere Gefühlsregulation und negativere kindliche Erfahrungen mit den Eltern. Auch wenn es sich um große Effektstärken handelt, müssen die untersuchten Merkmale noch im Kontext mit anderen stabilen Persönlichkeitsmerkmalen und sozialen Risikofaktoren bezüglich ihrer relativen Bedeutsamkeit überprüft werden.

### 3 Behandlung

Hinsichtlich der sozialrechtlichen Anerkennung des pathologischen Glücksspielens als eigenständiges Störungsbild liegen höchstrichterliche Urteile, vergleichbar dem Bundessozialgerichtsurteil von 1968 bezüglich des Alkoholismus, nicht vor. Es gibt lediglich erstinstanzliche Urteile, die das Recht auf eine Behandlung des pathologischen Glücksspielens feststellen. Die Renten- und Krankenversicherungen als Kostenträger haben ihre langjährige Praxis in Form einer „Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen“ formuliert (Buschmann-Steinhage, 2000) und in Jahr 2001 in Kraft gesetzt. Therapeutische Strategien und Methoden finden sich bei Petry (1996), Petry und Mitarbeiter (2013) und Premper und Sobottka (2015).

### 3.1 Glücksspielabstinenz

Bei der Behandlung der Glücksspielproblematik hat sich das von Custer und Milt (1985) etablierte Prinzip der Glücksspielabstinenz bewährt. Dabei stellt sich die Frage, wie diese Glücksspielabstinenz zu definieren ist, inwieweit also Spiele ohne Geldeinsatz, wie z.B. Schach, oder Glücksspiele mit geringem Geldeinsatz, wie z. B. Lose, darunter einzuordnen sind und ob eine spezielle Glücksspielproblematik, wie das Geldautomatenspiel, mit der Gefahr des Umstiegs auf eine andere Glücksspielart, wie z.B. Roulette, verbunden sein kann. Dazu lassen sich zwei grundlegende Dimensionen der Glücksspielabstinenz unterscheiden, die sich auf die Höhe des jeweiligen Geldeinsatzes und auf die Ähnlichkeit der Glücksspielart beziehen. Im Rahmen eines solchen zweidimensionalen Schemas können die Bereiche des „weichen“ und „harten“ Glücksspielverhaltens, die auf ein unterschiedliches Gefährdungspotenzial hinweisen, pragmatisch voneinander abgegrenzt werden (Petry, 2003).

Dabei sollte während der Behandlung die vollständige Glücksspielabstinenz gefordert werden, um die Funktionalität des ausgeübten Glücksspielverhaltens erlebbar zu machen, während nach einer Behandlung die Entscheidung über den Bereich des „weichen“ (mit geringer Ähnlichkeit zum problembehafteten Glücksspielmedium und um geringe Geldeinsätze) Glücksspielverhaltens dem Betroffenen überlassen werden kann. Katamnestiche Befunde (Petry & Jahrreiss, 1999) zeigen jedoch, dass der vollständige Verzicht auf Glücksspiele jeglicher Art mit einer besseren Prognose verbunden ist.

### 3.2 Symptomorientierte Behandlung

Die Behandlung muss sich zunächst auf das symptomatische Glücksspielverhalten selbst richten, wodurch die selbstauferlegte Glücksspielabstinenz stabilisiert wird. Dabei ist es erforderlich, die ambivalente Veränderungsmotivation, glücksspielerspezifische Kognitionen und die Rückfallgefährdung einzubeziehen.

Hinsichtlich der Motivationsproblematik kann die Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielverhalten mit Hilfe nichtkonfrontativer Motivierungsstrategien bearbeitet werden (Petry, 1996; Hodgins et al., 2001; Miller & Rollnick, 2002). Dabei sollte die Diskrepanz zwischen der unmittelbar positiv erlebten Gefühlsveränderung und den langfristig negativen Folgen

des Glücksspielverhaltens bewusst werden. Im Zentrum steht die Herausarbeitung der Funktionalität des Problemverhaltens, um daraus konkrete Therapieziele abzuleiten. Dies erfolgt durch Erfassung des situativen Kontextes, der damit verbundenen Verhaltensgewohnheiten und der inneren Bewertungsprozesse, die das Glücksspielverhalten stabilisieren.

Darüber hinaus richtet sich die Behandlung auf die Veränderung spezifischer kognitiver Verzerrungsmuster, die vor allem für die Aufrechterhaltung des Glücksspielverhaltens von Bedeutung sind. Grundlage bildet die sozialkognitive Therapie der Verwicklung in das Glücksspielen von Walker (1992), die sich inzwischen auf eine Vielzahl empirischer und experimenteller Befunde stützen kann (Ladouceur & Walker, 1996) und ein kognitiv-behaviorales Erklärungsmodell des problematischen Glücksspielens liefert (Sharpe & Tarrier, 1993). Ausgangspunkt bilden drei zentrale irrationale Denkweisen, die sich durch normale psychische Prozesse erklären lassen. Es handelt sich um die sogenannte Kontrollillusion, also die Annahme, dass beim Glücksspielen mehr persönliche Einflussnahme möglich ist, als dies objektiv der Fall ist. Weiterhin bestehen verzerrte Bewertungen der Glücksspielergebnisse, indem Gewinne den eigenen Kompetenzen, Verluste aber äußeren, nicht veränderbaren Hindernissen oder unglücklichen Umständen zugeschrieben werden. Schließlich entwickelt sich die sogenannte Gefangennahme, d.h. die sich verstärkende Bindung an eine gewählte Entscheidungsstrategie aufgrund der bereits erfolgten „Investition“, obwohl diese bereits gescheitert ist.

Die Bearbeitung der Rückfallgefährdung als Bestandteil der selbst gewählten Glücksspielabstinenz stellt einen weiteren Schwerpunkt der symptomorientierten Behandlung dar (Marlatt & Gordon, 1985; Harris, 1988; Petry, 1996; Marlatt & Donovan, 2005). Die Mehrzahl der Rückfälle von Suchtpatienten lässt sich auf eine relativ geringe Anzahl von Risikosituationen reduzieren. Die Erfassung solcher Risikosituationen verweist auf Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Suchtformen von Alkoholikern, Drogenabhängigen, Rauchern, Essstörungen und pathologischen Glücksspielern, wobei auch spezifische Unterschiede bestehen. So fanden Cummings und Mitarbeiter (1980), dass für pathologische Glücksspieler im Gegensatz zu anderen Suchtformen insbesondere Situationen, die mit negativen Gefühlszuständen verbunden sind, die eine innere oder äußere Versuchung darstellen oder eine Herausforderung zum Testen der eigenen Kontrollfähigkeit beinhalten, mit einem besonderen Risiko behaftet sind, während negative körperliche Empfindungen, positive Emotionen und Situationen, in denen ein suchtspezifischer sozialer Konformitätsdruck besteht, als

weniger risikohaft erlebt werden. In der multizentrischen Katamnese von Premper und Mitarbeitern (2014) konnte die geringe Fähigkeit im Umgang mit negativen Gefühlen als Rückfallrisiko bestätigt werden.

### 3.3 Bearbeitung der Hintergrundproblematik

Zur dauerhaften Bewältigung einer Glücksspielproblematik ist es erforderlich, die zugrundeliegenden Störungen des Selbstwertes, der Gefühlsregulation und Beziehungsgestaltung zu erarbeiten.

Die im Zentrum der Glücksspielproblematik stehende schwere Selbstwertproblematik (Bensel, 1998), insbesondere auf dem Hintergrund der gestörten Vater-Sohn(bzw. Tochter)-Beziehung (Kagerer, 1998) äußert sich in einer starken Diskrepanz zwischen den nach außen gezeigten Verhaltensmustern und der dazu diametral erlebten inneren Befindlichkeit. Fordert man den Betroffenen zu einer Selbstcharakterisierung auf, indem er sich zunächst selbst aus der Sicht eines Außenstehenden beschreiben soll, so werden am häufigsten Merkmale wie Unruhe, Verslossenheit, Dominanz, Unehrllichkeit und Aggressivität genannt, wohingegen bei der Beschreibung der inneren Befindlichkeit am häufigsten Merkmale wie Verletzbarkeit, Sehnsucht nach Zuwendung, Nervosität, Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit thematisiert werden. Daraus ergibt sich ein kräftezehrender Spannungszustand in der Person des pathologischen Glücksspielers, indem innere Unsicherheit durch ein dominant-selbstsicheres Auftreten überspielt wird, Nähe- und Geborgenheitswünsche unter einem sozial distanzierten Verhalten verborgen werden und die innere Unruhe durch nach außen gezeigte Gelassenheit überdeckt wird.

Bezogen auf die Störung der Gefühlsregulation stand zunächst die klinisch sichtbare physiologische Unruhe und der starke Aktionsdrang von behandlungsbedürftigen Glücksspielern im Mittelpunkt, da angenommen wurde, dass glücksspielfähige Personen chronisch über- oder untererregt sind (Jacobs, 1986). Das persistierende Glücksspielverhalten erklärt sich danach bei einer psychophysiologisch untererregten Person durch die Beseitigung dieses unangenehmen Mangelzustandes (McCormick, 1987) oder bei übererregten Personen als Ausdruck ihres Bedürfnisses nach Reizsuche (Anderson & Braun, 1984). Der Aktionsdrang von Glücksspielern zu Beginn einer Behandlung kann dabei die Funktion haben, bedrohliche Gefühle abzuwehren. Die Behandlung erfordert deshalb die Unterbrechung dieser Überaktivität, um zu einer verbesserten Gefühlswahrneh-

mung zu gelangen. Dabei wird dann zunächst über den unangenehmen Zustand der Langeweile geklagt oder der zunehmende „Spieldruck“ thematisiert, was auf die Funktion des Glücksspielverhaltens hinweist, unangenehme Gefühle der Einsamkeit, Angst vor Ablehnung und Aggressivität kurzfristig zu bewältigen.

Hinsichtlich der glücksspielertypischen Beziehungsstörung, die sich als einseitige Austauschorientierung im Sinne der individualistisch-kompetitiven Vergrößerung des eigenen Vorteils interpretieren lässt (Grzelak, 1990), können problematische Beziehungsmuster durch gruppendynamische Interaktionsübungen (Antons, 1992) thematisiert werden. Eine geeignete Methode ist die sogenannte Quadratübung, die kooperatives bzw. kompetitives Verhalten in Kleingruppen aktualisiert. Die Teilnehmer erhalten nach einem festgelegten Plan Bausteine, die durch stummen Ausgleich zu gleich großen Quadraten zusammenzufügen sind. Da nur eine gemeinsame Lösungsmöglichkeit besteht, kann es im Verlauf zu Einzellösungen kommen, die andere Teilnehmer blockieren. Dieses Verfahren führt aufgrund seines Spielcharakters zur Handlungsaktivierung, so dass rasch Besonderheiten des individuellen Interaktionsverhaltens deutlich werden. Viele behandelte Glücksspieler zeigen zu Beginn ein hektisches, leistungsorientiertes Verhalten, bei dem sie intensiv auf ihre Position konzentriert sind. Es fällt Beobachtern deshalb nicht schwer, auftretende Gefühle von Ärger, Überlegenheit, Rückzug und Genugtuung zu beobachten und diese zurückzumelden, wodurch individuell unterschiedliche Probleme der Beziehungsgestaltung verdeutlicht werden können.

### 3.4 Geld- und Schuldenmanagement

Auf den zentralen Stellenwert des Geldes für die Entwicklung der Glücksspielproblematik wurde am eindringlichsten von Custer und Milt (1985) innerhalb ihres Phasenkonzeptes zum „zwanhaften Glücksspielen“ hingewiesen, indem sie auf die sich verändernde Bedeutsamkeit des Geldes innerhalb der Glücksspielerkarriere hinwiesen.

Das Grundprinzip des Geld- und Schuldenmanagements muss zunächst darin bestehen, die unmittelbare und selbstkontrollierte Veränderung des finanziellen Verhaltens und des Umgangs mit Schulden zu fördern, wobei bis auf Krisensituationen keine dauerhafte Fremdkontrolle ausgeübt werden sollte. Das Vorgehen zielt darauf, die im Laufe der Glücksspielerkarriere eingetretene „Geldentwertung“ (Abt et al., 1985; Brandt, 1993) stu-

fenweise abzubauen und die kurzfristige Orientierung an dem jeweils unmittelbar vorhandenen Geld aufzuheben. Von Yablonsky (1992) wurde dazu das „Prinzip des frei verfügbaren Einkommens“ mit dem Grundsatz der aufgeschobenen Befriedigung eingeführt. Die konkrete Vorgehensweise besteht danach in einer detaillierten Haushaltsanalyse, aus der heraus sich neue Umgangsformen mit dem Geld im Sinne eines therapeutisch geleiteten Lernprozesses ergeben (Lenhard & Nebendorf, 1996; Abraham, 2002).

Dazu ergänzend ist es unter motivierenden Gesichtspunkten notwendig, eine langfristige positive Orientierung zum Sparen aufzubauen. Zunächst kann dabei auf die Prinzipien von Schäfer (1999) zurückgegriffen werden, insbesondere sein Konzept vom „Goldene-Gans-Konto“. Dazu sollte man sich selbst ein „Gehalt“ zahlen, indem man 10 % des Einkommens auf das Sonderkonto überweist, auf dem die Gans goldene Eier legt. Natürlich sollte die Höhe dieser Sparrate individuell festgelegt werden, im Extrem reicht ein sehr kleiner, symbolischer Betrag aus. Dieser ermöglicht dennoch das Erlebnis, wieder ein eigenes, zunächst bescheidenes Sparbuch zu besitzen, und sich später bei relevanten Beträgen eine langfristige Vermögensanlage zu sichern.

Eine Ergänzung dieses Ansatzes bietet die „holländische Geizbewegung“. Van Veen und van Eeden (1996, 1997) zeigen an vielfältigen Beispielen Einsparmöglichkeiten auf (1997), indem sie z.B. die Frage stellen: „Haben Sie beim Duschen das Licht an?“ und stellen fest, dass Duschen im Dunkeln, am besten zu zweit, Wasser und Energie spart und auch noch gut für den Blutdruck ist. Sie vermitteln Grundprinzipien wie das sogenannte Halbierungsprinzip (1997), wonach man z.B. beim Haare waschen die Dosis des Haarwasmittels sukzessive immer weiter bis zur Wirkungsgrenze reduziert, oder die Methode des „erstaunten Zwerges“ (1996), der aus einer distanzierten Sicht die alltägliche Haushaltsführung ökonomisch analysiert und beim Kochen immer wieder hinterfragt, ob das eine oder andere notwendig ist, also die Kartoffeln bis zum Ende auf der heißen Herdplatte verbleiben müssen oder nicht im Gartopf, den die Großmutter schon kannte, zu Ende garen können.

Dabei lässt sich unter Bezug auf die Entwicklung der Kreditaufnahme und Verschuldung innerhalb der Allgemeinbevölkerung feststellen, dass die Verschuldung von behandelten Glücksspielern noch weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt (Denzer et al., 1995) liegt und am höchsten unter allen Formen von Suchterkrankungen ausfällt (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Entsprechend ist die Verschuldung auch ein wesentliches Ausgangsmotiv zum Aufsuchen einer Beratung oder Behandlung bei Glücks-



spielsüchtigen (Groth, 1998). In der Regel besteht deshalb die Perspektive einer nur über viele Jahre reichenden Entschuldung, wobei bei einer extrem hohen Verschuldung oder einem extrem geringen Einkommen auch das private Insolvenzrecht in Betracht zu ziehen ist (Bögel-Pohl, 1999; Reischel, 2014).

Im Rahmen einer langfristigen positiven Motivation zur Schuldenregulierung (Groth & Mesch, 2014) kann auch auf ein Prinzip von Schäfer (1999) zurück gegriffen werden. Schäfer stellt dazu fest, dass der Abtrag von Schulden allein keine ausreichende Motivation sei, da es wichtig sei, ein positives Ziel zu haben, auf das man sofort hinarbeiten kann. Deshalb gilt die Regel, immer nur 50 % des Geldes, das man erübrigen kann, zur Abtragung der Schulden zu verwenden, während die übrigen 50 % schrittweise angespart werden sollten. Wiederum sollte die Abtrags- bzw. Sparrate den individuellen Bedingungen angepasst werden, d. h. auch hier kann mit einem wesentlich geringeren Sparanteil eine verstärkte Motivation zum langfristigen Schuldenabbau erzielt werden.

### 3.5 Differentielle Therapiestrategien

Der methodische Grundansatz der differentiellen Psychologie (Amelang et al., 2006) besteht darin, dass Individuen, die in bestimmten Merkmalen von der Regel abweichen, hinsichtlich charakteristischer Merkmalsvariationen untersucht werden. So kann es gelingen, Hinweise auf Gesetzmäßigkeiten zu finden, die allgemeine Gesetze über das menschliche Erleben und Verhalten überlagern. Im klinischen Anwendungsfeld lässt sich entsprechend die Behandlungseffektivität verbessern, wenn es gelingt, innerhalb eines Störungsbildes systematische Unterschiede zwischen speziellen Untergruppen zu finden und daraus differentielle Behandlungsstrategien abzuleiten. Die bei Glücksspielsüchtigen relevanten Merkmale für diese Strategie betreffen das Geschlecht, Alter und die ethnische Herkunft. Im Hinblick auf die Komorbidität geht es um Störungen, die seltener mit einem pathologischen Glücksspielen verbunden sind.

In Kliniken, die ein glücksspielerspezifisches Behandlungsangebot aufweisen, wurden inzwischen weiter gehende zielgruppenspezifische Behandlungsangebote entwickelt. Dies soll sicher stellen, dass neben dem allgemeinen glücksspielerspezifischen Behandlungsangebot für den typischen Glücksspieler (jüngerer, deutschstämmiger Mann), mit einer häufig auftretenden Komorbidität (affektive Störung, Persönlichkeitsstörung oder Alkoholproblematik) zusätzliche differentielle Behandlungsmaßnahmen

erfolgen, die sich auf davon abweichende Untergruppen beziehen. Diese Angebote (Petry, 2013) berücksichtigen soziodemographische Besonderheiten (Geschlecht, Alter), komorbide Störungen (Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, ADHS, psychotische Störungen, pathologischer PC/Internetgebrauch), die Ethnie und Nationalität (türkisch-orientalischer Migrationshintergrund, französischsprachige Glücksspieler) und das Behandlungssetting (Eltern-Kind-Behandlung, Adaptionsbehandlung, Soziotherapie chronisch mehrfach behinderter Glücksspieler).

#### 4 Effektivität

Es liegen bisher keine kontrollierten Studien vor, in denen aussagekräftige Belege für die Wirksamkeit einzelner Bestandteile der multimodalen Behandlung von pathologischen Glücksspielern gefunden wurden. Inzwischen lässt sich jedoch die allgemeine Effektivität der Behandlung aufgrund katamnestischer Studien gut belegen (Petry, 2001b; 2003). Eine Übersicht über frühere angloamerikanische Untersuchungen geben Lesieur und Rosenthal (1991), Walker (1992) sowie Lopez, Viets und Miller (1997). Premper und Mitarbeiter (2014) geben eine Übersicht über neuere angloamerikanische Studien zur ambulanten Behandlung. Im deutschsprachigen Raum liegen zur ambulanten Behandlung nur wenige Einzelstudien aus den 1980er und 1990er Jahren vor (Petry, 2003) und es gibt lediglich eine aktuellere katamnestische Studie von Tecklenburg (2012). Die Ergebnisse zur Effektivität der ambulanten Behandlung sind mit denen der stationären Behandlung vergleichbar.

Bei der metaanalytischen Betrachtung aller in den 1990er Jahren durchgeführten deutschsprachigen Untersuchungen zur stationären Behandlung (Petry, 2001b), ergibt sich für die neun Studien eine ungewichtete durchschnittliche Erfolgsquote über die Gruppen zwischen 64,3 % (Berechnungsformel 3) und 46,1 % (Berechnungsformel 4) mit einer hohen Streubreite. Vergleicht man dies mit Studien zur Alkoholismusbehandlung, z.B. der Angabe von Süß (1995), der eine deutliche Besserungsrate (maximal zwei Rückfälle) von 47,4 % über Gruppen von behandelten Alkoholabhängigen angibt, entspricht dies dem dargestellten Ergebnis nach der Berechnungsformel 4, so dass die Behandlung von pathologischen Glücksspielern als erfolgreich zu beurteilen ist. Die hohe Streubreite der mitgeteilten Erfolgsquote zwischen 18,8 % und 75,6 % deutet auf erhebliche Differenzen zwischen den verglichenen Katamnesen hin, die sich auf

methodische Unterschiede zurückführen lassen, z.B. die großen Unterschiede der Ausschöpfungsquoten zwischen 35,4 % und 97,9 %.

Die unter diesen Einzelstudien aussagekräftigste Katamnese (Petry & Jahrreiss, 1999) umfasst 48 Patienten einer kurz- bis mittelfristigen psychosomatischen oder mittel- bis langfristigen suchttherapeutischen Behandlung von denen 47 erreicht wurden (Ausschöpfungsquote 97,9 %). Der Erhebungszeitpunkt lag ein Jahr nach der Behandlung, wobei das gesamte Nachbefragungsintervall abgefragt wurde. Die Daten wurden fremdkatamnestisch mit ebenfalls hoher Ausschöpfungsquote bestätigt. Darüber hinaus wurden die objektiven Daten der Reha-Verlaufsstatistik (Beitragszahlungen zur Rentenversicherung) und der Arbeitsunfähigkeitszeiten durch die Krankenkassen erfasst. Es erfolgte ein realer Vorher-Nachher-Vergleich, indem das Glücksspielverhalten und die objektiven Daten im Jahr vor der Behandlung und nach der Behandlung vergleichend erfasst wurden. Es ergab sich eine Erfolgsquote von 61,7 % (Berechnungsformel 3) bzw. 64,4 % (Berechnungsformel 4). Gleichzeitig ergab sich eine signifikante Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage um 38,1 % im Vergleich zwischen dem Jahr vor und nach der Behandlung. Hinweise auf eine Symptomverlagerung ergaben sich nicht. Darüber hinaus ergab sich eine signifikante Reduzierung der Verschuldung.

Die beschriebene Effektivität der stationären Rehabilitationsbehandlung konnte in einer aktuellen multizentrischen Studie belegt werden. Die Erhebung wurde als Volluntersuchung der pathologischen Glücksspieler, die in fünf Kliniken nach erfolgter Behandlung im Zeitraum vom 01.10.09 bis zum 30.09.10 entlassen wurden, durchgeführt. Untersucht wurden 617 Patienten. bei der Aufnahme, Entlassung und 12 Monate nach der Behandlung. Die Rücklaufquote lag bei 55,9 % (N = 345). Die katamnestische Erfolgsquote lag in Bezug auf die Gesamtstichprobe bei 39,7 % und in Bezug auf die Katamneseantworter bei 71,0 %. Die Quote der Erwerbstätigen stieg von 45,7% bei Therapiebeginn auf 60,9% zum Katamnesezeitpunkt. Von den Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt arbeitslos waren, gaben 30,3% an, wieder in Arbeit zu sein. In einer festen Beziehung lebten zum Katamnesezeitpunkt 51,9 % der Antworter, während es zu Therapiebeginn 44,5 % waren. Als Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung von Glücksspielfreiheit erwiesen sich eine geringe Fähigkeit zum Umgang mit negativ getönten Affekten, eine hohe Anzahl von Spieltagen pro Monat, eine hohe kognitive und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen, eine geringe Anzahl glücksspielfreier Tage vor Behandlungsbeginn sowie das Vorliegen von Arbeitslosigkeit.

## Literatur

- Abt, V., Smith, J.F. & McGurrian, M.C. (1985). Ritual, risk, and reward: A role analysis of race track and casino encounters. *Journal of Gambling Behavior*, 1, 64-75.
- Abraham, A. (2002). *Ohne Moos nix los: Geld und Schulden bei psychischen Erkrankungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D. (2006<sup>6</sup>). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, G. & Braun, R.I.F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.
- Antons, K. (1992). *Praxis der Gruppendynamik: Übungen und Techniken*. Göttingen: Hogrefe.
- Bensel, W. (1998). Zur Selbstwertproblematik bei Glücksspielsüchtigen. In I. Füchtenschneider & H. Witt (Hrsg.), *Adoleszenz und Glücksspiel* (S. 76-86). Geesthacht: Neuland.
- Bergler, E. (1958). *The psychology of gambling*. London: Bernard Hanison.
- Bilke-Hentsch, O., Wölfling, K. & Batra, A. (2014). *Praxisbuch Verhaltenssucht*. Stuttgart: Thieme.
- Blaszczynski, A. & Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14, 51-71.
- Bögel, B. & Pohl, D. (1999). *Endlich Schuldenfrei! So nutzen Sie das neue Insolvenzrecht*. Augsburg: Augustus.
- Brandt, C. (1993). *Sucht und Automatenspiel*. Freiburg: Lambertus.
- Bühringer, G., Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Steiner, S. (2007). Pathologisches Glücksspielen in Deutschland. *Sucht*, 53, 296-308.
- Bühringer, G. & Türk, D. (2000). Geldautomaten: Freizeitvergnügen oder Krankheitsursache? Göttingen: Hogrefe.
- Buschmann-Steinhage, R. (2000). Die Rehabilitation von „pathologischen Glücksspielern“ aus der Sicht der Rentenversicherung. *Münchwieser Hefte*, 24, 7-20.
- Buth, S. & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland. *Suchttherapie*, 9, 3-11.
- Cummings, C., Gordon, J.R. & Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors* (pp. 291-321). Oxford, U.K.: Pergamon.
- Custer, R., Glen, A. & Burns, R. (1975). Characteristics of compulsive gamblers. Paper presented at the second annual conference on gambling. Las Vegas: Nev.

- Custer, R. & Milt, H. (1985). *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts On File Publications.
- Denzer, P., Petry, J., Baulig, T. & Volker, U. (1996). Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs-/Behandlungsangebot (Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht). In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht '96* (S. 279-295). Geesthacht: Neuland.
- Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, 171-183.
- Funke, W. & Siemon, W. (1989). Phasenabfolge des Alkoholismus nach Jellinek: Gedanken zu ihrem Stellenwert im diagnostischen und therapeutischen Prozeß. *Bad Tönninger Blätter*, 1, 9-19.
- Groth, U. (1998). ...Irgendwo muss es ja herkommen: Zur Schuldensituation Glücksspielsüchtiger – Möglichkeiten und Perspektiven der Beratung. In I. Füchtenschnieder & J. Petry (Hrsg.), *Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte* (S. 103-112). München: Profil.
- Groth, U. & Mesch, R. (2014). *Schuldenberatung – ein Nahaufnahme: Beispiele guter Praxis*. Kassel: Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e. V.
- Grzelak, J. (1990). Konflikt und Kooperation. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol & M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 305-330). Berlin: Springer.
- Haller, R. & Kemmerling, K. (1999). Spielsucht als komorbide Störung – Diagnostische und therapeutische Aspekte. In R. Prunnelechner & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Wenn Spielen zur Sucht wird* (S. 63-72). Innsbruck: Verlag Integrierte Psychiatrie.
- Harris, J.L. (1989). A model for treating compulsive gamblers through cognitive-behavioral approaches. In E.M. Stern (Ed.), *Psychotherapy and the self-contained patient* (pp. 211-226). New York: Haworth Press.
- Hodgins, D.C., Currie, S.R. & el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57.
- Jacobs, D.F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.
- Jellinek, E.M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics: Analysis of a survey conducted by the official organ of alcoholics anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, 1-88.
- Kagerer, P. (1998). Zur Vater-Sohn-Problematik bei Glücksspielsüchtigen. In I. Füchtenschnieder & H. Witt (Hrsg.), *Adoleszenz und Glücksspiel* (S. 34-48). Geesthacht: Neuland.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucet, C. (2002). Understanding and treating the pathological gambler. Chichester (UK): John Wiley.
- Ladouceur, R. & Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In P.M. Salkovsk (Ed.), Trends in cognitive and behavioral therapies (pp. 89-120). Chichester: John Wiley.
- Lenhard, C. & Nebendorf, A. (1996). Geld- und Schuldenmanagement in der stationären Behandlung von Glücksspielsüchtigen. Sucht 42, 420-427.
- Lesieur, H.R. (1979). The compulsive gambler's spiral of options and involvement. Psychiatry, 42, 79-87.
- Lesieur, H.R. & Rosenthal, R.J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). Journal of Gambling Studies, 7, 5-39.
- Lopez Viets, V.C. & Miller, W.R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. Clinical Psychological Review, 17, 689-702.
- Mann, K. (Hrsg.) (2014). Verhaltensüchte. Berlin: Springer.
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2005<sup>2</sup>). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford.
- McCormick, R.A. (1987). Pathological gambling: A parsimonious need state model. Journal of Gambling Behavior, 3, 257-263.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze, C., Bischof, G. & John, (2011). Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung – Endbericht an das Hessische Ministerium des Inneren und für Sport. Greifswald und Lübeck: Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Meyer, G. (2000). Spielsucht – Theorie und Empirie. In S. Poppelreuter & W. Gross (Hrsg.), Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffgebundenen Süchten (S. 1-16). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2011). Spielsucht: Ursachen und Therapie. Berlin: Springer.
- Meyer, G. & Hayer, T. (2005). Das Gefährdungspotential von Lotterien und Sportwetten. Bremen: Institut für Psychologie und Kognitionswissenschaft (Unveröffentlichter Forschungsbericht).
- Meyer, G., Schwertfeger, J., Exton, M.S., Janssen, O.E., Knapp, W., Stadler, M.A., Schedlowski, M. & Krüger, T.H.C. (2004). Neuroendocrine response to casino gambling in problem gamblers. Psychoneuroendocrinology, 29, 1272-1280.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002<sup>2</sup>). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford (Dt. Übersetzung 2004<sup>2</sup>).

- Oerter, R. (1998). Das kindliche Spiel aus entwicklungspsychologischer und handlungstheoretischer Sicht – gibt es Verbindungen zur Glücksspielsucht? In I. Füchtenschneider & H. Witt (Hrsg.), *Adoleszenz und Glücksspiel* (S. 11-20). Geesthacht: Neuland.
- O'Hara, J. (1987). "Getting a stake": Gambling in early colonial Australia. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 41-59.
- Orford, J. (2001<sup>2</sup>). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addiction*. Chichester: John Wiley.
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petry, J. (2001). Vergleichende Psychopathologie von stationär behandelten "Pathologischen Glücksspielern". *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 30, 123-135.
- Petry, J. (2001b). Übersicht aller katamnestischer Studien zur ambulanten und stationären Behandlung von „Pathologischen Glücksspielern“ in Deutschland. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22, 103-121.
- Petry, J. (2003). *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Petry, J. (2010). Das Konstrukt „Verhaltenssucht“ – eine wissenschaftstheoretische Kritik. *Sucht Aktuell*, 17(2), 14-18.
- Petry, J. (2013). *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen*. Freiburg: Lambertus.
- Petry, J. (2014). Kommentar zum Editorial von Rumpf, Batra und Mann „Pathologischer Internetgebrauch: Sucht oder psychosomatische Erkrankung?“ *Sucht*, 60(6), 354-359.
- Petry, J., Füchtenschneider-Petry, I., Brück, T. & Vogelgesang, M. (2013). *Pathologisches Glücksspielen, Suchtmedizinische Reihe der DHS, Bd. 6*. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- Petry, J. & Jahrreiss, R. (1999). Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. *Deutsche Rentenversicherung*, 3/99, 196-218.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Künzel, J. & Steppan, M. (2011). Deutsche Suchtkrankenstatistik 2009: Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse, *Sucht*, 57(6), 421-430.
- Premper, V. (2006). *Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern*. Lengerich: Pabst.
- Premper, V. (2012). Komorbide psychische Störungen beim pathologischen Glücksspielen. In F.M. Wurst, N. Thon & K. Mann (Hrsg.), *Glücksspielsucht: Ursachen – Prävention – Therapie* (S. 41-80). Bern: Hans Huber.
- Premper, V. & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht*, 54(3), 131-140.
- Premper, V. & Sobottka, B. (2015). *Pathologisches Glücksspielen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Göttingen: Hogrefe.

- Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., Feindel, H., Zemlin, U., Schwarz, S. & Petry, J. (2014). Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. *Sucht*, 60(6), 331-344.
- Reischel, K. (2014). *Insolvenzrecht*. Heidelberg: Müller.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schäfer, B. (1999). *Der Weg zur finanziellen Freiheit: In sieben Jahren die erste Million*. Frankfurt/M: Campus.
- Schuller, A. (2009). *Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers*. München: Bastei-Lübbe.
- Schütte, F. (1987). „Spielsucht“ und Narzissmus. *Suchtgefahren*, 33, 126-136.
- Sharpe, L. & Tarrrier, N. (1993). Towards a cognitive behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407-412.
- Süß, H.M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of application of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96(1), 175-186.
- Tecklenburg, H.-J. (2012). *Ambulante Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel*. *Suchtmedizin*, 5, 207-215.
- Thalemann, C.N. (2009). *Verhaltenssucht*. In D. Batthyány & A. Pritz, (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte* (S. 1-17). Wien: Springer.
- Vent, P. (1999). *Spielsucht als Affektregulation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- van Veen, H. & van Eeden, R. (1996). *Knausern Sie sich reich: Geizhalse haben mehr vom Leben*. Landsberg/Lech: mvg-Verlag.
- van Veen, H. & van Eeden, R. (1996). *Wie werde ich ein echter Geizhals? So knausern Sie sich reich!* Landsberg/Lech: mvg-Verlag.
- Vierhaus, M., Ewering, J., Klein, F., Ködding, C. & Petry, J. (2012). Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. *Sucht*, 58(3), 183-193.
- Walker, M.B. (1992). *The psychology of gambling*. Oxford: Pergamon.
- Walters, G.D. (1994). The Gambling Lifestyle: I. Theory. *Journal of Gambling Studies*, 10, 159-182.
- Wilcke, A.-C. (2013). *Dissertationsschrift zu Identifikation pathologischer Spieler an Hand ihres Spielverhaltens*. (<http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2013/6274>)
- Yablonsky, L. (1992). *Der Charme des Geldes*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Zimmermann, P. (1998). *Beziehungsgestaltung, Selbstwert und Emotionsregulierung: Glücksspielsucht aus bindungstheoretischer und entwicklungspathologischer Sicht*. In I. Füchtenschneider & H. Witt (Hrsg.), *Sehnsucht nach dem Glück: Adoleszenz und Glücksspielsucht* (S. 21-33). Geesthacht: Neuland.