

# Psychotherapie bei pathologischem Glücksspielen und Abhängigkeitserkrankung

Jörg Petry

*Ich spiele, also bin ich.  
Anonymus*

## 1 Problemstellung

### Rahmenbedingungen

Obwohl das Angebot an Glücksspielen als ein demeritorisches Gut, d.h. als nicht verdienstvoll, eingestuft wird, hat sich nach dem zweiten Weltkrieg das staatlich zugelassene Glücksspiel ökonomisch rasant entwickelt. Die staatliche Förderung dieser Entwicklung lässt sich am besten an der Ausweitung und Differenzierung innerhalb des Lotto-Toto-Segmentes ablesen. Es begann 1948 mit dem Fußballtoto und es folgten 1953 das Zahlenlotto, 1955 die Klassenlotterien, Ergebnis- und Auswahlwetten in den späten 1950er Jahren, die Glücksspirale 1970, das Rennquintett 1971, das Spiel 77 1975, das Mittwochslotto 1982, die Rubbellose ab 1987, Super 6 und die Superzahl seit 1991 und die Oddset-Wette (Nevries, 1998) und als neuestes Angebot der Eurojackpot ab 2012. Die Expansion der Aufwendungen für Glücksspielen (Bruttoeinsatzvolumen) ist etwa parallel mit dem Bruttosozialprodukt angestiegen (Albers, 1993), so dass der Betrag im Jahr 2013 ca. 33,4 Mrd. Euro betrug (Meyer, 2015).

Hinsichtlich der sozialrechtlichen Anerkennung des „pathologischen Glücksspielens“ als eigenständiges Störungsbild liegt der Beginn 1980 mit der Aufnahme in die internationalen Klassifikationssysteme DSM und später ICD. Nach dem aktuellen DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) handelt es sich um ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Glücksspielverhalten, das sich in mindestens vier von neun Merkmalen ausdrückt, wobei die sogenannte Aufholjagd (chasing), also der vergebliche Versuch, eingetretene Verluste durch verstärktes Glücksspielen auszugleichen, im Zentrum der Glücksspielssymptomatik steht (Lesieur, 1984; Wilcke, 2013). Höchstrichterliche Urteile, vergleichbar dem Bundessozialgerichtsurteil von 1968 bezüglich des Alkoholismus, liegen nicht vor. Es gibt lediglich erstinstanzliche Urteile, die

**Staatliche Förderung**

**2013  
ca. 33,4 Mrd. Euro**

**Sozialrechtliche  
Anerkennung**

das Recht auf eine Behandlung des „pathologischen Glücksspielverhaltens“ 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).

**Prävalenzschätzungen  
von problematischen  
und pathologischen  
Glücksspielern**

Nach bisherigen epidemiologischen Untersuchungen (Meyer, 2015) liegen die Prävalenzschätzungen von problematischen Glücksspielern zwischen 123.000 und 340.000 und der pathologischen Glücksspieler bei 103.000 bis 436.000 der Deutschen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Die große Spannweite der Schätzungen verweist auf grundlegende methodische Schwächen der Untersuchungen (Uhl, 2014), insbesondere sind die im Screening entdeckten „Fälle“ nicht ausreichend klinisch validiert. Zwischen den Geschlechtern findet sich eine große Ungleichheit mit 0,6% Männern vs. 0,1% Frauen (Meyer et al., 2011).

### **Erscheinungsformen**

**Glücksspielmedium**

Eine klinisch-deskriptive Unterteilung lässt sich anhand des bevorzugten Glücksspielmediums treffen. Man unterscheidet den Geldautomatenspieler, Casinospieler, legalen oder illegalen Karten- und Würfelspieler, Sportwetter, Lotto- und Totosystemspieler und den Börsenspieler (Petry, 2003). Ein neuer Typus ist der auf verschiedene Glücksspielarten bezogene Internetspieler (Gainsbury, 2012). 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.

**Junge männliche  
Geldautomatenspieler**

In Deutschland bestimmt der junge männliche Geldautomatenspieler die Behandlungsnachfrage dominant. 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., 1996) 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 konnte später bestätigt werden (Meyer & Hayer, 2005) und gilt bis heute.

### **Geldautomatenspieler**

**„Automatenmann“**

Das charakteristische Erleben des am häufigsten in Erscheinung tretenden Geldautomatenspielens wurde in dem autobiographischen Bericht über den „Automatenmann“ von dem Journalisten und Glücks-

spieler Schuller (1999) dargestellt. Die Geschichte beschreibt die typische 15-jährige Karriere eines Geldautomatenspielers, der als 14-Jähriger 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 „Automatenmann“ die zunehmende Verstrickung in das Glücksspielen durch die aus den Verlusten resultierende „Aufholjagd“, die zunehmend schwieriger werdende und viel Zeit in Anspruch nehmende Geldbeschaffung, wiederholte „Freikäufe“, 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“.

**Zunehmende  
Verstrickung**

## 2 Theoretische Modelle

### Der entwicklungspsychopathologische Ansatz

Die psychoanalytischen Konzepte über die Glücksspielsucht spiegeln von ihren Anfängen bis heute die theoretische Weiterentwicklung von ursprünglich triebtheoretischen Vorstellungen wider, wonach es sich um eine Regression auf frühe Stufen der Libidoentwicklung handelt, bis zu modernen objektpsychologischen Annahmen, die das pathologische Glücksspielverhalten als Selbstheilungsversuch auf dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ansehen.

**Psychoanalytische  
Konzepte**

Das Suchtverhalten dient nach diesen Thesen dazu, Ich-Defizite, die aus der Frustration des frühkindlichen Bedürfnisses nach elterlicher Zuwendung entstanden sind, zu bewältigen (Schütte, 1987).

**Ich-Defizite**

Am bekanntesten ist der 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

**„Psychischer  
Masochismus“**

**Erregungszustand** eine Tendenz zur Selbstbestrafung in Form des unbewussten Wunsches nach Verlust. Der lustvoll-schmerzhaft erlebte Erregungszustand beim Glücksspielen erklärt sich aus den lustvoll erlebten aggressiven Größenphantasien auf der einen Seite und der schmerzhaften Erwartung einer gerechten Bestrafung auf der anderen Seite.

**Psychische Tiefenstruktur** Die in dieser Tradition stehende psychodynamische Literatur neigt zu solchen Überinterpretationen, die alle äußeren Erscheinungsformen eindimensional auf eine psychische Tiefenstruktur zurückführen. Im Falle Berglers werden die Fallgeschichten entsprechend immer wieder in Form glaubwürdiger Geschichten über den „unbewussten Wunsch zum Verlieren“ präsentiert, 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 allein als Symptom des zugrundeliegenden „psychischen Masochismus“ angesehen werden. Von Spence (1993) wurde diese Form der Falldarstellung als narrative Metapher analysiert, die in der Sherlock-Holmes-Tradition steht, wobei der Therapeut als Meisterdetektiv mit einem bizarren und zusammenhanglosen Symptombild konfrontiert wird und als einziger in der Lage ist, die mögliche Lösung des Puzzles zu finden, indem er die unvollständige Beweiskette durch plausible Überlegungen schließt.

**Therapeut als Meisterdetektiv**

#### Der suchttheoretische Ansatz

**Phasenmodell des Alkoholismus** 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 & 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.

**Streben nach Gewinn**

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. Dabei wird auf die „Dr. Jekyll und Mr. Hyde“-Metapher zurückgegriffen, durch die der „zwanghafte Glücksspieler“ als Mensch beschrieben wird, der innerhalb kürzester Zeit völlig gegensätzliche Charakterstrukturen und Verhaltensweisen zeigen kann. Custer und Milt unterliegen dabei dem von Stevenson (1984) satirisch dargestellten viktorianischen Moralismus, der die Welt in Gut und Böse spaltet, was auf Seiten des Betroffenen eine Abspaltung unerwünschter negativer Anteile der eigenen Person in Form eines Jekyll-Hyde-Dualismus (DuWors, 1992) entspricht.

**Gegensätzliche  
Charakterstrukturen**

**Jekyll-Hyde-Dualismus  
Verhaltenssucht-  
konzept**

Der wissenschaftliche Diskurs wird derzeit durch das Verhaltenssuchtkonzept bestimmt. Dieses Konstrukt bezieht sich auf die so genannten stoffungebundenen Suchtformen und postuliert, dass die „Verhaltenssüchte“ typische Ähnlichkeiten mit den bekannten stofflichen Suchtformen wie Alkohol-, Tabak- und Drogenabhängigkeit aufweisen. Danach handelt es sich um exzessive Verhaltensmuster, die im Verlauf durch suchttypische Einschränkungen zu gravierenden Nachteilen führen (Mann, 2014). Paradoxerweise wird die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser „Verhaltenssüchte“ – die nicht durch organische Substanzen mit psychotroper Wirkung mitbestimmt sind – vorwiegend auf organische Prozesse zurückgeführt. Die psychischen und sozialen Determinanten werden sowohl begrifflich als auch empirisch vernachlässigt. Dabei wird das Pferd von hinten aufgezäumt, indem die nachgeordnete körperliche Abhängigkeit und deren neurobiologische Korrelate ins Zentrum des Konstruktes gerückt werden (Petry, 2010).

### Ein Vulnerabilitätsmodell

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 selbstwertbedrohende Gefühle des Versagens, der Trauer und Wut unterdrückt und stattdessen in aktionsreichen Ersatzhandlungen abregiert werden.

**Hypothetisches  
Vulnerabilitätsmodell**

**Schwere  
Selbstwertstörung**

Die damit korrespondierende Bedürfnisstruktur bildet die Anfälligkeit für spezielle Glücksspielangebote als äußere Anreizsituation, da sie die Möglichkeit bietet, den Selbstwert zu erhöhen, durch Ersatzbefrie-

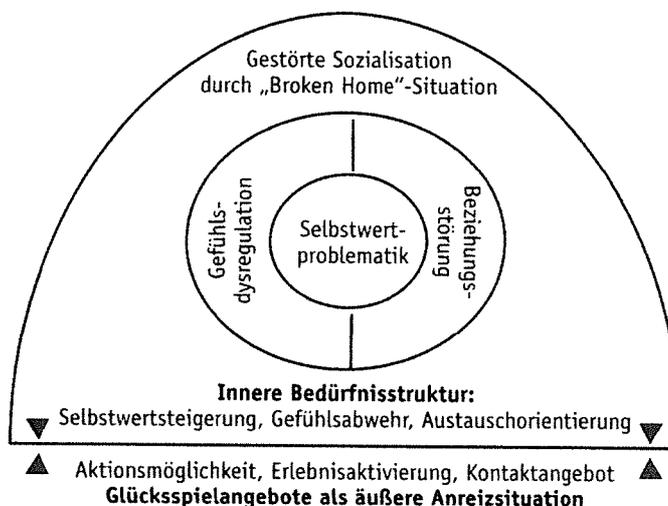


Abbildung 1:  
Ein heuristisches Modell der individuellen Vulnerabilität zur „Glücksspielsucht“ (aus Petry, 1996)

**Illusionäre Verwechslung der Spielebene mit der Ernstebene**

digungen 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 ausgeblendeten realen Folgen des Glücksspiels zunehmend eingeschränkt werden (Lesieur, 1979), entsteht eine suchttypische Eigendynamik.

In einer vergleichenden Studie von Vierhaus und Mitarbeitern (2012) finden sich empirische Belege für die Kernaussage dieses Vulnerabilitätsmodells. Dies gilt sowohl für die allgemeine Validität durch Vergleich mit unproblematischen Glücksspielern als auch für die spezifische Validität im Vergleich mit einer anderen klinischen Gruppe. Dabei wurde eine Gruppe von behandelten Glücksspielsüchtigen mit einer normalen Vergleichsgruppe von Arbeitern aus mittelständischen Betrieben und mit einer Gruppe von behandelten Alkoholkranken verglichen. 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. Bezogen auf die spezifische Validität beim Vergleich mit Alkoholkranken hat sich die Selbstwertproblematik als unspezifisch erwiesen, da sich die beiden klinischen Gruppen nicht

**Spezifische Validität**

durch den gleichermaßen erniedrigten Selbstwert auszeichnen. Spezifisch für Glücksspielsüchtige 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 auf ihre relative Bedeutsamkeit überprüft werden. Aufgrund des Querschnittcharakters der Untersuchung lassen sich aus den Ergebnissen keine entwicklungspsychopathologischen Schlussfolgerungen ableiten.

### 3 Diagnostik und Erfolgsbeurteilung

Die seit 1980 beginnende Aufnahme des „pathologischen Glücksspiels“ als eigenständiges psychisches Störungsbild in die internationalen Klassifikationssysteme DSM und später ICD definiert das „pathologische Spielen“ im ICD-10 als dauerhaft anhaltendes, wiederholtes und oft noch gesteigertes „Spielen“ trotz negativer sozialer Konsequenzen (Dilling et al., 1991) und ordnet es unter Impulskontrollstörungen ein. Es wird erwartet, dass dies auch im ICD-11 der Fall sein wird (Rumpf & Mann, 2015). Das DSM-5 (APA, 2013) ordnet es unter „Nichtsubstanzbezogenen Störungen“ als „Gambling Disorder“ im Sinne des Verhaltenssuchtkonzeptes (Mann, 2014) als Suchterkrankung ein.

Hinsichtlich der Komorbidität finden sich sowohl in Bevölkerungsstudien (Meyer et al., 2011) als auch in klinischen Untersuchungen (Premper, 2012) gesicherte Hinweise auf eine sehr hohe Komorbiditätsrate. Es bestehen häufige depressive Störungen mit Suizidalität, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Weiterhin finden sich Beziehungen zu Posttraumatischen Störungen, Essstörungen und dem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom. Ebenfalls häufig sind komorbide stoffgebundene Suchtformen, insbesondere die Tabak-, Alkohol- und seltener die Cannabisabhängigkeit.

Die störungsspezifische Diagnostik der Glücksspielsucht befindet sich im Vergleich zur fortgeschritteneren Alkoholismusdiagnostik noch in ihren Anfängen. Sehr verbreitet sind Screening-Verfahren, die sich an dem Phasenkonzept der Entwicklung zur Glücksspielsucht von Custer & Milt (1985) orientieren. Das in der klinischen Praxis und bei epidemiologischen Untersuchungen am weitesten verbreitete Screening-Verfahren ist der South Oaks Gamblings Screen (SOGS). Dieser von Lesieur & Blume (1987) entwickelt Fragebogen orientiert sich an den „20 Fragen“ der Gamblers Anonymous (1980) und den Kriterien des DSM-III. Dabei werden neben der Art der ausgeübten Glücksspiele und des dabei eingesetzten Geldes sowie vorhandener Glücksspielprobleme der Eltern die oben beschriebenen Merkmale der Suchtentwicklung gemessen. Bei

**Nosologische Einordnung**

**Impulskontrollstörung**

**Vielfältige komorbide Störungen**

**Suizidversuche**

**Zusätzliche stoffgebundene Sucht**

**South Oaks Gamblings Screen (SOGS)**

einem Trennwert von 5 und mehr Wertpunkten wird die Diagnose des „wahrscheinlich pathologischen Glücksspielers“ gestellt. Der Fragebogen besitzt eine hohe Reliabilität im Sinne der internen Konsistenz und Test-Retest-Korrelation und weist eine hohe Korrelation mit der Diagnose nach DSM-III-R auf. In einer späteren Arbeit von Lesieur & Blume (1993) wird eine Fülle von klinischen und epidemiologischen Studien referiert, die insgesamt eine Bestätigung der Reliabilität und Validität des Verfahrens erbringen. Als Problematik ist anzusehen, dass sich Formen des „problematischen Glücksspielens“ nicht abgrenzen lassen, da bis heute keine Eichung an einer repräsentativen Stichprobe vorgenommen wurde.

„Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)“

Der „Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)“ von Petry (1996) und Baulig ist ein Screening-Verfahren, das sich inhaltlich ebenfalls an den 20 Fragen der Gamblers Anonymous orientiert. Als Eichstichprobe für den Fragebogen wurden 558 Glücksspieler, die sich im Jahre 1993 in acht ambulanten und fünf stationären Schwerpunktzentren in Beratung oder Behandlung befunden haben, herangezogen (Denzer et al., 1995). Die erzielte Normalverteilung der Rohwerte in der Eichstichprobe erlaubt eine quantitative Beurteilung der Schwere einer Glücksspielproblematik mittels Prozentrangnormen. Zur Beurteilung der diagnostischen Diskriminationsfähigkeit wurde zusätzlich eine normale Vergleichsstichprobe von Bewährungshelfern herangezogen. Eine weitere Bezugsstichprobe bestand aus Mitgliedern eines großstädtischen Bridgeclubs, um Glücksspielverhalten (Geldspiele, die vorwiegend zufallsbestimmt sind) von häufigem Spielverhalten ohne Geldeinsatz zu trennen. Als Cut-off-Point zur Diagnose eines beratungs- und/oder behandlungsbedürftigen Glücksspielverhaltens wurden nach diesen empirischen Vergleichsbefunden der Wert 16 festgelegt. In weiteren Studien könnten die Zuverlässigkeit und Gültigkeit des Fragebogens bestätigt werden (Petry, 2003; Premper et al., 2013).

Veränderungsmessung

Als Messinstrument zur Veränderungsmessung wurden bisher vor allem der oben beschriebene SOGS-Fragebogen oder die DSM-Kriterien herangezogen. Da es sich lediglich um Instrumente zur Diagnose der bestehenden Grundstörung handelt, erscheint diese Verwendungsform problematisch (Petry, 2003). Inzwischen liegt mit dem von Premper und Mitarbeitern (2013) entwickelten Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG) ein psychometrisch untersuchtes veränderungssensitives Verfahren vor.

## 4 Indikation

Ambulante vs. stationäre Behandlung

Zunächst ist die Indikation für eine ambulante vs. stationäre Behandlung zu stellen. Nach der multizentrischen deskriptiven Studie (Denzer et al.,

1995) von ambulant und stationär beratenen/behandelten Glücksspielern ist das Grundprinzip der stufenweisen Versorgung nach Vorgaben der Kostenträger realisiert. Danach werden sozial besser integrierte, in der Suchtentwicklung weniger fortgeschrittene Glücksspieler ambulant in Psychosozialen Beratungsstellen und schwerer gestörte Patienten mit komorbiden Erkrankungen stationär in Fachkliniken behandelt.

Im Rahmen der stationären Behandlung erfolgt eine differentielle Indikationsstellung (Russner & Jahrreiss, 1994). Danach ist eine Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik indiziert, wenn die Glücksspielproblematik noch nicht soweit fortgeschritten ist, die psychosozialen Folgen nicht so gravierend sind und sich im Erstinterview das problematische Glücksspielverhalten als Reaktion auf eine Belastungssituation oder als gescheiterter Konfliktlösungsversuch verstehen lässt. Natürlich auch, wenn eine zusätzliche spezielle psychische oder psychosomatische Störung besteht. Die Behandlung in einer Fachklinik für Suchtkranke ist erforderlich, wenn es sich um eine Glücksspielproblematik mit fortgeschrittener suchttypischer Eigendynamik handelt, gravierendere psychosoziale Folgen vorliegen und der Patient seine Symptomatik im Sinne eines impliziten Suchtkonzeptes verarbeitet hat. Weiterhin ist eine Entwöhnungsbehandlung indiziert, wenn eine zusätzliche stoffgebundene Suchterkrankung besteht.

Aufgrund der vergleichenden Studie zur Psychopathologie von Glücksspielern, Alkoholabhängigen und psychosomatischen Patienten von Petry & Jahrreiss (1999) hat sich als weiterer Indikationsgesichtspunkt die typologische Einordnung von behandlungsbedürftigen Glücksspielern als depressiv-neurotischer Typ vs. narzisstisch-persönlichkeitsgestörter Typ herausgestellt. Im ersteren Fall ist eine psychosomatische Behandlung und im zweiten Fall eine suchtttherapeutische Behandlung angezeigt. Dieses Indikationsmodell und alle aufgeführten Verfahrensweisen und Anforderungen an die Behandlungseinrichtungen wurden als Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (Buschmann-Steinhage, 2000) verabschiedet und in Kraft gesetzt.

**Psychosomatische  
Fachklinik**

**Fachklinik  
für Suchtkranke**

**Depressiv-neurotischer  
Typ vs. narzisstisch-  
persönlichkeits-  
gestörter Typ**

## 5 Behandlung

### Glücksspielabstinenz als Behandlungsgrundlage

Bei der Behandlung der Glücksspielproblematik hat sich das von Custer & Milt (1985) etablierte Prinzip der Glücksspielabstinenz bewährt (Premper et al., 2014).

Dabei stellt sich die Frage, wie diese Glücksspielabstinenz zu definieren ist, inwieweit also Spiele ohne Geldeinsatz, wie z.B. Schach, oder

**Prinzip der  
Glücksspielabstinenz**

**Bereiche des „weichen“ und „harten“ Glücksspielverhaltens**

Glücksspiele mit geringem Geldeinsatz, wie das einfache Lotto, 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, voneinander abgegrenzt werden (Petry & Jahrreiss, 1996; 2003).

**Funktionalität**

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 mit dem Betroffenen problematisiert werden sollte. Nach vorliegenden katamnestic Befunden (Petry & Jahrreiss, 1999) sollte die Totalabstinenz fachlich empfohlen werden.

**Behandlung**

**Symptomorientierte Behandlungsschwerpunkte**

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.

**Motivationsproblematik**

Hinsichtlich der Motivationsproblematik kann die Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielverhalten mit Hilfe nichtkonfrontativer Motivierungsstrategien bearbeitet werden (Petry, 1996; Hodgins et al., 2001; Miller & Rollnick, 2013). 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.

**Veränderung spezifischer kognitiver Verzerrungsmuster**

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 auf eine Vielzahl empirischer und experimenteller Befunde stützen kann (Ladouceur & Walker, 1996) und ein kognitiv-behaviorales Erklärungsmodell des problematischen Glücksspielens

liefert (Sharpe & Tarrrier, 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. Therapeutische Strategien und Methoden finden sich bei Petry (1996; 2003) und Ladouceur et al. (2002).

**Kontrollillusion**

**Verzerrte  
Bewertungen der  
Glücksspielergebnisse**

**Gefangennahme**

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; 2003). 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 Glücksspielsüchtigen, wobei auch spezifische Unterschiede bestehen. So fanden Cummings et al. (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. Inzwischen wird die besondere Bedeutung des ungünstigen Umgangs mit negativen Emotionen betont (Vierhaus et al., 2012; Premper et al., 2014).

**Bearbeitung  
der Rückfallgefährdung**

**Risikosituationen**

### **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-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

**Schwere  
Selbstwertproblematik**

**Kräftezehrender Spannungszustand**

soll, so werden am häufigsten Merkmale wie Unruhe, Verschlossenheit, 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.

**Aktionsdrang von Glücksspielern**

Bezogen auf die Störung der Gefühlsregulation standen zunächst die klinisch sichtbare physiologische Unruhe und der starke Aktionsdrang von behandlungsbedürftigen Glücksspielern im Mittelpunkt, da zunächst 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 Gefühlswahrnehmung 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.

**„Spieldruck“**

**Gruppendynamische Interaktionsübungen**

**Quadratübung**

Hinsichtlich der glücksspielertypischen Beziehungsstörung (Vierhaus et al., 2012), 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.

Neben diesen allgemeinen Grundlagen der Behandlung von Glücksspielern haben sich beginnend in der 1990er Jahren differentielle Behandlungsstrategien für Subgruppen entwickelt. Diese beziehen sich auf soziodemografische Merkmale, wie Geschlecht und Alter, und ethnische Merkmale, insbesondere auf Patienten mit türkisch-orientalischem Migrationshintergrund. Darüber hinaus wurden spezielle Behandlungskonzepte für Glücksspieler mit Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, ADHS, psychotischen Störungen und pathologischem PC/Internetgebrauch als komorbide Störungen entwickelt. Weiterhin finden sich spezifische Behandlungssettings für die Eltern-Kind-Behandlung, Adaptionsbehandlung zur beruflichen Wiedereingliederung und die soziotherapeutische Behandlung von chronisch mehrfachen Beeinträchtigungen (Petry, 2013).

### Geld-, Glücksspielsucht und Geldmanagement

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

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) stufenweise 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).

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 festge-

**Probleme der Beziehungsgestaltung**

**Differentielle Behandlungsstrategien für Subgruppen**

**Spezielle Behandlungskonzepte**

**Stellenwert des Geldes**

**Geld- und Schuldenmanagement**

**Keine dauerhafte Fremdkontrolle**

**Haushaltsanalyse**

**„Goldene-Gans-Konto“**

Tabelle 1:  
Deutsche Katamnesen  
zur stationären Behandlung  
von Pathologischen Glücksspielern im Überblick

Autor	Schwarz & Lindner (1990)		Lindner (1996)		Petry (1995)	Schwickerath et al. (1996)		Petry et al. (2000)	Glier & Finger (2000)	
N	32	15	166	72	48	48	57	48	52	
Ausschöpfung	N	12	105	41	41	23	23	47	39	
	%	87,5	80,0	63,3	56,9	85,4	47,9	97,9	75,0	
Erhebungszeitpunkt (in Jahren)	1	2	1	4	1	1-5	1/2-2	1	1	
Erhebungsintervall (in Jahren)	1	1	1	1	1	1/2	1/2	1	1	
<b>ERFOLGSQUOTE</b>										
Abstinenzquote (N/%)	B3	18/64,3	8/66,7	65/61,9	27/65,9	-	-	14/60,9	20/42,6	23/58,9
	B4	18/56,3	8/53,3	65/39,2	27/37,5	-	-	14/24,6	20/41,7	23/44,2
Abstinenz nach Rückfall* (N/%)	B3	2/7,1	1/8,3	12/11,4	4/9,8	-	-	2/8,7	9/19,1	5/12,8
	B4	2/6,3	1/6,7	12/7,2	4/5,6	-	-	2/3,5	9/18,7	5/9,6
Erfolgsquote	B3	20	9	77	31	17	9	16	29	28
	%	71,4	75,0	73,3	75,6	41,5	39,1	69,6	61,7	71,8
Erfolgsquote	B4	20	9	77	31	17	9	16	29	28
	%	62,5	66,7	46,4	43,1	35,4	18,8	28,1	60,4	53,8

B3 = alle Antwortter  
B4 = Gesamtstichprobe  
\* unterschiedliche Definitionen (siehe Text) für wiedererlangte Abstinenz

legt werden, im Extrem reicht ein sehr kleiner, symbolischer Betrag aus. Dieser ermöglicht dennoch das Erlebnis, wieder ein eigenes, zunächst bescheidenes Sparbuch zu besitzen, und später bei relevanten Beträgen eine langfristige Vermögensanlage.

Eine Ergänzung dieses Ansatzes bietet die „holländische Geizbewegung“. Van Veen & 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 Haarwaschen auch mit der Hälfte des Haarwaschmittels auskommt, oder die Methode des „erstaunten Zwerges“ (1996), der aus einer distanzier-ten Sicht die alltägliche Haushaltsführung analysiert und dabei z.B. beim Kochen immer wieder hinterfragt, ob das eine oder andere notwendig ist.

**„Holländische Geizbewegung“**

Dabei lässt sich unter Bezug auf die Entwicklung der Kreditaufnahme und Verschuldung innerhalb der Allgemeinbevölkerung (Gräbe, 1998) feststellen, dass die Verschuldung von behandelten Glücksspielern noch weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt (Denzer et al., 1995; Pfeiffer-Gerschel, 2012). Entsprechend ist die Verschuldung auch ein wesentliches Ausgangsmotiv zum Aufsuchen einer Beratung oder Behandlung bei Glücksspielsüchtigen (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; Schneider, 1997).

**Verschuldung von behandelten Glücksspielern**

Eine Hilfestellung zum Aufbau einer langfristigen positiven Motivation der Schuldenregulierung liegt wiederum in den Prinzipien von Schäfer (1999). Er äußert dazu, 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. Wiederum sollte die Abtrags- bzw. Sparrate den individuellen Bedingungen angepasst werden.

**Schuldenregulierung**

## 6 Erfolgskontrolle

Es liegen bisher keine kontrollierten Studien vor, in denen aussagekräftige Belege für die Wirksamkeit einzelner Bestandteile der multimodalen Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“ gefunden wurden (Petry, 2003). Gut belegen lässt sich jedoch die Effektivität der Behand-

**Effektivität**

lung aufgrund katamnestischer Studien. Die Ergebnisse internationaler und deutscher Studien finden sich bei Petry (2001b) und Premper (2014).

**Katamnese**

Von Petry und Jahrreiss (1999) wurde die bisher aussagekräftigste Katamnese veröffentlicht. Von den 48 Patienten einer kurz- bis mittel- bis langfristigen psychosomatischen oder mittel- bis langfristigen suchtherapeutischen Behandlung wurden 47 erreicht (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 (nach DGSS, 2001) von 61,7 Prozent (Berechnungsformel 3: Gesamtstichprobe) bzw. 64,4 Prozent (Berechnungsformel 4: Antwortter). Gleichzeitig ergab sich eine signifikante Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage um 38,1 Prozent 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.

**Reha-Verlaufsstatistik  
und Arbeitsunfähigkeitszeiten**

**Behandlungserfolg  
eindrücklich belegt**

Von Premper und Mitarbeitern (2014) wurde der Behandlungserfolg inzwischen in einer großen (N = 617) multizentrischen (fünf spezialisierte Kliniken) Einjahreskatamnese bei einer Ausschöpfungsquote von 55,9 Prozent (N = 345) eindrücklich belegt (71,0% der Antwortter und 39,7% der Gesamtstichprobe). Als Risikofaktoren erwiesen sich u.a. die geringe Fähigkeit im Umgang mit negativen Gefühlen, eine hohe kognitive und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen sowie eine bestehende Arbeitslosigkeit.

## Literatur

- Abt, V., Smith, J. F. & McGurrin, M. C. (1985). Ritual, risk, and reward: A role analysis of race track and casino encounters. *Journal of Gambling Behavior*, 1, 64-75.
- Albers, N. (1993). *Ökonomie des Glücksspielmarktes in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Duncker & Humblot.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2015). *Diagnostic 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: Füchtenschnieder, I. & Witt, H. (Hrsg.), *Adoleszenz und Glücksspiel* (S. 76-86). Geesthacht: Neuland.
- Bergler, E. (1958). *The psychology of gambling*. London: Bernard Hanison.
- Bögel, B. & Pohl, D. (1999). *Endlich schuldenfrei! So nutzen Sie das neue Insolvenzrecht*. Augsburg: Augustus.
- Brandt, C. (1993). *Sucht und Automatenpiel*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Buschmann-Steinhage, R. (2000). Die Rehabilitation von „pathologischen Glücksspielern“ aus der Sicht der Rentenversicherung. *Münchwieser Hefte*, 24, 7-20.
- Cummings, C., Gordon, J. R. & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In: Miller, W. R. (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. (1995). 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.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47, Sonderheft 2.

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- DuWors, G. M. (1992). *White knuckles and wishful thinking: Breaking the chain of compulsive reaction and relapse in alcoholism and other addictions*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Gainsbury, S. (2012). *Internet gambling: Current research findings and implications*. New York: Springer.
- Gamblers Anonymous (1980). *Twenty Questions*. Los Angeles, CA: Unpublished paper.
- Glier, B. & Finger, E. (1998). Evaluation of Psychosomatic Rehabilitation of In-Patients with Pathological Gambling. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *6th European Congress on Research in Rehabilitation: Improving Practice by Research* (pp. 747-748). Bad Homburg: WVD Wirtschaftsdienst.
- Gräbe, S. (1998). *Vom Umgang mit Geld: Finanzmanagement in Haushalten und Familie*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Groth, U. (1998). ... Irgendwo muss es ja herkommen: Zur Schuldsituation Glücksspielsüchtiger – Möglichkeiten und Perspektiven der Beratung. In: I. Füchtenschnieder & J. Petry (Hrsg.), *Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte* (S. 103-112). München: Profil.
- Grzelak, J. (1990). Konflikt und Kooperation. In: Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P. & Stephenson, M. (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (S. 305-330). Berlin: Springer.
- Harris, J. L. (1989). A Model for Treating Compulsive Gamblers Through Cognitive-Behavioral Approaches. In: Stern, E. M. (Ed.), *Psychotherapy and the self-contained patient* (S. 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: Füchtenschnieder, I. & Witt, H. (Hrsg.), *Adoleszenz und Glückspiel* (S. 34-48). Geesthacht: Neuland.
- Klepsch, R., Hand, I. Wlazlo, Z., Friedrich, B., Fischer, M. & Bodek, D. (1989). Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen III: Zweite Prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. *Suchtgefahren*, *35*, 35-49.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C. & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. Chichester (U.K.): John Wiley.
- Ladouceur, R. & Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In: Salkovski, P. M. (Ed.), *Trends in cognitive and behavioral therapies* (S. 89-120). Chichester (U.K.): 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. (1984). *The chase: Career of compulsive gambler*. Rochester: Schenkman.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The south oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1993). Revising the south oaks gambling screen in different setting. *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-223.
- Lindner, A. (1996). Stationäre Behandlung von Glücksspielern. In Fett, A. (Hrsg.), *Glück-Spiel-Sucht: Konzepte und Behandlungsmethoden* (S. 92-105). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Mann, K. (2014). *Verhaltenssüchte: Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention*. Berlin: Springer.
- 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. et al. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung*. Greifswald und Lübeck: Forschungsbericht.
- Meyer, G. (2000). Spielsucht – Theorie und Empirie. In: S. Poppelreuter & W. Gross (Hrsg.), *Nicht nur Drogen machen süchtig: Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten* (S. 1-16). Weinheim: Beltz-PVU.
- Meyer, G. (2015). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015* (S. 140-155). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Meyer, G. & Bachmann, M. (2011). *Spielsucht: Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten*. 3. Auflage. Berlin: Springer.
- Meyer, G. & Hayer, T. (2005). *Das Gefährdungspotential von Lotterien und Sportwetten*. Bremen: Forschungsbericht.

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. 3rd edition. New York: Guilford (Dt. Übersetzung 2015).
- Nevries, H. (1998). Glücksspiele in Deutschland: Eine Übersicht über das Glücksspielangebot und kritische Anmerkungen zur Gesetzeslage. In: I. Füchtenschnieder & J. Petry (Hrsg.), *Glücksspielsucht: Gesellschaftliche und therapeutische Aspekte* (S. 31-40). München: Profil.
- Oerter, R. (1998). Das kindliche Spiel aus entwicklungspsychologischer und handlungstheoretischer Sicht – gibt es Verbindungen zur Glücksspielsucht? In: Füchtenschnieder, I. & Witt, H. (Hrsg.), *Adoleszenz und Glücksspiel* (S. 11-20). Geesthacht: Neuland.
- Petry, J. (1995). Die stationäre Behandlung von pathologischen Glücksspielern in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies: Aufbau, Struktur und erste Ergebnisse zur Evaluation. *Verhaltensmedizin Heute: Fortschritte der Rehabilitation*, 4, 23-27.
- Petry, J. (1996). *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Beltz-PVU.
- 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 „Verhaltenssüchte“ – eine wissenschaftstheoretische Kritik. *Sucht Aktuell*, 2, 14-18.
- Petry, J. (Hrsg.). (2013). *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischen Glücksspielern*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Petry, J. & Jahrreiss, R. (1999). Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. *Deutsche Rentenversicherung*, 3/99, 196-218.
- Petry, J., Jahrreis, R. & Wagner, A. (2000). Katamnestik stationär behandelte „pathologischer Glücksspieler“. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Indikationsstellung und Therapieplanung* (S. 195-209). Geesthacht: Neuland.
- Petry, J., Peters, A. & Baulig, T. (2013). Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG). In: Premper, V., Petry, J., Peters, A. et al. (Hrsg.), *Glücksspielskalen für Screening und Verlauf (GSV): Manual* (S. 15-27). Göttingen: Hogrefe.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I. & Steppan, M. (2012). *Deutsche Suchthilfestatistik 2009: Tabellenband für ambulante Beratungsstellen*. München: Institut für Therapieforschung.

- Premper, V. (2012). Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern. In: Wurst, F. M. et al. (Hrsg.), *Glücksspielsucht: Ursachen – Prävention – Therapie* (S. 41-80). Bern: Huber.
- Premper, V., Schwickerath, J., Missel, P., ... & Petry, J. (2014). Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. *Sucht*, *60* (6), 331-344.
- Premper, V., Sobottka, B. & Fischer, T. (2013). Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG). In: Premper, V., Petry, J., Peters, A. et al. (Hrsg.), *Glücksspielskalen für Screening und Verlauf (GSV): Manual* (S. 28-44). Göttingen: Hogrefe.
- Rumpf, H.-J. & Mann, K. (2015). ICD-11: Was können wir für Suchtforschung und Suchttherapie erwarten? *Sucht*, *61* (3), 123-125.
- Russner, J. & Jahrreiss, R. (1994). Stationäre Therapie pathologischen Glücksspielens. In: Zielke, M. & Sturm, J. (Hrsg.), *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie* (S. 825-830). Weinheim: Beltz-PVU.
- Schäfer, B. (1999). *Der Weg zur finanziellen Freiheit: In sieben Jahren die erste Million*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Schneider, A. (1997). *Die Insolvenzordnung für private Schuldner*. Oschersleben: Harry Ziethen.
- Schuller, A. (2008). *Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers – eine wahre Geschichte*. 2. Auflage. Düsseldorf: Zebulon.
- Schütte, F. (1987). „Spielsucht“ und Narzissmus. *Suchtgefahren*, *33*, 126-136.
- Schwarz, J. & Lindner, A. (1990). Die stationäre Behandlung pathologischer Glücksspieler. *Suchtgefahren*, *36*, 402-415.
- Schwarz, J. & Lindner, A. (1992). Inpatient Treatment of male Pathological Gamblers in Germany. *Journal of Gambling Studies*, *8*, 93-109.
- Schwickerath, J., Kessler, B. H., Dinger-Broda, A., Engelhard, W., Kany, N. (1996). Stationäre Verhaltenstherapie des pathologischen Glücksspielers. Eine Nachbefragung. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, *9* (33), 49-54.
- Sharpe, L. & TARRIER, N. (1993). Towards a cognitive behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 407-412.
- Spence, D. P. (1993). Die Sherlock-Holmes-Tradition: Die narrative Metapher. In: Buchholz, M. B. (Hrsg.), *Metaphernanalyse* (S. 72-120). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Engl. Original 1987).
- Stevenson, R. L. (1984). *Dr. Jekyll und Mr. Hyde*. Stuttgart: Philipp Reclam jun. (ursprünglich 1886).
- Uhl, A. (2014). Populär aber irreführend: Forschung mit „pseudo-klinischen Stichproben“ aus Bevölkerungsbefragungen. *Sucht* *60* (2), 123-125.
- van Veen, H. & van Eeden, R. (1996). *Knausern Sie sich reich: Geizhalse haben mehr vom Leben*. Landsberg/Lech: mvg.

- van Veen, H. & van Eeden, R. (1997). *Wie werde ich ein echter Geizhals? So knausern Sie sich reich!* Landsberg/Lech: mvg.
- 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.
- Wilke, A.-C. (2013). *Identifikation von pathologischen Spielern anhand ihres Spielverhaltens*. Dissertation am Fachbereich Betriebswirtschaftslehre der Universität Hamburg.
- Wlazlo, Z., Hand, I., Klepsch, R., Friedrich, B. & Fischer, M. (1987). Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen III. Prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. *Suchtgefahren*, 33, 148-161.
- Yablonsky, L. (1992). *Der Charme des Geldes*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

*Monika Vogelgesang & Petra Schuhler (Hrsg.)*

# Psychotherapie der Sucht

*Methoden, Komorbidität  
und klinische Praxis*

*3. erweiterte und aktualisierte Auflage*



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Lengerich