

Störungen durch süchtige Verhaltensweisen

Entstehung und Behandlung der Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht wird heute als Sucht nosologisch eingeordnet. Das tiefenpsychologische Verständnis betrachtet süchtiges Glücksspielen als Selbstheilungsversuch, um Ich-Defizite und frustrierte Wünsche nach Anerkennung zu kompensieren. Der suchttheoretische Ansatz zieht Parallelen zum progressiv, phasenhaften Verlauf des Alkoholismus. Das Konzept zur psychischen Vulnerabilität betrachtet die Wechselwirkung zwischen spezifischer Bedürfnisstruktur und dazu passenden Glücksspielanreizen. Die symptomatische Behandlung richtet sich auf die ambivalente Veränderungsmotivation, dysfunktionale Kognitionen und Rückfallgefährdung

JÖRG PETRY, MARKUS WEIH

Die Einordnung der Glücksspielsucht als Impulskontrollstörung durch Kraepelin im Jahr 1899 hatte über ein Jahrhundert Bestand. Heute ist vergessen, dass bereits von anderen Psychiatern, zum Beispiel von H. Fischer, zur gleichen Zeit eine Beziehung zur „Trunk- und Morphinsucht“ hergestellt wurde. Die aktuelle nosologische Klassifikation der Glücksspielstörung (gambling disorder) erfolgte im Jahr 2013 im DSM-5 unter „nicht substanzbezogene Störungen“, in der ICD-10 als F63.0 als „pathologisches Spielen“ und in der ICD-11 als 6C50 „Störung durch süchtige Verhaltensweisen“ [1].

Epidemiologie und Soziodemografie

Die 12-Monatsprävalenz der Glücksspielsucht beträgt 0,34 % (0,6 % für Männer und 0,1 % für Frauen) und ist stark altersabhängig. Die Hauptrisikogruppe sind die 14- bis 30-Jährigen, wobei die besonders Betroffenen 14- bis 17-Jährigen eigentlich gar nicht an Glücksspielen teilnehmen dürfen. Neben dem Geschlecht und Alter besteht ein Zusammenhang mit weiteren soziodemografischen Merkmalen: geringe Schulbildung, Arbeitslosigkeit, Scheidung, Alleinleben und Migration [2].

Besonders an der Glücksspielsucht ist, dass sie die einzige nicht stoffgebundene Sucht ist, die einer staatlichen Regulierung unterliegt. So wurde zuletzt 2021 der Glücksspielstaatsvertrag reformiert.

Phänomenologie

Eine klinisch-deskriptive Unterteilung lässt sich anhand des bevorzugten Glücksspielmediums treffen (Geldspielautomat,

Roulette, Karten, Würfel, Sportwetten, Lotto, Toto, Online, Börse) [3]. Der Aufforderungscharakter dieser Glücksspielangebote ist sehr unterschiedlich, da sie von soziodemografisch differenzierbaren Gruppen genutzt werden, die eine jeweils charakteristische Motivationsstruktur aufweisen. In Deutschland bestimmen nach wie vor Glücksspieler an Geldspielautomaten die Behandlungsnachfrage. Dabei stellt der gewerbliche Geldspielautomat in Spielhallen und Gaststätten das zentrale Glücksspielmedium dar. Glücksspielsüchtige spielen meist viele Jahre mit hoher Intensität und zeigen zu Behandlungsbeginn erhebliche Auffälligkeiten, wie hohe Verschuldung, erhöhte Suizidneigung und häufige Delinquenz. Bei einer beträchtlichen Teilgruppe besteht zusätzlich eine stoffgebundene Sucht.

Das charakteristische Erleben wurde in dem autobiografischen Bericht des Journalisten und Glücksspielers Alexander Schuller dargestellt (siehe **Fallbeispiel: Die typische Karriere eines Geldautomatenspielers**) [4].

Mit der GSV-Skala (Glücksspielskalen für Screening und Verlauf) liegt ein validiertes und normiertes Instrument für Screening und Verlauf vor. Der Test besteht aus den zwei Untereinheiten, dem Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG) und dem Schweriner Fragebogen zum Glücksspielen (SFG). Beide Fragebögen können separat eingesetzt werden und ergänzen sich in ihren diagnostischen Eigenschaften. Die Fragebögen können auch Veränderungen im Behandlungs- oder Krankheitsverlauf erfassen oder den Behandlungserfolg messen. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) beträgt $\alpha = 0,79$ –

Die typische Karriere eines Geldautomatenspielers

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 „Automaten-Mann“ 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“ durch nahe Bezugspersonen, die den Prozess immer wieder beschleunigen. Zwischenzeitliche Gewissensbisse, die jedoch rasch zurückgedrängt werden, führen gegen Ende der Entwicklung aber zu einer durch Rückfallerfahrungen unterbrochenen Glücksspielabstinenz. Schuller beschreibt dabei immer wieder ausführlich die „Arbeit“ am Automaten, die inneren Fehlwahrnehmungen über die Beeinflussbarkeit der Geldspielautomaten und bedient sich dabei der „Zockersprache“ [4].

0,84. Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa fünf bis zehn Minuten (online unter <https://go.sn.pub/TPzPgI>).

Entstehung

Die tiefenpsychologischen Konzepte widerspiegeln von ihren Anfängen bis heute die Weiterentwicklung von triebtheoretischen Vorstellungen zu modernen objektpsychologischen Annahmen. Glücksspielsucht wird als Selbstheilungsversuch auf dem Hintergrund einer narzisstischen Struktur angesehen. Das Glücksspielen hat die Funktion, Ich-Defizite, die aus der Frustration des frühkindlichen Bedürfnisses nach elterlicher Zuwendung entstanden sind, zu bewältigen [5]. Die Affektregulationsstörung steht im Brennpunkt, indem das Glücksspielen der Abwehr von Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit dient [6].

Suchttheoretischer Ansatz

Das Mitte der 1970er-Jahre eingeführte Suchtmodell beschreibt das symptomatische Verhalten in Anlehnung an das Phasenmodell des Alkoholismus. Demzufolge wird der Verlauf als progressiv, alle Lebensbereiche umfassend, charakterisiert. Als wesentliches Glücksspielmotiv wird das Streben nach Gewinn betrachtet. Im Gegensatz zum psychodynamischen Ansatz konzentriert sich das suchttheoretische Konzept auf die phasenhaft verlaufende Suchtdynamik, die bis zu einem Tiefpunkt fortschreitet, woraus sich die Chance zur Umkehr ergibt. Die weit verbreitete Rezeption dieses Modells ist aber empirisch nicht belegt.

Vulnerabilitätsmodell

Glücksspielsucht im Sinne eines Vulnerabilitätsmodells lässt sich aus der Wechselwirkung der Bedürfnisstruktur von Glücksspielenden mit dem Aufforderungscharakter des Glücksspielangebotes beschreiben [7]. Im Zentrum steht die schwere

Selbstwertstörung, bei der das Selbst als „leer“ oder als ein „Nichts“ erlebt wird. Damit verbunden besteht eine gestörte Regulation unangenehmer Gefühle und eine individualistisch-konkurrierende Beziehungsbildung: Den Selbstwert bedrohende Gefühle des Versagens, der Trauer und Wut werden unterdrückt und stattdessen in aktionsreichen Ersatzhandlungen abreagiert. Diese Bedürfnisstruktur bildet die Anfälligkeit für Glücksspielangebote als äußere Anreizsituation, da diese eine Möglichkeit bieten, den Selbstwert zu erhöhen, unangenehme Gefühle zu unterdrücken und gleichzeitig distanziert kontrollierte Interaktionsmuster herzustellen. Dabei kommt es zu einer illusionären Verwechslung der Spiel- mit der Ernstebene, sodass die unmittelbare Befindlichkeitsänderung über die Orientierung an den realen Konsequenzen dominiert [8]. Die endlose Jagd, entstandene Verluste durch verstärktes Glücksspielen auszugleichen (chasing), bestimmt die weitere Suchtkarriere [9].

Studien

In einer Querschnittstudie wurden Glücksspielsüchtige, Alkoholsüchtige und depressive Patienten, die hinsichtlich des Geschlechts, Alters, der Schulbildung und des Erwerbsstatus identisch waren, untersucht. Die Glücksspieler wiesen eine schwere depressive Selbstwertstörung auf. Sie hielten jedoch mithilfe innerer Selbsttäuschungen eine äußere Fassade der Selbstsicherheit und Handlungskompetenz aufrecht. Weiterhin bestand eine verminderte Impulskontrolle mit Ausrichtung auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung [10].

Eine weitere Untersuchung ergab deutliche Belege für die Validität des Modells: Es wurde eine Gruppe von Glücksspielsüchtigen mit einer normalen Kontrollgruppe und einer Gruppe von Alkoholikern verglichen. Die Stichproben waren hinsichtlich des Geschlechts und Alters parallelisiert. Die postulierten Merkmale der Selbstwertproblematik, Gefühlsdysregulation und Beziehungsstörung wurden jeweils mittels zweier Merkmale operationalisiert. Ein diskriminanzanalytischer Vergleich mit der Normalgruppe bestätigten die Modellannahmen: Die Glücksspielsüchtigen wiesen einen negativen emotionalen Selbstwert (Selbstwertproblematik) auf. Sie litten unter größeren Alltagsbelastungen, verbunden mit einer maladaptiven Bewältigung von unangenehmen Gefühlen (Gefühlsdysregulation) und sie berichteten von negativen kindlichen Erfahrungen mit den Eltern und stärkeren Problemen in der aktuellen Partnerschaft (Beziehungsstörung). Im Vergleich mit Alkoholikern aber hat sich die Selbstwertproblematik als unspezifisch erwiesen. Spezifisch für die Glücksspielsüchtigen waren jedoch eine maladaptive Gefühlsregulation und negative kindliche Erfahrungen mit den Eltern. Kritisch ist festzuhalten, dass mit dem Modell lediglich die unmittelbare Interaktion zwischen Glücksspielsüchtigen und ihren Geldspielangeboten erfasst wurde [11].

Zusammenfassend zeigte sich, dass Glücksspielsüchtige durch das Glücksspielen ihren Selbstwert steigern, unangenehmen Gefühlen ausweichen und nahe Beziehungen vermeiden. Die gesellschaftlich (soziale Deprivation) und kulturell (Migrationshintergrund) bedingte Lebensweise der Betroffenen und deren glücksspielspezifischer Lebensstil (dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster) bleiben allerdings unberücksichtigt.

Behandlung

Die Behandlung muss sich zunächst auf das exzessive Glücksspielen selbst richten, um die Glücksspielabstinenz zu festigen. Dabei ist es erforderlich, die ambivalente Veränderungs motivation, dysfunktionale Kognitionen und die Rückfallgefährdung einzubeziehen.

Nicht konfrontative Strategien

Hinsichtlich der Motivation kann die Ambivalenz gegenüber dem Glücksspielen anhand nicht konfrontativer Strategien bearbeitet werden [12]. Dabei sollte die Diskrepanz zwischen der unmittelbar positiv erlebten Gefühlsveränderung und den langfristig negativen Folgen des Glücksspielens bewusst werden. Im Zentrum steht die Herausarbeitung der Funktionalität des Problemverhaltens, um daraus Therapieziele abzuleiten. Die Erfassung des Glücksspielens erfolgt in Beziehung zum situativen Kontext und damit verbundenen inneren Bewertungsprozessen.

Veränderung kognitiver Verzerrungen

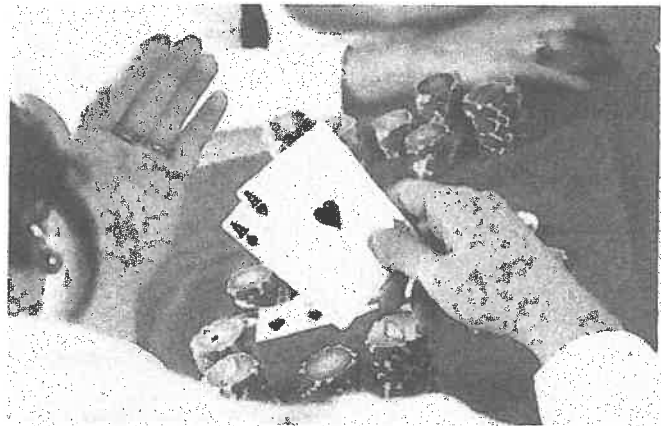
Darüber hinaus richtet sich die Behandlung auf die Veränderung kognitiver Verzerrungen, die für die Aufrechterhaltung des Glücksspielens von Bedeutung sind. Grundlage bildet die sozial-kognitive Theorie der Verwicklung in das Glücksspielen [13]. Ausgangspunkt bilden drei zentrale irrationale Denkweisen, die sich durch normale psychische Prozesse erklären lassen. Es handelt sich um die „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 „Gefangennahme“, das heißt die verstärkte Bindung an eine gewählte Handlungsstrategie aufgrund der bereits erfolgten „Investitionen“, obwohl diese bereits gescheitert ist.

Rückfallgefährdung

Die Bearbeitung der Rückfallgefährdung als Bestandteil des Genesungsprozesses bildet einen weiteren Schwerpunkt [14]. Die Mehrzahl der Rückfälle lässt sich auf eine geringe Anzahl von Risikosituationen reduzieren. Deren Erfassung verweist auf Gemeinsamkeiten mit Alkoholikern, Rauschmittelsüchtigen, Rauchern und Essgestörten, wobei auch spezifische Unterschiede bestehen. Negative körperliche Empfindungen, positive Emotionen und Situationen, in denen ein suchtspezifischer sozialer Konformitätsdruck besteht, werden von Glücksspielsüchtigen als weniger risikohaft erlebt. Dagegen sind sie besonders in Situationen gefährdet, die mit negativen Gefühlszuständen verbunden sind, eine innere oder äußere Versuchung darstellen oder eine Herausforderung zum Testen der eigenen Kontrollfähigkeit beinhalten [15].

Dauerhafte Bewältigung

Zur dauerhaften Bewältigung ist es erforderlich, die zugrunde liegenden Störungen des Selbstwertes, der Gefühlsregulation und Beziehungsgestaltung zu bearbeiten.



Auch das Kartenspiel ist eines der bevorzugten Glücksspielmedien.

Selbstwertproblematik

Die im Zentrum stehende Selbstwertproblematik äußert sich in einer starken Diskrepanz zwischen den nach außen gezeigten Verhaltensmustern und der dazu diametral erlebten inneren Befindlichkeit [16]. Werden Betroffene zu einer Selbstbeschreibung aufgefordert, so werden am häufigsten äußere Merkmale wie Unruhe, Verschlussenheit, Dominanz, Unehrlichkeit 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 Spannungszustand, da innere Unsicherheit durch ein dominant-selbstsicheres Auftreten überspielt wird, Nähe- und Geborgenheitswünsche unter einem sozial distanziierten Verhalten verborgen und die innere Unruhe durch nach außen gezeigte Gelassenheit überdeckt werden.

Gefühlsregulation

Bezogen auf die gestörte Gefühlsregulation stehen die sichtbare Unruhe und der starke Aktionsdrang im Vordergrund, da angenommen wird, dass glücksspielanfällige Personen chronisch über- oder untererregt sind [17]. Das andauernde Glücksspielen erklärt sich bei einer psychophysiologisch untererregten Person durch die Beseitigung dieses unangenehmen Mangelzustandes und bei Übererregten als Ausdruck ihres Bedürfnisses nach Reizsuche. Der Aktionsdrang von Glücksspielern zu Beginn einer Behandlung hat die Funktion, bedrohliche Gefühle abzuwehren. Die Behandlung erfordert die Unterbrechung dieser Überaktivität, um zu einer verbesserten Gefühls-wahrnehmung zu gelangen. Dieser Prozess löst zunächst Klagen über Langeweile und ständigen „Spieldruck“ aus. Die Betroffenen vermeiden damit die notwendige Auseinandersetzung mit unangenehmen Gefühlen der Einsamkeit, Angst vor Ablehnung und Wut.

Beziehungsstörung

Hinsichtlich der Beziehungsstörung, die sich als einseitige Austauschorientierung in Form einer individualistisch-kompeti-

tiven Vergrößerung des eigenen Vorteils interpretieren lässt, können dafür typische Beziehungsmuster durch gruppendynamische Interaktionsübungen bewusst gemacht werden. Eine geeignete Methode ist die „Quadratübung“, die kooperatives beziehungsweise kompetitives Verhalten in Kleingruppen aktualisiert [18]: Die Teilnehmer erhalten nach einem festgelegten Plan Bausteine, die durch stummen Austausch 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 des Spielcharakters zur Handlungsaktivierung, sodass Besonderheiten des individuellen Interaktionsverhaltens deutlich werden. Viele Glücksspieler zeigen ein hektisches, leistungsorientiertes Verhalten, bei dem sie auf ihre selbstbezogene Position konzentriert sind. Es fällt Beobachtern deshalb nicht schwer, auftretende Gefühle von Ärger oder Überlegenheit, Rückzug oder Genugtuung zu beobachten und diese zurückzumelden. So können individuell unterschiedliche Probleme der Beziehungsgestaltung verdeutlicht werden.

Differenzielle Strategien

Die klinische Psychologie untersucht Individuen, die in bestimmten Merkmalen von der Regel abweichen. So kann es gelingen, Hinweise auf Gesetzmäßigkeiten zu finden, die allgemeine Gesetze über das Erleben und Handeln überlagern. Im klinischen Anwendungsfeld lässt sich entsprechend die Behandlungseffektivität verbessern, wenn es gelingt, innerhalb eines Störungsbildes systematische Unterschiede zwischen Untergruppen zu finden und daraus differenzielle Behandlungsstrategien abzuleiten.

In darauf spezialisierten Kliniken werden neben Behandlungsangeboten für den typischen Glücksspieler (junger, deutschsprachiger Mann oder Immigrant), mit den häufigsten komorbiden Störungen (affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen oder Alkoholproblematik) zusätzliche differenzielle Behandlungsmaßnahmen angeboten. Eine solche Behandlung berücksichtigt neben soziodemografischen Besonderheiten (Geschlecht, Alter), selten auftretenden komorbiden Störungen (illegale Rauschmittel, ADHS, psychotische Störungen, pathologischer PC/Internetgebrauch) und ethnischer Herkunft (türkisch- und russischsprachige Patienten) auch das besondere Behandlungssetting (Eltern-Kind-Behandlung, Adaptionsbehandlung, Soziotherapie chronisch mehrfach behinderter Glücksspieler) [19].

Effektivität

Es liegen bisher keine kontrollierten Studien vor, in denen aussagekräftige Belege für die Wirksamkeit einzelner Bestandteile der multimodalen Behandlung gefunden wurden. Inzwischen lässt sich die allgemeine Effektivität der stationären Rehabilitation im deutschsprachigen Raum katamnestic gut belegen [20]. Zur ambulanten Behandlung liegen wenige ältere Einzelfallstudien und lediglich eine katamnestic Studie vor, die ähnliche Ergebnisse erbrachten [21].

Bei der metaanalytischen Betrachtung aller in den 1990er-Jahren durchgeführten deutschsprachigen Untersuchungen zur

stationären Behandlung ergab sich für neun Studien eine Erfolgsquote (durchgehende Abstinenz oder Abstinenz nach Rückfall) zwischen 43,1 % und 66,7 % in Bezug auf die Gesamtstichprobe (Berechnungsformel 4) über ein Jahr nach der Behandlung.

Die aussagekräftigste Katamnese (Ausschöpfungsquote 97,9 %) umfasste 48 Patienten einer kurz- bis mittelfristigen psychosomatischen oder mittel- bis langfristigen suchttherapeutischen Behandlung. Darüber hinaus wurden die objektiven Daten des Rehabilitationsverlaufs und der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Kostenträger erfasst. Es erfolgte ein realer Vorher-Nachher-Vergleich, indem das Glücksspielverhalten und die objektiven Daten im Jahr vor der Behandlung und einem Jahr nach der Behandlung vergleichend erfasst wurden. Es ergab sich eine Erfolgsquote von 60,4 %, davon 41,7 % mit durchgehender Abstinenz. Gleichzeitig fand sich eine signifikante Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage um 38 %. Hinweise auf eine „Suchtverlagerung“ waren nicht zu verzeichnen, dafür aber eine tendenzielle Verbesserung (Reduzierung bei Missbrauch oder Abstinenz bei Sucht) des Umgangs mit Alkohol und anderen Rauschmitteln sowie eine Verminderung psychosomatischer und psychischer Beschwerden. Darüber hinaus konnte eine signifikante Reduzierung der Verschuldung festgestellt werden [22].

Die Effektivität der stationären Rehabilitationsbehandlung konnte in einer späteren multizentrischen Studie bestätigt werden. In fünf Kliniken wurden alle zwischen dem 1. Oktober 2009 und dem 30. September 2010 entlassenen Patienten (n = 617) bei Aufnahme, Entlassung und zwölf Monate nach der Behandlung untersucht. Die Erfolgsquote lag in Bezug auf die Gesamtstichprobe bei 39,7 % und in Bezug auf die Antwortenden bei 71,0 %. Nach einer großangelegten Non-Responder-Studie (n = 11.026) zur Rehabilitation Alkoholsüchtiger kann angenommen werden, dass die Erfolgsquote in Bezug auf die Gesamtstichprobe (hier 39,7 %) mindestens 10 % höher liegt [23]. Die Quote der Erwerbstätigen stieg von 45,7 % bei Therapiebeginn auf 60,9 % zum Katamnesezeitpunkt. Als Risikofaktoren für die Aufrechterhaltung der Glücksspielabstinenz erwiesen sich eine geringe Fähigkeit zum Umgang mit negativ getönten Gefühlen, eine hohe Anzahl von Spieldagen pro Monat, hohe kognitive und emotionale Involviertheit in das Glücksspielen, eine geringe Anzahl glücksspielfreier Tage vor Behandlungsbeginn sowie Arbeitslosigkeit [24].

Fazit für die Praxis

Die Glücksspielsucht wird heute nicht mehr als Impulskontrollstörung, sondern als Sucht nosologisch eingeordnet. Die Prävalenz ist bei jungen Männern, Migranten und sozial Deprivierten erhöht. Unterschiedliche Glücksspielangebote wenden sich an soziodemografisch differenzierbare Gruppen. Am häufigsten werden Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten genutzt. Glücksspielsüchtige weisen eine erhöhte Verschuldung, Suizidneigung und Delinquenz auf.

Das tiefenpsychologische Verständnis betrachtet süchtiges Glücksspielen als Selbstheilungsversuch, um Ich-Defizite und frustrierte Wünsche nach Anerkennung zu kompensieren. Der suchttherapeutische Ansatz zieht Parallelen zum progressiv, phasenhaften

Verlauf de Alkoholismus. Das Konzept zur psychischen Vulnerabilität betrachtet die Wechselwirkung zwischen spezifischer Bedürfnisstruktur und dazu passenden Glücksspielanreizen. Süchtiges Glücksspielen hat die Funktion den Selbstwert zu erhöhen, unangenehme Gefühle zu unterdrücken und distanziert-konkurrierende Beziehung herzustellen. Die Validität dieses Modells konnte empirisch belegt werden.

Die symptomatische Behandlung richtet sich auf die ambivalente Veränderungsmotivation, dysfunktionalen Kognitionen und Rückfallgefährdung. Darüber hinaus müssen der erniedrigte Selbstwert, die gestörte Gefühlsregulation und distanzierte Beziehungsgestaltung biografisch eingeordnet und durch eine hoffnungsbegabende therapeutische Beziehung aufgefangen werden. Differenzielle Behandlungsstrategien sind geschlechts- und altersspezifisch und berücksichtigen die ethnische Herkunft. Effektivitätsstudien konnten mittels selbst- und fremdkatamnestic Angaben sowie objektiven Daten zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit die hohe Wirksamkeit der multimodalen Rehabilitation von Glücksspielsüchtigen belegen.

Literatur

- Kraepelin E. Psychiatrie – ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Zweiter Band. Norderstedt: Verlag der Wissenschaften, 2015 (ursprünglich 1899) WHO
- Benz M. Glücksspielen und Glücksspielsucht in Deutschland. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2019
- Petry J. Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe, 2003
- Schüller H. Jackpot: Aus dem Leben eines Spielers. München: Bastei-Lübbe, 2009
- Schütte F. „Spielsucht“ und Narzissmus. Suchtgefahren. 1987;33:126–36
- Vent P. Spielsucht als Affektregulation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999
- Petry J. Psychotherapie der Glücksspielsucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1996
- Oerter R. Das kindliche Spiel aus entwicklungspsychologischer und handlungstheoretischer Sicht – gibt es Verbindungen zur Glücksspielsucht? In Fürtenschnieder I & Witt H (Hrsg.), Adoleszenz und Glücksspiel (S. 11–20). Geesthacht: Neuland, 1998
- Lesieur HR. The compulsive gambler's spiral of options and involvement. Psychiatry. 1979;42:79–87
- Petry J & Jahrreiss R Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung. 1999;3/99:96–218
- Vierhaus M et al. Zur Validität des Modells zur psychischen Vulnerabilität der Glücksspielsucht. Sucht. 2012;58(3):183–93
- Hodgins DC et al. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2001;69:50–7
- Walker MB. The psychology of gambling. Oxford: Pergamon, 1992
- Harris JL. 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, 1989
- Cummings C et al. Relapse: Prevention and prediction. In W R Miller (ed.). The addictive behaviors (pp. 291–321). Oxford UK: Pergamon, 1980
- Kagerer P. Zur Vater-Sohn-Problematik bei Glücksspielsüchtigen. In I Fürtenschnieder & H Witt (Hrsg.). Adoleszenz und Glücksspiel (S. 34–48). Geesthacht: Neuland, 1998
- Jacobs DFA. general theory of addictions: A new theoretical model. Journal of Gambling Behavior. 1986;2:15–31
- Antons K et al. Praxis der Gruppendynamik: Übungen und Modell (S. 166 ff.). Göttingen: Hogrefe, 2019
- Petry J. Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. Freiburg: Lambertus, 2013
- Petry J. Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung (S. 90 ff.), 2003. Göttingen: Hogrefe
- Tecklenburg H-J. Ambulante Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel. Suchtmedizi 2012;5,207–15
- Petry J, Jahrreiss R. Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung. 1999;3/99:96–218
- Bernert S, Krüger T, Spyra K. Effektivität der stationären Alkoholkonwöhnung – Was ist mit den katamnestic Non-Respondern. Berlin: Kurzbericht der Charité für das BMG. 2018
- Premper V et al. Multizentrische Katamnese zur stationären Behandlung von pathologischen Glücksspielern. Sucht. 2014;60(6),331–44

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: J. Petry erklärt eine ehrenamtliche Tätigkeit als stellvertretender Vorsitzender des gemeinnützigen Fachverbandes Glücksspielsucht e.V.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

AUTOREN

**Dr. phil. Dipl.-Psych.
Jörg Petry**

Weststraße 62
33615 Bielefeld

joerg.petry@google-
mail.com

**Prof. Dr. med.
Markus Weh, MME**

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und
Psychotherapie
Medic Center Nürnberg
Mitglied des Vorstands BVDN Bayern
Hallplatz 5, 90402 Nürnberg

m.weh@mediccenter.net

