

Matt, G. , siehe Barth	
May, B. , Epidemiologie und Ätiologie der Leberschäden bei jugendlichen Drogenabhängigen	32
Meyer, R. , Lebenslaufanalysen bei Drogenabhängigen: Eine Vergleichsuntersuchung	212
Müller, G. , siehe Brengelmann	
Nabitz, U. , siehe Holzmann	
Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren , Rahmenplan für die Zusammenarbeit zwischen den Beratungs-/Behandlungsstellen und Selbsthilfegruppen für Suchtgefährdete/Suchtkranke und Erziehungs-, Ehe- und Familienberatungsstellen	145
Plewka, W. , siehe Püschel	
Püschel, K. , Forensisch-medizinische und kriminologische Aspekte der Hamburger Rauschgifttodesfälle bis Ende 1982	205
Reig, A. , siehe Brengelmann	
Rimpl, L. , Suchtmittel und Arbeit – Bericht von einem Seminar der Nieders. Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Hannover	46
Rimpl, L. , Was kann die Suchtgefährdenarbeit von der Werbepsychologie lernen?	54
Rink, J. , Probleme bei Untersuchungen zum Therapieerfolg im Suchtbereich	103
Seifert-Schröder, B. , Familien mit drogensüchtigen Kindern. Suchtverhalten im Kontext familialer Interaktions- und Erziehungsmuster und die Bedeutung der Elternarbeit	221
Scheller, R. , Trierer Alkoholismusinventar (TAI) – Ein Verfahren zur Differentialdiagnostik des Alkoholismus	12
Schmidt, F. , Leichtrauchen – eine Irreführung des Rauchers	82
Schmidt, H.-P. , Theoretische Leitideen einer Alkoholismusprävention im schulpraktischen Bereich	137
Schmidt, R. , siehe Behrendt	
Schmold, A. , siehe Püschel	
Schneider, W. , Das Suchtbegleitungsmodell: Erfahrungen für die ambulante Arbeit mit jugendlichen Heroinabhängigen	229
Schwendtke, A. , Drogenkonsum und Leerstellen soziologischer Forschung	41
Schüling, St. , siehe Gerlach	
Stumpfe, K.-D. , Die Nikotinsucht	76
Teichner, M. , siehe Püschel	
Trömel, G. , siehe Klink	
Vollmer, H. , Erfahrungen mit dem neuen Betäubungsmittelgesetz aus verhaltenstherapeutischer Sicht	15
Waldow, M. , siehe Klink	
Weber, A. , Laufen als Behandlungsmethode – eine experimentelle Untersuchung an Alkoholabhängigen in der Klinik	160
Winkler, K.-R. , Drogenabhängige zwischen Bestrafung und Behandlung. Fachtagung des Verbands ambulanter Behandlungsstellen für Suchtkranke/Drogenabhängige e. V.	234
Winkler, K.-R. , Aus der Rechtsprechung	285
Wissenschaftliches Kuratorium der DHS , Alkoholabhängigkeit und Verschulden	43
Zeltner, G. , siehe Holzmann	

Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Hamburg (Direktor: Prof. Dr. J. Gross)
Verhaltenstherapie-Ambulanz (Leiter: Prof. Dr. I. Hand)

Iver Hand und Eila Kaunisto

Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen („Spielsucht“)

Eine Kritik am „Suchtmodell“ und erste empirische Ergebnisse nach einem „Neurosenmodell“ zur Ableitung therapeutischer Interventionen.

Multimodal Behaviour Therapy for Problematic Gambling

Einleitung

In den öffentlichen Medien der Bundesrepublik war 1983 – nicht zuletzt induziert durch eine Studie von MEYER – geradezu „das Jahr des Spielers“. In zahlreichen Darstellungen, denen 1984 – bereits erkennbar – weitere folgen werden, wird fast ausnahmslos ein „Suchtmodell“ problematischen Spielens vertreten, nach dem der Spieler „Opfer“ des Staates wie der Automatenunternehmer ist und – suchtbedingt – keine Möglichkeit zu eigenverantwortlicher Handlungskorrektur besitzt.

Soweit die psychotherapeutische Fachliteratur sich bisher überhaupt mit problematischem Spielen befaßt, vertritt auch sie ganz überwiegend ein dem Suchtmodell der Anonymen Alkoholiker (AA) angelehntes Störungsmodell mit entsprechenden therapeutischen Handlungskonsequenzen. Ist problematisches Spielen nun ein neues (Sucht-) Problem für die Gesellschaft oder die Psychotherapeuten? Werden Spieler von der Psychotherapie oder Psychiatrie „im Stich gelassen“ bzw. falsch behandelt? Haben sie bisher nur eine Chance auf Hilfe in Selbsthilfegruppen (die ausnahmslos AA-orientiert sind)? Gehen Spieler denn überhaupt zum Therapeuten? Und läßt die immer wieder beschriebene Tatsache, daß sie zur Therapie gebracht (von Partner, Familie oder Bewährungshelfer) werden, auf mangelnde Therapiemotivation schließen? Werden Spieler vielleicht auch von Psychotherapeuten abgewiesen, weil diese unter dem Einfluß der Fachpresse wie der öffentlichen Medien problematisches Spielen als „spezifische Sucht“ betrachten, für die sie sich nicht zuständig fühlen? Ist der Suchtberater dann resigniert, weil ihm die „Sucht“ hier fraglich erscheint?

Wir wollen in unserem Beitrag versuchen, die gesellschaftlichen und fachspezifischen Ausgangs-

bedingungen für die eingetretene Ratlosigkeit darzustellen. Im zweiten Teil der Arbeit stellen wir dann unsere seit 1978 in regelmäßiger, wenn gleich bis 1983 eher gelegentlicher Arbeit mit Spielern gewonnenen Erfahrungen zur Diskussion, zugleich mit der Vorstellung eines „Neurosenmodells“ dieses Problemverhaltens, das uns sowohl aus der eigenen Empirie wie aus normalpsychologischen und psychopathologischen Überlegungen wesentlich therapierelevanter erscheint. Unsere über die Jahre gewachsene Hypothese: Die bisher überwiegend außergewöhnlich hohe Mißerfolgs- bzw. Abbruchquote der publizierten Therapiestudien mit Spielern beruht in erheblichem Maße auf deren Ausrichtung nach dem Suchtmodell von AA. (Um Mißverständnissen vorzubeugen: Hiermit soll in keiner Weise die herausragende Bedeutung von AA für bestimmte Gruppen von Alkoholabhängigen relativiert werden!)

1. Die gesellschaftliche Problemebene: Normative und ökonomische Ausgangsbedingungen von Psychotherapie bei Spielern

Spielen ist eine Grundvoraussetzung „normaler“ menschlicher Entwicklung und eines der am weitesten verbreiteten Vergnügen im Kindes- wie Erwachsenenalter. Spiele sollen Spaß bereiten und dyadische oder Gruppensituationen stimulieren. Spielen als Sozialverhalten ist an die Aufstellung von Regeln und deren Befolgung (Rituale) gebunden. Wer den Regelkonsens wesentlich verletzt, wird zum „Spielverderber“. Die Ritualisierung des Sozialverhaltens beim Spielen hat unübersehbare qualitative Parallelen zur Ritualisierung etwa des Familienlebens von Zwangskranken – wobei ersteres allerdings eher Freude und letzteres eher Leid auszulösen scheint.

1.1. Probleme bei der Operationalisierung von „problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen“

Spielen ist, wie andere Verhaltensauschnitte, grundsätzlich multifunktional – selbst das Spielen in Glücksspielsituationen: Man kann z. B. Roulette spielen aus Spaß am Spiel, an der Kasino-Atmosphäre, an der Interaktion im Freundeskreis, oder um rasch reich zu werden – bei letzterem wird für die Chance des Reichtums das Risiko der Verarmung eingegangen.

Man kann mit „Russisch“-Roulette in einer der höchstmöglichen Formen von Risikobereitschaft sein „Leben aufs Spiel setzen“. Man kann andererseits „verspielt“ einem gut Teil der Zwänge des Alltagslebens ausweichen und mitunter eher „spielerisch“ als ernsthaft (zwanghaft) seine Probleme lösen. Man kann spielerisch und doch mit Leidenschaft spielen, ohne daß dies Leiden schafft; wird daraus eine „Spieleidenschaft“, so ergibt sich die Frage, wann die zur „Spielsucht“ ausuffert.

Der extrem variable Gebrauch des Begriffes „Spielen“ in der Alltagssprache reflektiert nur die extrem unterschiedliche Funktionalität dieses Verhaltensbereiches. Folgende Elemente können dabei in unterschiedlicher Relation zueinander in das Spielen eingehen: der Spaß am Spiel; das Abwägen von Risikobereitschaft und Sicherheitsbedürfnis; die Herausforderung durch den intellektuellen Schwierigkeitsgrad des Spieles; die Herausforderung durch die Einengung des eigenen Verhaltensfreiraumes (durch die spielspezifische Ritualisierung) einerseits und das eigene Bedürfnis, sich dem zu widersetzen und in der sozialen Interaktion die Grenzen zur Regelübertretung zu testen.

Besondere Beachtung verdient beim problematischen Verhalten in Glücksspielsituationen der Umgang mit dem Risikofaktor (Überblick z. B. in MEYER, 1983). Dabei ergibt sich die Frage, wie weit Risikoverhalten im Glücksspiel und Risikoverhalten in anderen Lebensbereichen korrelieren: Der „Russisch“-Roulette-Spieler (von dem es zahlreiche modernere Varianten zu geben scheint) ist sicher nur vordergründig dem Stuntman vergleichbar; sucht der erstere eigentlich das Pech, während letzterer aufgrund seines Könnens mit dem Glück rechnet? Ist dann „süchtiges“ Roulette-Spiel eine verzögerte Form von „Russisch“-Roulette?

Schließlich muß noch die Möglichkeit berücksichtigt werden, daß bestimmte Arten des Spielens hochgradig stereotypisiertes, motorisches Verhal-

ten darstellen können, dem die übliche überwiegende Funktionalität des Spielens weitgehend verlorengegangen ist und dessen mechanische Abläufe eher an ebenfalls vordergründig emotionslos ablaufende und sich ständig wiederholende Verhaltensmuster bei Zwängen erinnern.

Für die Benennung von eskalierendem Glücksspielverhalten, das zur Belastung für die soziale Mikro- oder Makro-Umwelt und/oder den Spieler selbst geworden ist, gibt es in der Fachliteratur eine Reihe von Termini: „Spielsucht“, „pathologisches Spielen“ (vor allem in der deutschsprachigen Literatur); „zwanghaftes Spielen“ (compulsive gambling) als Standardbegriff in der englischsprachigen Literatur; „problematisches Spielen“ (RANKIN, 1982). Wir haben uns vorerst – in Erweiterung der Rankin-Bezeichnung – für den Begriff „problematisches Verhalten in Glücksspielsituationen“ entschieden. Wir möchten damit das Bemühen um Hypothesenoffenheit ausdrücken im Hinblick auf denkbare zwanghafte, suchtähnliche und andere Aspekte des Spielens – d. h. für eine Vielzahl individuumspezifischer Entstehungs- und aufrechterhaltender Bedingungen. Mit „problematisch“ meinen wir, daß dieses Verhalten entweder vom Individuum selbst oder seiner Umwelt oder beidem als nicht-adaptives und nicht mehr tolerables Verhalten verstanden wird.

1.2 Die soziale und wirtschaftliche Bedeutung des Glücksspiels

Problematisches Verhalten in Glücksspielsituationen scheint in der Bundesrepublik in den vergangenen drei Jahren entweder massiv zugenommen zu haben oder aber aus anderen Gründen stark in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses gerückt zu sein. Schon länger wird dieses Problem in den anglo-amerikanischen Ländern wahrgenommen. Für England vermutete DICKERSON bereits 1974 etwa 80 000 „happy gamblers“ sowie jährlich 2000 Neuanmeldungen in den Selbsthilfegruppen von „Gamblers Anonymous“. Eine Royal Commission on Gambling stellte 1978 fest, daß im vorangegangenen Jahr etwa 8 Milliarden Englische Pfund in Wettbüros und Spielhallen ausgegeben wurden und 39 Prozent der erwachsenen Bevölkerung dort regelmäßig gespielt haben, wobei aber völlig unbekannt sei, in welcher Größenordnung hier auch ein behandlungsbedürftiges Problem vorliege; der Vorschlag, deshalb ein „Gambling Research Unit“ zu gründen, wurde bisher nicht verwirklicht (s. DICKERSON & WEEKS, 1979; GREENBERG & RANKIN, 1982). 1979 schätzten DICKERSON & WEEKS die Anzahl der „compulsive gamblers“ in Großbritannien auf etwa eine Million. In den USA be-

schrrieb WELLBORN (1980) ein epidemieartiges Anwachsen des „zwanghaften Glücksspiels“. Die quantitativen Aspekte dieses Problemverhaltens in der Bundesrepublik sind erst in den letzten drei Jahren – und zwar nur in der Laienpresse! – diskutiert worden. Nach der jüngsten Studie im Auftrag der „Stiftung Warentest“ (1983) sollen „vier von fünf erwachsenen Bundesbürgern . . . mehr oder weniger häufig an Glücksspielen“ teilnehmen; der Umsatz bei allen staatlich zugelassenen Formen des Glücksspiels – mit Ausnahme der Spielkasinos – lag demnach 1982 bei etwa 10 Milliarden DM. Aus den Gewinnen der 27 Spielbanken in Höhe von 600 Millionen DM wird ein Umsatz „weit über dem aller anderen Glücksspielveranstalter zusammen“ geschätzt. Etwa 1 Milliarde DM sollen 1982 in mehr als 160 000 „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ in Spielhallen und Gaststätten umgesetzt worden sein; „bei 30 Pfennigen Einsatz (gelten) diese Spiele in erster Linie als Unterhaltung“ – eine Einschätzung, gegen die MEYER (1983) vehement zu Felde zieht, da technische Veränderungen in den letzten Jahren aus Unterhaltungsautomaten Glücksspielautomaten gemacht hätten. QUICK (1983) zitiert das Allensbacher Meinungsforschungsinstitut, daß „78 % der erwachsenen Bundesbürger an Gewinnspielen“ teilnehmen und dafür im Durchschnitt 105,- DM pro Person und Jahr ausgeben. Der Umsatz der Spielbanken für 1982 wird mit 20 Milliarden DM beziffert, der der Geldspielautomaten mit 2 Milliarden DM (wobei von 350 000 Automaten ausgegangen wird).

1.3. Der „Spielsüchtige“ in der öffentlichen Meinung

Mit dem Schicksal und der Beurteilung von „Spielern“ – also jenen Personen, die hinter diesen Zahlen stehen – haben sich die öffentlichen Medien in der Bundesrepublik seit 1980 intensiver befaßt: z. B. DER SPIEGEL (1980, 1983); QUICK (1983); zahlreiche Tageszeitungen, zumeist anlässlich der Eröffnung von neuen Kasinos, der Einrichtung von Selbsthilfegruppen für Spieler und im letzten Jahr, nach mehrfachen DPA-Meldungen, über die Dissertation von MEYER; der NDR I (1983); der SDR (1983); das Fernsehen, NDR III (1983).

Sie favorisieren ganz überwiegend ein Suchtmodell des problematischen Spielens, mit weitgehender Zuordnung der „Verantwortung“ an den Staat und an die Glücksspielunternehmer bzw. die Automatenindustrie. Die meisten der 1983 erfolgten öffentlichen Darstellungen beziehen sich auf die Promotionsarbeit von MEYER (1983), in der konstatiert wird, daß „das pathologische Glücksspiel den Süchten zuzurechnen ist“ (S. 55) und in

der ebenfalls die „Hauptschuld“-Zuordnung in der genannten Form vollzogen wird. DER SPIEGEL (1983) z. B. übernimmt daraus, daß in der Bundesrepublik 7 Millionen Personen jährlich die Spielautomaten benutzen und bei 500 000 dieser Spieler schon krankhafte Züge vorlägen und „Automatenzocker“ also zu einem erheblichen Prozentsatz der „Spielsucht“ verfallen könnten (Kritik an dieser Hochrechnung von MEYER: BÜHRINGER, Heft 3, 1983, dieser Zeitschrift). Dreiviertel aller Spieler würden sich nach MEYER selbst als süchtig bezeichnen.

Bereits 1980 hatte LIMMER in DER SPIEGEL – angeregt durch ein unter Pseudonym (Frank HORDAN, 1980) selbstverlegtes Buch eines „ruinierten“ Spielers – den Vorwurf erhoben, der „Vater“ Staat habe sich dem Opfer als „Zuhälter entlarvt“; „niemals, sagt er, hätte er gespielt, wenn es verboten gewesen wäre. Warum hat der Staat ihn nicht vor dem geschützt, was in ihm steckte, diesem ‚Es‘, vor dem er heute noch ungreifbare Angst hat“. HORDAN wird zitiert „was ist das für ein Staat, der von der Spieleidenschaft besessene Menschen ungehindert in den sicheren Abgrund stürzen und hinterher schmächtig im Stich läßt“. Die Psychiatrie biete keine Hilfe, sondern (sei) ein „Gruselkabinett des Dr. Marbuse“; „entfesselte Epileptiker, Schizophrene und Alkoholiker“ belasteten den Spieler, Sozialarbeiter „bekauderweltschen“ ihn, und Ärzte drückten ihre „Ratlosigkeit“ damit aus, daß sie „mit ihren chemischen Brachialwerkzeugen vor seiner Krankheit stehen . . .“.

Etwas zurückhaltender kommentiert BRIGITTE (1983) das „Protokoll einer Spielerin“, in dem es heißt, „ein Spieler ist der einsamste Mensch auf der Welt . . . die Ärzte waren hilflos und füllten mich voll mit Psychopharmaka“; der zuständigen Journalistin „wurde klar, daß derselbe Staat, der 50 Prozent der Wetteinsätze und 80 bis 90 Prozent der Einnahmen von Spielkasinos kassiert, die Spieler mit den Folgen der Sucht allein läßt“.

Es muß wohl angenommen werden, daß diese und ähnliche – wenn auch meist weniger offensive – Berichte das Selbstverständnis der Betroffenen wie auch deren Beurteilung durch die Angehörigen mitprägt und den (Re-)Aktionsfreiraum der sozialen Umwelt, einschließlich der Therapeuten, einengt. Auf die Beiträge der Therapeuten selbst zur Entstehung dieses öffentlichen Meinungsbildes wird später noch eingegangen.

In jüngster Zeit wird jedoch in öffentlichen Medien gelegentlich auch starke Kritik an dem „inflationären“ Gebrauch des Begriffes „Sucht“ gerade am Beispiel der Spieler geübt. In einer Sendung des

SDR (1983) wird der Meyer-Studie vorgeworfen, sie verwische die Unterschiede „zwischen einer lebensbedrohlichen Erkrankung wie einer Drogenabhängigkeit und einem – möglicherweise auch undisziplinierten – Spiel“.

In einer eher stillen Nische der Fachpresse (DIE BERLINER ARZTEKAMMER, 1983) greift MAES vehement die vermuteten kommerziellen Interessen derjenigen an, die das Spielerproblem sensationell zu vermarkten trachteten und ebenso mehrere Psycho-Berufsgruppen, denen es s. E. zu stark um die Schaffung eigener Arbeitsplätze bei dieser Problematik geht.

Wie wenig gerade das Insistieren auf dem Suchtmodell bisher die Kostenträger möglicher Therapien überzeugt hat, mag eine Stellungnahme der AOK verdeutlichen: „Das Krankheitsbild der Spielsucht ist uns noch nicht bekannt. Es wird überprüft, ob es sich um ein Krankheitsbild handelt, das ärztlicher Behandlung zugänglich ist. Bedingung zur Genehmigung der Kostenübernahme ist, daß die Krankheit wissenschaftlich und fachlich erforscht ist“ (MÜNSTERSCHE ZEITUNG 1983).

2. Die fachlich-psychotherapeutische Problemebene

„Wieweit das Alkoholiker- und Drogenabhängigkeitsmodell den spezifischen Problemen zwanghaften Spielens gerecht wird, ist ein strittiger Punkt, der gegenwärtig von einigen jener (Forscher) untersucht wird, die sich mit problematischem Spielen befassen“ (RANKIN, 1982). RANKIN spricht damit auch Widersprüche zwischen der allgemein üblichen Anwendung des Suchtmodelles einerseits und der in der anglo-amerikanischen Literatur üblichen Bezeichnung des problematischen Spielens als „zwanghaft“ an.

2.1. Suchtmodell versus Neurosenmodell

Eine ähnliche Widersprüchlichkeit zwischen der de facto Beschreibung problematischen Spielens als einer Zwangssymptomatik und der Benennung als Suchtproblem findet sich in der für forensisch-psychiatrische Zwecke abgefaßten Schrift von SCHUMACHER (1981). Der Autor fordert zum Nachweis des Sucht- oder Abhängigkeitscharakters von exzessivem Spielen das Vorliegen folgender Merkmale:

1. Der „neurotische“ Symptomcharakter des Verhaltens wird als führendes Merkmal für die Zuordnung betrachtet. Dabei wird eine explizite Gleichsetzung mit Zwangssymptomatik vorgenommen. Von Abhängigkeit dürfe nur dann gesprochen werden, wenn sich diese Verhaltensweise als neurotische Symptombildung festmachen lasse.

2. Der Wiederholungszwang des Verhaltensmusters.

3. Die Progredienz.

4. Die „Entdifferenzierung“ der Persönlichkeit, d. h. die Feststellung, daß das Symptomverhalten eindeutig aus dem Rahmen der sonst üblichen Verhaltensweisen der betreffenden Person herausfällt.

5. Das Auftreten von „Entzugserscheinungen“ bei Verhinderung der dranghaft angestrebten Betätigung. Für die Beurteilung der Schuldfähigkeit müsse darüber hinaus sichergestellt sein, daß bei Geldbeschaffungsdelikten deren ausschließliche Durchführung zur Ermöglichung des Spielens zweifelsfrei erwiesen werden kann (Beschaffungs- und nicht Konsumdelinquenz).

Alle diese zum „Nachweis“ des Suchtcharakters des Problemverhaltens angeführten Merkmale gelten jedoch uneingeschränkt auch für Zwangskranke; selbst „Entzugserscheinungen“ i. S. von Unruhe, Tachykardie und erhöhter Transpiration finden sich bei Unterbindung des Zwangsverhaltens.

Man könnte nun meinen, die Diskussion um die Zuordnung wäre eine rein akademische – wenn nicht zugleich auch erhebliche Konsequenzen für die therapeutischen Interventionen damit verbunden wären!

Die Einführung des Suchtmodelles für „nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten“ in die forensische Psychiatrie hat in den intendierten Konsequenzen, nämlich der Feststellung der „Krankhaftigkeit“ bzw. Behandlungsbedürftigkeit des entsprechenden Problemverhaltens sehr wohl ihren Sinn, wenn auf andere Weise die Einleitung adäquater Maßnahmen – alternativ zu einer Haft – nicht zu erreichen wären. Zugleich muß jedoch bedacht werden, daß die Einführung dieses Begriffes massive Rückwirkungen auf die angebotenen Behandlungsverfahren haben kann, da sich gerade am Beispiel der Spielerproblematik abzeichnet, daß hier die Übernahme des Suchtmodelles zu extremer Einengung der therapeutischen Flexibilität durch weitgehende Festlegung auf das Suchtmodell von AA führt (s. 2.2.) – bei weitgehend anderen therapeutischen Handlungskonsequenzen aus einem Zwangssymptomenmodell (s. HAND, 1982).

Selbst innerhalb der forensischen Psychiatrie erscheint die Anwendung des Suchtbegriffes i. S. von SCHUMACHER bei exzessivem Spielen nicht erforderlich, um die erwünschten Konsequenzen einzuleiten. Da schon SCHUMACHER den Nachweis von eindeutig „neurotischer“ Symptomatik für die Anwendung des Suchtbegriffes fordert, erscheint es naheliegender, von vornherein beim

Neurosebegriff zu bleiben und in dessen vorgegebenen Grenzen vorerst zu untersuchen, wieweit das exzessive Spielen nicht eine Analogsymptomatik zu den bekannten alternativen Symptombildungen im Rahmen einer neurotischen Entwicklung darstellen kann. Wo immer diese nachweisbar ist, wäre dann bei Vorliegen entsprechender Zusatzkriterien auch in diesem Rahmen die Behandlungsbedürftigkeit mühelos begründbar – ohne daß das therapeutische Vorgehen präjudiziert würde.

In diesem Rahmen sollen auch einige weitere klinische Beobachtungen zur Unterstützung dieser Argumentation für ein primäres Verbleiben im Neurosenmodell am Beispiel der beobachteten Parallelen zwischen exzessivem Spielen und exzessivem Zwangsverhalten unterstützen:

1. Depressions-„Abwehr“ durch zwangsartige Verhaltensstereotype. So, wie kontinuierliche intensive Beschäftigung mit Säuberungs- oder Ordnungsritualen manchem schwer depressiven Zwangskranken eine kognitiv-motorische Vermeidung des Wahrnehmens der Gefühlskomponente der Depression ermöglicht, so haben wir wiederholt Spieler gesehen, bei denen die stundenlange Beschäftigung mit Spielautomaten genau die gleiche Funktion erfüllt.
2. Wie Zwangsverhaltensweisen, so hat sich exzessives Spielen bei einem Teil der Patienten auch als eine Möglichkeit des Protestes gegen Abhängigkeit von oder Kontrolle durch nahestehende andere erwiesen, also als neurotischer Konfliktlösungsversuch. Typisch ist für den Patienten in dieser Situation, daß er in seiner Beziehung zum Partner ambivalent ist und durch zunehmend provozierendes Verhalten bewußt oder unbewußt den Partner zur Handlungskonsequenz bewegen möchte.
3. Wenn Spielverhalten eskaliert, dann ist es – wie viele Formen der Zwangssymptomatik – eine Eskalation von weitestverbreitetem Normalverhalten ohne klare soziale Definition des „cut-off-Punktes“ von „normal“ zu „krank“. Die Zuordnungen werden eher aus den Konsequenzen des Verhaltens für die Umwelt (diese bringt nach übereinstimmenden Angaben der Literatur in der Regel die Patienten zur Therapie) als aus der Art und Intensität des Verhaltens selbst abgeleitet; wiederum gilt gleiches für viele Zwangskranke. Der erfolgreiche bzw. die finanziellen Konsequenzen ausreichend steuernde Spieler wird genauso bewundert und belohnt wie der erfolgreiche Zwängler (ohne den es bestimmte Berufsgruppen kaum geben würde) und wie der „soziale“ Trinker (selbst wenn dieser von der Quantität her ein Säufer ist).

2.2. Bisherige Verhaltenstherapieansätze (Suchtmodell)

Über die vergangenen Jahrzehnte sind nur wenige Psychotherapieansätze für Spieler publiziert worden. Es muß offenbleiben, ob therapeutische Institutionen selten aufgesucht wurden, da bisher kein adäquates therapeutisches Vorgehen entwickelt wurde – oder ob die mangelnde Therapiemotivation der Betroffenen zu so wenig Therapeutenkontakten geführt hat, daß keine Motivation der Therapeuten entstehen konnte, adäquate Therapieverfahren zu entwickeln.

Die bisher publizierten Verfahren sind Einzelfall- oder Studien mit sehr niedrigen Patientenzahlen. Die entsprechenden Arbeiten sind fast ausschließlich an einem „Suchtmodell“ dieses Problemverhaltens orientiert (Überblick in MEYER, 1983; s. a. RANKIN, 1982). Dies gilt auch für die im anglo-amerikanischen Raum seit langem bestehenden Selbsthilfegruppen „Gamblers Anonymous“, die aus „Alcoholics Anonymous“ hervorgegangen sind. In den letzten beiden Jahren sind erste entsprechende Selbsthilfegruppen auch an etwa zehn Orten der Bundesrepublik entstanden – wobei bisher allerdings konkrete Informationen fehlen, wieweit diese Gruppen wirklich ihre Aufgabe wahrnehmen, in Anspruch genommen werden und tatsächlich zu Veränderungen im Problemverhalten führen bzw. dieses sogar eher stabilisieren.

Auf die psychoanalytischen Therapieansätze kann hier nicht eingegangen werden (kurzer Überblick in MEYER, 1983). Die verhaltenstherapeutischen Studien vergangener Jahre sind geprägt von den in den jeweiligen Entwicklungsabschnitten der Verhaltenstherapie populären Interventionen für „süchtiges“ oder „deviantes“ Verhalten. Sie beinhalten schwerpunktmäßig alle den Versuch einer direkten Reduktion des Symptomverhaltens, überwiegend mit dem Ziel völliger Symptomabstinenz oder aber – in bisher nur zwei Studien – auch mit dem Ziel des „kontrollierten“ (d. h. reduzierten) Spielens.

Relativ häufig wurde in den späten sechziger Jahren der damals auch in der Suchtbehandlung weit verbreitete Ansatz der Aversionstherapie (zumeist mit „Elektroschocks“) bei „compulsive gambling“ zur Anwendung gebracht (BARKER & MILLER, 1968; GOORNEY, 1968; SEAGER, 1970; KOLLER, 1972 – s. in MEYER, 1983 und RANKIN, 1982). Inzwischen ist dieses Verfahren in der Verhaltenstherapie generell weitgehend aufgegeben worden, auf die theoretischen, empirischen und ethischen Gründe dafür kann hier nicht eingegangen werden.

LOTLER (1971) benutzte bei einem Patienten zur Symptomreduktion mehrere Interventionen – vom „elektrischen Schock“ bis hin zu „time-out“ – gleichzeitig; sein Vorgehen war insofern auch „moderner“ als die vorgenannten Ansätze, als er zusätzlich andere Problembereiche (Familienkonflikte) bearbeitete und gezielt „Alternativverhalten“ einüben ließ.

Während die verhaltenstherapeutischen und analytischen Ansätze für Spieler überwiegend in individualpsychologischen Denkmodellen befangen blieben, haben BOYD & BOLEN (1979) in ihrem Therapieansatz eine primäre Ausrichtung auf die systemischen Aspekte bzw. interaktionellen Funktionalitäten des Spielverhaltens vorgenommen. In ihre etwa ein Jahr laufende Gruppentherapie wurden die Frauen der Spieler einbezogen, da Partnerschaftskonflikte als wesentliche Ausgangs- und aufrechterhaltende Bedingung des pathologischen Spielverhaltens angesehen wurden. Während sie gute Erfolge ihrer Therapie angeben, war ein vergleichbarer Ansatz von TAPPERMAN (1976, s. in MEYER) mit nur 12 Therapiesitzungen über einen kürzeren Gesamtzeitraum nicht zufriedenstellend.

Zwei Studien haben bisher die Zielsetzung „kontrolliertes Spielen“ bei ihrem symptomzentrierten Vorgehen gewählt (DICKERSON & WEEKS, 1979; RANKIN, 1982) – in expliziter Anlehnung an ähnliche Ansätze in der Behandlung Alkoholabhängiger. Alle drei Autoren vermuten, daß in den üblichen, vom AA-Suchtmodell geprägten Therapieansätzen gerade deren vorrangige Abstinenzzielsetzung zu den in der Literatur wiederholt herausgestellten drop-out Raten führte.

DICKERSON & WEEKS beschreiben eine Einzelfallstudie, in der im Rahmen einer stark symptomorientierten Paartherapie kontrolliertes, „problemloses“ Spielen erreicht wurde. Die drei Interventionsschwerpunkte waren:

1. Kontrolle über das verfügbare Geld durch eine nahestehende Bezugsperson;
2. Aufbau von Verhaltensweisen, die mit dem Spielverhalten nicht kompatibel sind – d. h. „Alternativverhalten“;
3. Langzeitunterstützung, u. a. durch regelmäßige Follow-ups.

An diesem Ansatz erscheinen jedoch einige Aspekte, zumindest im Hinblick auf längerfristige Verlaufsergebnisse, fragwürdig: Während Therapie und Follow-up behielt die Ehefrau die alleinige Kontrolle über die Einkünfte des Ehemannes; das „kontrollierte“ Spielen bestand darin, daß dem Patienten einmal wöchentlich – aber nur nach Erfüllung des Wochenplanes zum Ausbau des Alternativverhaltens – ca. DM 2.50 zum Besuch ei-

nes Wettbüros gegeben wurden; die Aufenthaltsdauer dort wurde anfangs direkt durch die Ehefrau, später indirekt durch vorweg geplante gemeinsame Unternehmungen zeitlich limitiert. Die Autoren kritisieren selbst die verbliebene, vollständige Abhängigkeit der erreichten Verhaltensänderung des Patienten von der „whole-hearted“ Beteiligung der Ehefrau. Das Paar hatte jedoch den vorgeschlagenen Versuch einer „Entflechtung“ abgelehnt. Die Therapie lief über 20 Wochen in wöchentlichen, danach über insgesamt 15 Monate in weitgestreckten Abständen mit insgesamt 30 Stunden Zeitaufwand der Therapeuten. Positiv erscheint den Autoren, neben dem erreichten „kontrollierten“ Spielen die verbesserte eheliche Kommunikation in allen Lebensbereichen, die Re-Involvierung des Patienten in Familienaktivitäten am Wochenende und der Aufbau gemeinsamen Alternativverhaltens der Ehepartner außerhalb der Familie.

RANKIN beschreibt ebenfalls eine erfolgreiche Paartherapie mit einem Schwerpunktziel „kontrolliertes Spielen“. Auch in diesem Programm erhielt die Ehefrau anfangs alleinige Kontrolle über die Familienfinanzen, die später jedoch gestuft abgebaut wurde. Therapeutenkontakte fanden im ersten Halbjahr einmal monatlich statt, im zweiten alle drei Monate und schließlich alle sechs Monate – mit der Möglichkeit zwischenzeitlicher Bedarfskontakte. Dieser Patient entwickelte ein unregelmäßiges Spielverhalten mit Einsätzen von etwa DM 23,- pro Woche. Das Spielen schien im Laufe der Therapie stark an Bedeutung in der Lebensführung zu verlieren, zumal der Patient einen anspruchsvollen Beruf fand, in dem er auch für größere Geldsummen verantwortlich war. Die Ehebeziehung verbesserte sich zwar, aber die Autoren betonen, daß die Reduktion des problematischen Spielens und der Aufbau attraktives Alternativverhaltens erfolgten und stabil blieben, obwohl deutliche Eheprobleme bestehenblieben.

Die bisher umfangreichste, verhaltenstherapeutisch orientierte Therapiestudie wurde von GREENBERG & RANKIN (1982) publiziert. Über einen Zeitraum von 8 Jahren kamen insgesamt 26 männliche Glücksspieler zum Erstgespräch. Alle erhielten ein Therapieangebot. Im letzten Follow-up zeigten jedoch nur 5 Patienten kein problematisches Spielverhalten mehr; 7 entwickelten im Laufe der Zeit Rückfälle, 14 weitere waren schließlich bei der letzten Nachuntersuchung wieder in das übliche Problemverhalten zurückgefallen.

Der deprimierende „Therapieerfolg“ von nur ca. 20 Prozent wird vor allem auf mangelnde Motivation zurückgeführt: Nicht das Glücksspielen

selbst, „sondern dessen eheliche und kriminelle Konsequenzen“, und damit Ehefrau bzw. Bewährungshelfer, brachten die Patienten in die Therapie. Nur 5 hatten sich selbst angemeldet. Die durchschnittliche Therapiebeteiligung lag nur bei 6 (Range 1–25) Sitzungen; diese erfolgten über durchschnittlich 8,5 Monate.

Ehe-(Partnerschafts-)Probleme als mögliche Ursache der Mißerfolge werden ausführlich diskutiert, jedoch für wenig entscheidend gehalten: 20 Patienten waren verheiratet; davon trennten sich 5 vor oder während der Therapie von ihren Partnerinnen, weitere 10 gaben gravierende Eheprobleme an, und nur 5 schienen „relativ stabile Ehen“ zu haben. Entscheidend erscheint den Autoren jedoch, daß das problematische Spielverhalten nur bei 6 Patienten erst nach der Eheschließung aufgetreten war, woraus sie auf eine nicht entscheidende Funktionalität der Partnerschaftsprobleme bei den übrigen hinsichtlich des Spielverhaltens schließen.

3. Erste empirische Ergebnisse aus unserer VT-Ambulanz (Neurosenmodell)

Unsere bisherige Arbeit mit Spielern (seit 1978, mit erheblich verstärkten Anmeldungen seit 1983) haben wir von Erfahrungen abgeleitet, die aus der nunmehr achtjährigen Arbeit der Verhaltenstherapie-Ambulanz in der Versorgung multipel gestörter und häufig veränderungsambivalenter neurotischer Patienten unterschiedlichster klinischer Diagnosegruppen hervorgegangen sind.

Die folgenden grundlegenden Erfahrungen bestimmen die Arbeitsweise:

1. Die Therapiemotivation von Patient und Angehörigen läßt sich nicht notwendigerweise aus den entsprechenden verbalen Äußerungen im Erstinterview ableiten. Dadurch relativiert sich die traditionell negative Motivationsbeurteilung z. B. von Patienten, die von Angehörigen scheinbar „zur Therapie gebracht“ werden. Erfahrungsgemäß läßt eine solche Ausgangskonstellation noch keine verbindliche Einschätzung der tatsächlichen Therapiemotivation zu (Einzelnheiten in HAND, 1981).
2. Das im Vordergrund stehende Symptomverhalten, gleich welcher Art, kann sehr unterschiedliche individuelle Auslöse- und aufrechterhaltende Bedingungen haben. Die Art und die Sequenz der therapeutischen Interventionen ergibt sich aus letzteren – nicht aus der „klassischen“ klinischen Diagnose.
3. Die intrapsychische und die interaktionelle Funktionalität von Symptomen und Problemverhaltensweisen müssen jeweils sorgfältig getrennt werden. Aus deren jeweiligen Anteilen an

der Gesamtfunktionalität ergibt sich, wieweit einzel- oder systemisch orientierte Verhaltenstherapie erfolgt.

4. Auf umschriebenen, therapierelevanten Ebenen sind Patienten unterschiedlicher klinischer Diagnosegruppen einander oft ähnlicher als innerhalb des Gesamtspektrums einer Diagnosegruppe. Von daher lassen sich therapeutische Erfahrungen, die systematisch an einer Diagnosegruppe gewonnen wurden (z. B. Zwangsneurose) und therapeutische Handlungsanleitungen in den entsprechenden Teilbereichen auf andere Diagnosegruppen (z. B. Spieler) übertragen – ohne daß dies den Schluß erlauben würde: „Spieler sind Zwangskranke“.

Die einzige spezifische Variation unseres therapeutischen Vorgehens für Spieler hat sich im Hinblick auf unser eigenes Interaktionsverhalten und die Strategie der Informationsgewinnung im Erstinterview entwickelt. Aus überwiegend intuitiv gesteuertem Erfahrungslernen mit diesen ausnahmslos fremdangemeldeten und oft mit einem (aus den öffentlichen Medien übernommenen) Suchtmodell der eigenen Störung erscheinenden Patienten haben wir im Erstinterview einen sehr konfrontativen Gesprächsstil entwickelt, den wir bei den übrigen Patienten der Ambulanz nur in Ausnahmefällen anwenden: Sobald sich klare Hypothesen über die intrapsychische, insbesondere aber die interaktionelle Funktionalität des beklagten Problemverhaltens ergeben, konfrontieren wir Patienten und Angehörige mit denselben – unter gleichzeitiger Ablehnung des vorgetragenen Suchtmodelles. Unter bisher etwa 30 Spielern im Erstinterview hat dies lediglich bei zweien zur Ablehnung der angebotenen Therapie bzw. der Aufnahme in die Warteliste geführt. Die etwa 10 bisher abgeschlossenen bzw. noch laufenden Therapien waren ausnahmslos an diesen Hypothesen orientiert und dienten damit Therapeuten wie Patienten auch zu deren Überprüfung. Der Effekt dieses Vorgehens war, daß – im Gegensatz zu Patienten mit anderen Symptombildungen, wie Phobien oder Zwängen – in keiner der bisherigen Therapien versucht wurde, das Spielverhalten direkt zu beeinflussen, da in allen bisherigen Therapien die interaktionelle Funktionalität hypothetisch eindeutig im Vordergrund stand. Das Spielverhalten galt vielmehr als Indikator dafür, ob die hypothesenabgeleiteten, bisher ausschließlich systemischen Interventionen durch generalisierende Effekte in das Spielverhalten im nachhinein bestätigt werden konnten.

Im folgenden soll zusammenfassend versucht werden, die aus den bisherigen Erstinterviews eruierten Störungsmuster unter einer vorläufigen „Typisierung“ zusammenzufassen. Es sei betont,

daß diese Erfahrungen nicht auf jene „Spieler“ generalisiert werden können, die keine therapeutischen Institutionen aufsuchen.

Die etwa 30 (ausschließlich männlichen) bisher von uns untersuchten Patienten lassen sich bei Anlegung eines sehr groben Rasters vorerst drei Hauptgruppen zuordnen:

1. Der „Glücksritter“: Dies sind überwiegend jüngere Männer zwischen 17 und 25 Jahren. Sie haben eine ausgeprägte Konsumorientierung, möchten rasch den Lebensstandard, den ihnen Werbung und Umwelt vermitteln, erreichen. Aus unterschiedlichen Gründen sind sie bei der Suche nach einem möglichst einfachen Weg zu ihrem Ziel an das Glücksspiel geraten. Bei Therapieanmeldung sind ihre Spielschulden eher für ihre unmittelbare Umwelt (Eltern oder Freundin) als für sie selbst beängstigend. Sie erscheinen vom Spielverhalten durchaus noch distanzierbar. Bei der Suche nach alternativen Strategien geht es dann nicht selten darum, Berufsplanung und Arbeitsplatzsuche zu fördern, sowie eine weniger geldgesteuerte Bedürfnisbefriedigung zu erreichen.

2. Der „Desparado“: Er fand sich bisher überwiegend in der Gruppe der 30- bis 35jährigen. Diese Männer haben in der Vergangenheit häufig ein „lonely-rider“ Syndrom gezeigt, waren in Berufen mit besonders guten sozialen Rückzugsmöglichkeiten und trafen irgendwann auf ihre Partnerin, mit der sie gegen ihre vermeintlichen ursprünglichen Intentionen eine Zweierbeziehung eingegangen sind. Diese erhielt zunehmend Charakteristika eines Mutter-Sohn-Verhältnisses, auf das mit spannungsreicher Ambivalenz reagiert wird. Den Schritt zur immer wieder phantasierten Trennung können die Betroffenen aufgrund ihrer Ambivalenz nicht durchführen. Das Spielverhalten eskaliert dann teilweise in für die Umwelt dramatischer Form, indem die Verluste sprunghaft höher werden, obwohl aufgrund der zunehmenden und verbal bejahten oder sogar geforderten Kontrolle durch die Partnerin und auch durch die erweiterte soziale Umwelt die Möglichkeiten zum Spielen erheblich eingengt erscheinen. Hypothetisch gehen wir von einer bewußten oder unbewußten Provozierung der Partnerin aus, die den Schritt tun soll, den der Betroffene sich selbst nicht zutraut.

3. Der „Resignierer“: Diese, überwiegend um 45 Jahre alten Männer leiden unter einer teils deutlich erlebten, teils weitestgehend „abgewehrten“ tiefen Depression, die aus unterschiedlichen Quellen, wie Verlust einer langjährigen Partnerschaft oder tiefgehenden Schwierigkeiten am Arbeits-

platz, bei oft vorgegebenen ausgeprägten sozialen Defiziten, herrühren kann. Durch individuell variierende Auslöser geraten sie in der Regel an Spielautomaten, wo die stereotypisierte Interaktion mit dem Automaten hypothetisch die Funktion der Vermeidung der Gefühlskomponente der Depression hat (wie dies bei bestimmten Untergruppen der Zwangskranken durch die Abwicklung von Zwangsverhaltensweisen ebenfalls der Fall ist).

Diese sehr vorläufige „Typisierung“ wird natürlich häufig nicht den individuellen, komplexen Bedingungen gerecht. Aus der Jugendlichen Gruppe fällt etwa der junge Mann heraus, der aus Protest gegen die vom Vater angeordnete Banklehre ein exzessives Spielverhalten mit wachsenden Schulden bei dem eigenen Arbeitgeber entwickelt. Er setzt damit schließlich die Eltern so sehr unter Druck, daß diese sich für ihn um Therapie bemühen und dann an dieser beteiligt sind. Aus der zweiten Gruppe fällt jener Mann heraus, der seit der Pubertät darum gekämpft hat, in seiner homosexuellen Orientierung von den Eltern, insbesondere der Mutter, akzeptiert zu werden. Deren verbale Akzeptanz wird kontrastiert durch ein breites Spektrum von Leidenssignalen über die „Andersartigkeit“ des Sohnes. Erst nachdem der Sohn nach vielen Jahren endlich die prophezeite „katastrophale“ Entwicklung eines Homosexuellen tatsächlich erreicht zu haben scheint (Delinquenz, vor allem über Geldbeschäftigungsdelikte, um spielen zu können, sowie „Verkehren in kriminellen Kreisen“) führt die nunmehr extreme Sorge der Eltern um den Sohn dazu, daß diese ihn und damit auch sich in gemeinsame Therapie bringen. In beiden Therapien führten einige wenig intensive Familiensitzungen zur „Versöhnung“ und auch zu positiver gegenseitiger Abgrenzung von Kindern und Eltern, mit völligem Sistieren des Spielverhaltens.

Aus der zweiten Gruppe fällt auch jener Mann heraus, der sich bis zu seinem 40. Lebensjahr in eine zunehmend „trotzige“ Interaktion mit der Mutter verstrickt hat. In lebenslanger Rivalität mit dem erfolgreichen Halbbruder bei der Mutter unterlegen, verfällt er schließlich in ein exzessives Spielen, das nunmehr die Mutter zur Verzweiflung und permanenter Zuwendung bringt. Im Erstinterview, zu dem der Stiefvater den Patienten gebracht hat, während die Mutter „krank aus Sorge“ zu Hause geblieben ist, fragt der Stiefvater am Ende des Gespräches, ob denn der Patient wohl deshalb so spiele, um der Mutter ihre seit jeher extreme Geldorientierung vor Augen zu führen (dies, nachdem der Stiefvater bis dahin vorsichtig jegliche Kritik an seiner Frau vermieden hatte).

Diese Einzelbeispiele ließen sich erweitern. Diese Darstellung soll jedoch vorerst lediglich an konkreten Beschreibungen und vorläufigen Gruppenbildungen darüber informieren, daß den bisher von uns gesehenen Patienten – im krassen Gegensatz zur überwiegenden Einschätzung der Problematik in der Laien- wie Fachpresse – ausnahmslos nicht aus einem symptomfixierenden Suchtmodell angemessene Hilfestellung gegeben werden kann.

Die konkreten Therapieinhalte und -abläufe bei den einzelnen Patienten können in diesem Rahmen nicht dargestellt werden. Zusätzlich zu bereits angeführten Grundprinzipien unseres verhaltenstherapeutischen Vorgehens bestimmen jedoch folgende Inhalte das therapeutische Vorgehen:

- Bereits im Erstinterview Konfrontation des Spielers und ggf. Angehörigen mit den herausgearbeiteten, hypothetischen intraindividuellen wie interaktionellen Funktionalitäten des Spielverhaltens.
- Betonung der Eigenverantwortlichkeit für das Spielverhalten; dieses wird nicht nur nicht unterbunden oder behindert (s. 2.2.), sondern als Verhaltensfreiraum scheinbar sogar „aufgezwungen“. Versuch, bereits eingetretene „Verantwortungsübernahme“ z. B. durch Familie oder Freunde (Schuldenbegleichung; Kontoübernahme mit Taschengeldzuteilung etc.) gestuft abzubauen. Ablehnung „schützender“ Maßnahmen durch die Therapeuten (gelegentlich wird nachdrücklich eine Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station vom Patienten und Angehörigen als sofortiger „Schutz“ vor weiteren, hohen Spielverlusten gefordert). Die Therapie mag dadurch für die Betroffenen z. T. sogar den Charakter eines Risikospiels erhalten.
- Analyse bzw. weitere Bewußtmachung der „eigentlich“ mit dem Spielen intendierten Effekte und gleichzeitige Einleitung von Maßnahmen zum Erlernen angemessenerer Strategien zur Erlangung dieser Ziele (z. B. Depressionsbewältigung), Klärung der Ambivalenz in der Partnerschaft u. ä.) sowie der Aktivierung von Alternativverhalten.
- sofortiger Beginn mit systemisch orientierter Therapie (mit den gleichen Inhalten) bei entsprechender Indikation.

Im übrigen erfolgt die Zielsetzung und Indikationsstellung der einzelnen Maßnahmen nach den üblichen Regeln verhaltenstherapeutischer Strategie (s. z. B. in HAND, 1984). Bisher wurde Einzeltherapie bei drei Patienten, Paartherapie bei vier und Familientherapie bei drei Patienten durchgeführt. Bis auf zwei gerade begonnene Paarthe-

rapien haben alle anderen (nach 1–14 Sitzungen) nachhaltige Veränderungen im hypothetischen „Hauptproblembereich“ und indirekten Rückgang des Spielverhaltens (ohne weitere individuelle oder interaktionelle Komplikationen) zur Folge gehabt. Über die Stabilität dieser Effekte sind aber noch keine verlässlichen Aussagen möglich.

Obwohl bisher nie direkte Symptomtherapie erfolgte, haben wir entsprechende Interventionen vorbereitet für den Fall, daß sie indiziert erscheinen – wobei „informiertes“ Spielen (s. LISCH, 1983) anstelle von „magischem“ Spielen treten soll. Für einige Patienten der Warteliste wird einer gezielten Therapie sozialer Defizite voraussichtlich die entscheidende Bedeutung zukommen.

Eine kontrollierte Therapiestudie zur Überprüfung der bereits vorgenommenen differentiellen Indikationsstellung spezifischer Maßnahmen beginnt in Kürze.

Überraschend ist für uns bisher: die unseren sonstigen Erfahrungen entgegenlaufende Toleranz für direkte Konfliktkonfrontation schon im Erstinterview; die ausnahmslos indiziert erscheinende und anscheinend erfolgreiche Nichteinbeziehung des primären Symptomverhaltens in die Therapie und dessen ausschließliche Benutzung als Indikator des Therapieerfolges i. S. einer Hypothesenüberprüfung. Dies steht in deutlichem Kontrast zu Therapien bei Phobien oder Zwängen.

Schlußfolgerungen

Bei den beschriebenen Ausgangsbedingungen – nahezu ausschließliche Orientierung der öffentlichen Meinung und der Fachpresse am Suchtmodell von AA – scheint uns für viele (die meisten?) Problemspieler ein sinnvoller Therapie- (und Selbsthilfe-)Ansatz nur dann ableitbar, wenn die vorgegebenen Ideologien von beiden Seiten überwunden werden und auch bei dieser Problemgruppe allgemein-bewährte (verhaltens-)therapeutische Strategien zur Motivations- und Problemanalyse zur Anwendung gelangen. Dabei ist bei der bestehenden Indoktrination über öffentliche wie fachliche Medien weitgehend irrelevant, ob die betroffenen Personen selbst sich als „süchtig“ im Erstinterview darstellen, da sie bei entsprechender Belesenheit kaum eine Alternative haben. Es ist vielmehr die Aufgabe des Therapeuten, dieses Modell erst einmal in Frage zu stellen und in vertrauensvoller Problemklärung mit Patient und Angehörigen abzugrenzen, ob nicht alternative Störungsmodelle zu wesentlich plausibleren Therapiezielsetzungen führen.

Wir sind nicht der Ansicht, daß es grundsätzlich kein exzessives Spielen mit Suchtcharakter (i. S. von AA) geben kann. Wir haben es bisher aber bei

dreißig von uns in keiner Weise selbigen Problemspielern (zahlenmäßig umfangreichere Studien sind u. W. bisher nicht publiziert) nicht vorgefunden. Eine vorsichtige Generalisierung i. S. einer Arbeitshypothese dürfte für Problemspieler, die in Therapie kommen, zulässig sein. Generalisierungen auf Spieler schlechthin sind unzulässig. Erkenntnisse über diese allenfalls durch umfangreiche Feldstudien zu erzielen – sofern die Betroffenen, die sich daran beteiligen, nicht bereits wieder eine nichtrepräsentative Untergruppe sind. Wir konnten Personen mit „Problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen“ bisher wie „Normalpatienten“ (d. h. in der üblichen Terminologie: Personen mit „Neurosen“) verstehen und behandeln. Gerade darin scheint, angesichts der beschriebenen Ausgangssituation, das „Besondere“ unseres Vorgehens zu liegen.

Zusammenfassung

Während der letzten Jahre ist problematisches Verhalten in Glücksspielsituationen zunehmend in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses geraten – als eine neue, sich rasch ausbreitende Sucht, die dem Opfer keine Verhaltensalternativen offenläßt. Der Prozeß dieser öffentlichen Meinungsbildung wird zusammen mit den entsprechenden Konzeptbildungen aus den in der Fachliteratur publizierten Therapiestudien rekonstruiert; dem werden unsere eigenen Erfahrungen aus sechsjähriger Arbeit mit etwa 30 Spielern gegenübergestellt. Wir plädieren dafür, das Suchtmodell des Spielens bei Therapieerstkontakten mit Spielern nicht mehr a priori anzuwenden, damit flexibler problemangemessene Interventionen, an Stelle der routinemäßigen Ausrichtung therapeutischer Interventionen auf das Spielverhalten, abgeleitet werden können.

Einschränkend und nachdrücklich ist jedoch darauf hinzuweisen, daß die Anzahl möglicherweise „süchtiger“ Spieler unter jener großen Mehrheit von Spielern, die Therapieinstitutionen meiden, aus unserer Spielergruppe nicht hochgerechnet werden darf.

Summary

Over the last couple of years problematic gambling has gained increasing public attention in Germany – as a new, fast spreading addiction, which leaves no behavioural choices to the sufferers.

We describe the process of the making of this public opinion as well as the related professional concepts which are reflected in published treatment trials, to contrast both with our own experience with some 30 gamblers over the past six years.

A plea is made to abandon the addiction model in first treatment contacts with gamblers, in order to deduce problemappropriate treatment interventions instead of the usual focussing on gambling as the or at least a major area of intervention.

We want to emphasize: The proportion of gambling "addicts" in a field study with the vast majority of gamblers who avoid treatment institutions, can not at all be estimated from our patient sample.

Schlüsselwörter

Glücksspiel
Therapie
Suchtmodell
Neurosemodell

Keywords

Gambling
Treatment
Addiction model
Neurotic model

Literatur

- BARKER, J. C., MILLER, M.: Aversion therapy for compulsive gambling. *J. Nerv. Ment. Dis.* (1968) 146, 285–302
- BOYD, W. H., BOLEN, D. W.: The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. *Int. J. of Group Psychother.* (1979) 20, 77–90
- „BRIGITTE“: Die Spielerin – Dies ist die Geschichte einer Suchtkranken. Ihre Droge ist weder Alkohol noch Rauschgift. *Brigitte* (1983) 11, 99–103
- COTLER, S. B.: The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behavior Therapy* (1971) 2, 579–584
- „DER SPIEGEL“: Roulette: konzessionierte Selbstzerstörung. *Der Spiegel* (1980) 18, 103–108
- „DER SPIEGEL“: Geldspielautomaten. Goldene Serie – ist der Zeitvertreib am Münzautomaten ein gefährliches Glücksspiel? *Der Spiegel* (1983), 92–93
- DICKERSON, M. G., WEEKS, D.: Controlled gambling as a therapeutic technique for compulsive gamblers. *J. Behav. Ther. & Ex. Psychiat.* (1979) 10, 139–140
- GREENBERG, D., RANKIN, H.: Compulsive gamblers in treatment. *Brit. J. Psychiat.* (1982) 140, 364–366
- HAND, I.: Motivationsanalyse und Motivationsmodifikation im Erstkontakt. In: W. Zuzan, R. Larcher, B. Crombach-Seeger (Hrsg.): *Erstkontakt*. Literas-Verlag, Wien, 1981
- HAND, I.: Multimodale Verhaltenstherapie bei Zwängen. In: H. Helmchen, M. Linden, U. Rüger (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer. Berlin, Heidelberg, 1982
- HAND, I.: Verhaltenstherapie in der Psychiatrie. *Therapiewoche* (1984) 32, 259–270
- LIMMER, W.: Nichts geht mehr – die Laufbahn eines Spielers. *Der Spiegel* (1980) 18, 108–120
- LISCH, R.: Spielend gewinnen? Chancen im Vergleich. *Stiftung Warentest*, Berlin (1983)
- LOTTLER, S. B.: The use of different behavioral techniques in treating a case of compulsive gambling. *Behav. Therapy* (1971) 2, 579–584
- MAES, J.: Der Suchtbegriff zwischen Kommerz und Ideologie. *Die Berliner Ärztekammer* (1983) 20, 733–740
- MATUSSEK, P.: Zur Psychodynamik des Glücksspielers. *Jahrbuch f. Psychologie u. Psychotherapie* (1953) 2, 232–252
- MEYER, B.: Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit. *Bochum, Studienverlag Dr. N. Bockmeyer* (1983)
- „MÜNSTERSCHE ZEITUNG“: Zocken in Spielhallen ist eine qualvolle Sucht. *Münstersche Zeitung* (13. 8. 1983)
- „NDR-Fernsehen III“: „Spielsucht“. (22. 6. 1983)
- „NORDDEUTSCHER RUNDFUNK“ (Kumsemüller, A., Löwa, O. Moderatoren): Spielhalle – Spielhölle – Spielsucht. *NDR I „Im Gespräch“* (20. 7. 1983)
- „QUICK“: Die Deutschen spielen wie noch nie. *Quick* (1983) 9, 43
- RANKIN, H.: Control rather than abstinence as a goal in treatment of excessive gambling. *Behav. Res. Ther.* (1982) 20, 185–187
- SCHUMACHER, W.: Die Beurteilung der Schuldfähigkeit bei nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten (Spilleidenschaft, Fetischismen, Hörigkeit). In: *Festschrift für Werner Sarstedt*. W. de Cruyter, Berlin (1981)
- „STIFTUNG WARENTEST“: Auf der Suche nach dem Glück. *test* (Stiftung Warentest) (1983) 18, 24–26
- „SÜDDEUTSCHER RUNDFUNK“: Der Begriff „Sucht“. In der Sendung „Näher betrachtet“ (v. 9. 8. 1983)
- WELLBORN, S. N.: Compulsive gambling: a spreading epidemic. *U. S. News and World Report* (28. 1. 1980) 73–75

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. Iver Hand
Ella Kaunisto, Fachkrankenschwester für
Psychiatrie
Psychiatrische und Nervenklinik der Universität
Martinistr. 52
2000 Hamburg 20

ABONNIEREN

STATT

FOTOKOPIEREN

Zeitschriften-Beiträge sind mit Sachverstand und Sorgfalt aus dem großen Berg von Informationen ausgewählt, geschrieben, zusammengestellt . . .

. . . ergeben zielgerechte Informationen: Erfahrungen, die man kaufen kann. Denn uns liegt daran, daß Sie als Leser mit erweitertem Wissen und vermehrten Einsichten gut gerüstet sind.

Dies ist in Gefahr, wenn Zeitschriftenaufsätze kopiert werden!

Fotokopien werden nicht abonniert . . .

. . . und das bedeutet langfristig, daß Fachzeitschriften und wissenschaftlichen Zeitschriften die wirtschaftliche Basis entzogen wird.

Und außerdem: Sie als Leser sollen immer ein komplettes Heft in die Hand bekommen, damit Ihr Wissen nicht einseitig wird . . .

. . . und damit IHRE ZEITSCHRIFT auch künftig für Sie da ist.

Arbeitsgemeinschaft Zeitschriftenverlage des
Börsenvereins des Deutschen Buchhandels e. V.,
Frankfurt a. Main