

CliniCum

Das Magazin für die Führungskräfte im Krankenhaus

Konsensus-Statement



Spielsucht – eine nicht stoffgebundene Abhängigkeit

Konsensus-Meeting am 28. September 2005

OA Dr. Peter Berger, Univ.-Prof. Dr. Christian Haring,
Univ.-Prof. Dr. Peter Hofmann, Dr. Iszabela Horodecki,
O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper,
Prim. Univ.-Prof. DDr. Michael Lehofer, Dr. Monika Lierzer,
Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, OA Dr. Hubert Poppe,
OA Dr. Regina Prunnlechner-Neumann, Mag. Bettina Quantschnig

Vorsitz: Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller,
Prim. Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz

Unter der Patronanz von:
Gesellschaft zur Erforschung nicht
stoffgebundener Abhängigkeiten

Vorwort



Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller
Sonderkrankenanstalt
für Suchtkranke, Frastanz



Prim. Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz
Sonderkrankenhaus de
La Tour der Evangelischen
Stiftung, Treffen

Impressum:

Verleger: Medizin Medien Austria GmbH
DVR Nr.: 1042475 **Verlags- und Redaktions-
adresse:** Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050
Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail:
medizin@medizin-medien.at **Geschäftsfüh-
rung:** Thomas Zembacher DW 110 **Für den
Inhalt verantwortlich:** OA Dr. Peter Berger,
Univ.-Prof. Dr. Christian Haring, Univ.-Prof.
Dr. Peter Hofmann, Dr. Iszabela Horodecki,
O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper,
Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Lehofer, Dr.
Monika Lierzer, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael
Musalek, OA Dr. Hubert Poppe, OA Dr.
Regina Prunnlechner-Neumann, Mag. Bettina
Quantschnig **Vorsitz:** Prim. Univ.-Prof. Dr.
Reinhard Haller, Prim. Univ.-Prof. Dr. Herwig
Scholz **Titelbild:** Casinos Austria **Lektorat:**
Karl Heinz Javorsky **Art Direction:** Karl J.
Kuba **Layout und DTP:** Johannes Spandl
Litho: Bernhard Computertext **Druck:**
Friedrich VDV, 4020 Linz **Auflage:** 10.000
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit aus-
drücklicher, schriftlicher Genehmigung von
Medizin Medien Austria GmbH.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der
Vervielfältigung und Verbreitung sowie
der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des
Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie,
Mikrofilm oder ein anderes Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages
reproduziert oder unter Verwendung elek-
tronischer Systeme gespeichert, verarbeitet,
vervielfältigt, verwertet oder verbreitet
werden.

**Mit freundlicher Unterstützung der
Gesellschaft zur Erforschung nicht
stoffgebundener Abhängigkeiten.**

Die in seiner gesundheitspolitischen Bedeutung stark zunehmende Thematik der nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten kann bezüglich der Intensität seiner wissenschaftlichen Beforschung und öffentlichen Diskussion durchaus als Stiefkind der Suchtkrankenforschung bezeichnet werden. Der fehlende Hintergrund, das Wissen über Ursachen, Verbreitungsmodalitäten und Verlaufsdynamik, behindert naturgemäß auch die Entwicklung ausreichender Behandlungsstrategien und blockiert realistische Präventionsprogramme.

Darüber hinaus sind hauptsächlich durch diese Wissensmängel auch erhebliche forensische und sozialpolitische Irrtümer entstanden. Dazu zählen ganz besonders Spekulationen über von anderen Abhängigkeitsprozessen abweichende Standpunkte bezüglich der Geschäftsfähigkeit und, besonders schmerzhaft, auch sozialpolitische Fehlinterpretationen, nach denen beispielsweise die Legalisierung des kleinen Glücksspiels zur Eindämmung der ausufernden Spielsuchtproblematik geeignet wäre, obwohl zahlreiche Studien bewiesen haben, dass das Gegenteil der Fall ist.

All diese Fakten waren für die Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten ein Motiv, in einer Konsensus-Konferenz das derzeit bestehende Wissensfundament zu erarbeiten. Bei der Vorbereitung dieser Arbeit stellte sich heraus, dass auch in einem kleinen Land wie Österreich, allerdings verstreut auf verschiedene Regionen, Fachleute mit hoher Kompetenz in allen einzelnen Teilbereichen der nicht substanzgebundenen Abhängigkeiten tätig sind, die aus der oben zitierten Einsicht heraus auch gerne bereit waren, den nachstehend dargestellten Konsens auszudiskutieren und zu präsentieren.

Dafür sei allen ganz besonders gedankt. Spezieller Dank gilt darüber hinaus aber auch allen Sponsoren und der Medizin Medien Austria GmbH, die den professionellen Hintergrund für diese Arbeit geleistet hat, sowie der Präsidentin der Gesellschaft zur Erforschung nicht stoffgebundener Abhängigkeiten, Mag. Bettina Quantschnig.

In diesem Sinne zeichnen

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller

Prim. Univ.-Prof. Dr. Herwig Scholz

Mag. Andrea Budin, Medizin Akademie

Claudia Lorbeer, Medizin Akademie

1. Einleitung

Das kommerzielle Glücksspiel zählt mit einem geschätzten Jahresumsatz von 600 Milliarden Euro zu den größten Wirtschaftszweigen in Europa. Die daraus lukrierten Steuern für Länder und Gemeinden decken zwischen einem und fünf Prozent des jeweiligen Gesamtbudgets ab. Die jährlichen Wachstumsraten liegen zwischen fünf und zehn Prozent.

Aus suchttherapeutischer Sicht bestürzend ist nicht nur diese dynamische ökonomische Entwicklung an sich – die ja auch eine entsprechende Zunahme von Spielsuchtkranken bedeutet –, sondern vor allem auch die Tatsache, dass – wenigstens in Österreich – nur der geringste Teil dieser öffentlichen Einkünfte in suchtpräventive Maßnahmen investiert wird.

Grundsätzlich ist zum Thema „Spielsucht“ zu bemerken, dass – in einem gewissen Gegensatz zu substanzgebundenen Abhängigkeiten – nicht jede/r, der/die Glücksspiel betreibt, auch spielsüchtig wird. Hier spielen Persönlichkeitsfaktoren eine entscheidende Rolle. Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen sollten sich daher auf Risikogruppen bzw. spezielle Bevölkerungsgruppen wie vor allem Jugendliche konzentrieren.

2. Lifestyle-Trends und Suchtentwicklung

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass jedes Verhalten (Arbeit, Essen, diverseste Freizeitbeschäftigungen etc.) im Sinne einer Suchtentwicklung entgleisen kann. Gleichzeitig ist jedoch vor einer Inflationierung des Suchtbegriffs

– die ihn letztlich banalisieren würde – zu warnen. Der Terminus „Sucht“ sollte deshalb schweren Krankheitsbildern vorbehalten bleiben.

Eine grundlegende Unterscheidung von stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten erscheint sinnvoll. Tabelle 1 führt jene acht nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten auf, die derzeit in der Literatur anerkannt sind.

Ganz typisch ist der immer harmlos erscheinende Beginn: Man spielt und „spürt den Kick“; man isst, bis man nicht mehr kann, „weil es so gut schmeckt“; man flüchtet in die Liebesbeziehung, „um die Welt zu vergessen“; man „berauscht sich mit seinem Walkman“; man „braucht den Sog des Internet“ oder „besucht Seminare, um den ultimativen Weg zu finden“. Über mehrere Stufen führt – analog zum schädlichen Substanzgebrauch – auch im Falle nicht stofflichen Abhängigkeitspotenzials der Weg vom normalen Gebrauch in die Sucht (siehe Abbildung 1).

Ebenfalls in Analogie zu stofflichen Abhängigkeiten kennzeichnen auch bei der Entwicklung nicht stofflicher Süchte bestimmte Kriterien, die in Tabelle 2 (siehe Seite 4) wiedergegeben sind, die Progression der Erkrankung. Allerdings treffen nicht alle diese Kriterien auf alle nicht stofflichen Suchterkrankungen zu. So nehmen die Essstörungen eine gewisse Sonderstellung ein. Sie werden von einigen Experten als eigenständige Störungen angesehen.

Tabelle 1
Anerkannte* nicht stoffgebundene Abhängigkeiten

Spielsucht/Pathologisches Glücksspiel
Esssucht/Esstörungen (Adipositas, Anorexie, Bulimie, Binge Eating)
Arbeitssucht
Liebes-/Sexsucht
Kaufsucht
Sportsucht (Ausdauer- oder Extremsportarten)
Mediensucht (TV, Video, Computer, Musik)
Okkultismussucht (Sekten, Esoterik)

* Bei einigen der angeführten Abhängigkeiten – nicht zuletzt bei der Spielsucht – werden in der Literatur auch andere Mechanismen wie etwa Impulskontrollstörungen oder Zwangserkrankungen ätiologisch diskutiert

Abbildung 1
Der Weg vom Gebrauch in die Sucht



Tabelle 2
Typische Suchtkriterien

Kontrollverlust
Abstinenzunfähigkeit
Wiederholungszwang
Entzugserscheinungen
Dosissteigerung
Interessenabsorption
Gesellschaftlicher Abstieg
Psychischer und körperlicher Zerfall

Das so genannte Suchtdreieck bezeichnet die Wechselwirkung zwischen Individuum, Gesellschaft und süchtigem Verhalten. Auf der Ebene des Individuums spielen genetische und konstitutionelle Faktoren, Komorbiditäten, frühkindliche Erfahrungen, Familientraditionen, Regeln der Peer-Group, der sich daraus resultierende individuelle Lebensstil sowie kritische Lebensereignisse eine Rolle. Gesellschaftliche Faktoren lassen sich mit Termini wie „schnelllebige, stressige Zeit“, „Reizüberflutung“, „unlösbar erscheinende Konflikte“, „Ausweichen vor Schwierigkeiten“, „Angst vor Leere“ oder „Suche nach Identität und Autonomie“ beschreiben. Materialistische Wohlstandsansprüche („noch mehr, noch größer, noch besser, noch bequemer“) und durch Werbung und Konsumangebote geweckte Sehnsüchte lassen den Eindruck entstehen, dass Glück käuflich sei. Viele Menschen wissen zwar, was sie vordergründig wollen, jedoch nicht mehr, was sie eigentlich brauchen. Das



OA Dr. Peter Berger
Klin. Abt. für Allg. Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien



Univ.-Prof. Dr. Christian Haring
Primariat B, Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall



Univ.-Prof. Dr. Peter Hofmann
Univ.-Klinik für Psychiatrie, Graz



Dr. Iszabela Horodecki
Therapiezentrum AS für Glücksspielabhängige und Angehörige, Wien

kann zur Flucht vor der Realität des Lebens in immer neuen Überfluss führen, zu immer neuen Genüssen, die immer weniger genossen werden können. Wirtschaft und Werbung werden so zu Dealern unseres alltäglichen Suchtverhaltens.

Suchtverhalten kann aus psychodynamischer Sicht als Ablenkung vom eigentlichen Problem, als „Fixierung auf einen Nebenkriegsschauplatz“ beschrieben werden. Man klebt gleichsam am Unwesentlichen. Auch soll in diesem Zusammenhang keineswegs geleugnet werden, dass süchtiges Verhalten auch zu gewissen Grenzerfahrungen führen kann, die eine gewisse psychische Bedeutung erlangen können. Dennoch – so viel steht fest – verursacht das Vollbild der Sucht, unabhängig von ihrem Objekt, schwer wiegende psychische, körperliche und soziale Probleme mit volkswirtschaftlichen Konsequenzen.

3. Entwicklung und Verlauf pathologischen Glücksspiels – Fallbeispiel/Kommentar

Die Entwicklung zum pathologischen Glücksspieler vollzieht sich graduell über mehrere Phasen (siehe Abbildung 2).

Hier das Beispiel eines 29-jährigen Automatenpielers:
Erste Glücksspielerfahrungen am Automaten macht der Patient F. mit 16 Jahren im Freundeskreis. Das Spiel zu dieser Zeit hat hauptsächlich das Ziel der Unterhaltung und der willkommenen Abwechslung, mit dem angenehmen Nebeneffekt der Gewinnmöglichkeit. Nach der Heirat verliert F. jegliches Interesse am Automatenspiel, er hat Lebensziele wie Hausbau und Familiengründung und spielt mehrere Jahre lang nicht.

Ein solcher Verlauf ist relativ häufig bei jungen Menschen, die mit Glücksspielautomaten in Kontakt kommen. Ziele und neue Interessen reduzieren die Motivation zum Spielen deutlich. Oft bleibt es auch dabei.

Die Erkrankung an einem Hodenkarzinom und die daraus resultierende Sterilität führen F. in eine schwere Lebenskrise mit depressiven Phasen, Ängsten und sozialem Rückzug. In dieser Situation beginnt er wieder, am Automaten zu spielen.

Sehr häufig lassen sich für den Beginn der Phase des problematischen Spielens auslösende Faktoren identifizieren.

Abbildung 2
Entwicklungsverlauf zum pathologischen Spielen



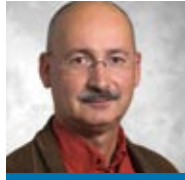
Dazu gehören positive und negative Lebensereignisse wie Krankheit, Konflikte, Stress, beruflicher Misserfolg, aber auch große Anfangsgewinne („big win“). 75% aller pathologischen Glücksspieler geben an, zu Beginn (relativ zu ihrem Einkommen) hohe Gewinne gemacht zu haben. Dieses Anfängerglück vermittelt Fantasien vom schnellen und leicht erreichbaren Reichtum sowie die Illusion, besondere Fähigkeiten zu besitzen, um finanziell erfolgreich sein zu können.

Für F. bedeutet das Automatenpiel in dieser Lebenssituation Reduktion der negativen Befindlichkeit, er erlebt Entspannung und kann seine gesundheitlichen Probleme und Ängste vergessen. Diesen Zustand des Ausstiegs aus der Realität sucht er immer häufiger auf; die Spielphasen werden exzessiver, sodass erste finanzielle Probleme entstehen. Diese verbirgt er aus Scham- und Schuldgefühlen vor seiner Gattin. Irrationale Überzeugungen (z.B. „auf eine Verlustphase folgt zwingend eine Gewinnphase“) verstärken die Glücksspielaktivitäten und führen zu regelmäßigen Spiellexzessen, Aufnahme von Krediten und zur Annahme einer Nebenbeschäftigung. Es entwickeln sich massive partnerschaftliche Konflikte, F. wird depressiv und hat gelegentlich Suizidideen. Dennoch hat er die Hoffnung, mit einer Glückssträhne alles ins Lot zu bringen. Das führt zu einem finanziellen Engpass und damit zum Eingeständnis der Probleme gegenüber seiner Frau. Diese fordert als Bedingung für die Fortführung der Ehe eine Therapie ein.

An diesem Beispiel zeigen sich einige stabilisierende Faktoren für die Aufrechterhaltung des problematischen Verhaltens. Neben den Versuchen, die Verluste auszugleichen, und dem Verheimlichungsdruck gibt es auch glücksspielbezogene Informationsverzerrungen, die ein spezifisches Charakteristikum der Spielsucht darstellen. Dazu gehört Festhalten an einer einmal gewählten (risikoreichen) Strategie; unrealistische Gewinnerwartungen; illusionäre Kontrollüberzeugungen (Überzeugung, das Spielergebnis beeinflussen zu können); selbstwertdienliche Attributionsprozesse (Gewinne werden eigenen Fähigkeiten zugeschrieben und damit überbewertet); selektives Gedächtnis (Gewinne werden kognitiv besser repräsentiert als Verluste). Untersuchungen belegen, dass Spieler außerhalb der Spielsituationen nicht weniger rational denken und handeln als Nichtspieler. Festzuhalten ist weiters, dass bestimmte Merkmale des Glücksspiels einen höheren Anreiz erzeugen, das Spiel fortzusetzen. Dazu gehören kurze Auszahlungsintervalle, hohe Ereignisfrequenz (rasche Spielabfolge), intermittierende Verstärkung (gelegentliche Gewinne), Art des Einsatzes (Jetons statt echtem Geld) sowie Umgebungsreize wie Ton-, Licht-, Farbeffekte und die typische Casino-Atmosphäre. Bestimmend für die



O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper
Allg. Psychiatrie,
Univ.-Klinik für
Psychiatrie, Wien



Prim. Univ.-Prof. DDr. Michael Lehofer
All.-Psych. Abt. 1,
LNK Sigmund
Freud, Graz



Dr. Monika Lierzer
Klinik für Psychologie,
LNK Sigmund
Freud, B.A.S., Graz



Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek
API SKH für Alk.,
Medikam.- und
Drogenabhängige,
Wien Kalksburg

Entwicklung der Glücksspielproblematik ist auch die Bedeutung des Geldes. Geld vermittelt das Gefühl von Macht, Kontrolle und sozialer Anerkennung und wirkt als Gradmesser für den Selbstwert. Glücksspiel kann sowohl sedierende (Vergessen von Alltagsorgen und Unlustgefühlen) als auch stimulierend-euphorisierende Wirkungen ausüben. Die Bedeutung einzelner Entstehungsfaktoren und aufrechterhaltender Bedingungen kann variieren, sowohl zwischen unterschiedlichen Spielern als auch im individuellen Entwicklungsverlauf.

4. Pathologisches Spielen – Zwangsstörung oder Abhängigkeit?

Die Diskussion darüber, ob die „Spielsucht“ tatsächlich eine Suchterkrankung oder vielmehr eine Impulskontrollstörung oder eine Zwangserkrankung ist, ist nicht abgeschlossen. Für die Sucht spricht, dass mit dem pathologischen Spielen ein Ich-syntones Erleben und eine unmittelbare „Problemlösung“ verbunden sind. Handlungen, die im Rahmen von Zwangserkrankungen gesetzt werden, werden hingegen als Ich-kataton erlebt.

Diagnostische Leitlinien des pathologischen Glücksspiels F63.0 (sinngemäß entnommen ICD-10 und DSM-IV):

- ♣ Hauptmerkmal: beharrliches, wiederholtes Glücksspiel, das anhält und sich oft noch trotz negativer sozialer Konsequenzen, steigert.
- ♠ Erscheinungsbild: Spielen wird zentraler Lebensinhalt; Verhaltensmuster vor dem und während des Spielens werden zu Ritualen; „Kommunikationslosigkeit“ – Konfliktvermeidung – emotionale und gedankliche Einengung; Familie, Beruf und andere Interessen werden durch das Glücksspiel absorbiert; soziale Isolation.

Laut ICD-10 wird die Spielsucht als Impulskontrollstörung bezeichnet und in einer heterogenen „Restkategorie“ zusammen mit Pyromanie, Kleptomanie und Trichotilomanie zusammengefasst, obwohl es zwischen diesen Krankheitsentitäten doch erhebliche Unterschiede gibt.

Andere Autoren sehen die Spielsucht als Zwangsstörung („angstvermeidender Modus“) bzw. in einem Spektrum zwischen Impulsivitäts- und Zwangsstörung. Dagegen ist wiederum einzuwenden, dass in diesem Konzept weder biologische Befunde (siehe Kapitel 5) noch Ergebnisse der vergleichenden Suchtforschung berücksichtigt werden. Der Einwand, dass zu einer Suchterkrankung notwendigerweise

eine somatische Abhängigkeit gehöre, greift wohl zu kurz, ist es doch die Verhaltensebene (Craving, Fortsetzung der Handlung, Kontrollverlust), die – unabhängig von der Frage, ob es sich um eine substanzgebundene Sucht handelt oder nicht – das Suchterleben determiniert.

Auch Mehrfachabhängigkeiten und Suchtverschiebungen sprechen dafür, dass es sich bei Spielsucht tatsächlich um eine Suchterkrankung handelt.

5. Biologische Hintergründe nicht substanzgebundener Abhängigkeiten

Es ist sehr wahrscheinlich, dass nicht alle an nicht substanzgebundenen Abhängigkeiten leidenden Personen die gleiche ZNS-Pathologie aufweisen. Sicher spielt jedoch das Belohnungssystem dabei eine Rolle, das vor allem von den Neurotransmittern Dopamin, Opioiden, Serotonin, Noradrenalin, Glutamat und Gamma-Aminobuttersäure (GABA) gesteuert wird. Man sollte sich bei der Einzelbetrachtung derartiger Transmittersysteme immer vor Augen halten, dass jede Aktivierung eines bestimmten Neurotransmittersystems auch die Mitaktivierung einer Reihe von anderen Systemen nach sich zieht. Dem Dopaminsystem kommt im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen große Bedeutung zu, wobei der Nucleus accumbens eine wichtige Rolle spielt. Dopamin ist kein „Belohnungsstoff“, sondern eher ein Signal für Lustempfinden, das Belohnung antizipiert. Es konnte gezeigt werden, dass die Höhe der Gewinnaussichten beim Glücksspiel mit der Aktivierung des dopaminergen Systems im Nucleus accumbens und dopaminergere Projektionen in der Amygdala und im Hypothalamus korreliert. Nach einer aktuellen Theorie führt eine Defizienz des mesolimbischen Belohnungssystems dazu, dass dieses (z.B. durch Glücksspiel) stimuliert werden muss, um Unlustgefühle zu vermeiden. Bei inzipienten Parkinson-Erkrankungen wird nicht selten ein zuvor unproblematisches Spielverhalten pathologisch – ein beeindruckender Hinweis für die Bedeutung des dopaminergen Systems. Umgekehrt wurde in einer Studie gezeigt, dass die dopaminantagonistisch wirkende Substanz Risperidon zur Spielabstinenz führt. Auch Neugierde und Risikoverhalten korrelieren mit dem Tonus des dopaminergen Systems. Bei Mangel an Belohnungserlebnissen (Missstimmung) kommt es über das dopaminerge System zu Verhaltensweisen, die einen Stimmungsumschwung herbeiführen können.

Das noradrenerge System hat eine wesentliche Funktion beim Eustress und besitzt bahnende Wirkung im ZNS. Gelingt im Eustress ein Vorhaben, so kommt es mittels dieses Systems zur Bahnung einer Gewohnheit.



OA Dr. Hubert Poppe
API SKH für Alk.,
Medikam.- und
Drogenabhängige,
Wien Kalksburg



OA Dr. Regina Prunnlechner-Neumann
Univ.-Klinik für
Psychiatrie,
Innsbruck



Mag. Bettina Quantschnig
Sonderkrankenhau
de La Tour
der Evangelischen
Stiftung Treffen

Dies gilt auch für das Suchtverhalten („Suchtgedächtnis“). Es konnte gezeigt werden, dass Problemspieler höhere Noradrenalinwerte im Plasma aufweisen als Gelegenheitsspieler.

Das serotonerge System der Raphekerne ist der wichtigste Integrator der Gehirnfunktion. So sind – neben einer Reihe von anderen Erkrankungen – auch Impulskontrollstörungen und pathologisches Spielverhalten mit einem niedrigen serotonergen Tonus verbunden. Hier liegt auch der Grund für die Wirksamkeit spezifischer Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bei Suchterkrankungen.

Das Opioidsystem kommt im Wesentlichen in den gleichen Gehirnarealen vor wie das Dopaminsystem (Nucleus accumbens, Area tegmentalis ventralis) und stellt einen wesentlichen Belohnungs- und Schmerzkontrollmechanismus dar. Interaktionen mit Dopamin, Noradrenalin, aber auch Acetylcholin, GABA und Glutamat sind beschrieben.

6. Psychopathologie der Sucht

Der bereits erwähnte Weg vom Gebrauch über den schädlichen Gebrauch in die Sucht zeichnet sich u.a. durch das Fehlen klarer Grenzen zwischen den einzelnen Bereichen oder Stadien aus. Weiters ist vorauszuschicken, dass nicht – wie manchmal fälschlich angenommen – „der ganze Mensch“ süchtig wird, sondern dass sich die Psychopathologie der Sucht nur auf den betroffenen Teilbereich der Psyche bezieht, während der Betroffene sonst völlig unauffällig sein kann.

Die Suchtkriterien nach DSM-IV und ICD-10 sollen hier im Detail nicht aufgeführt werden. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass sowohl im DSM-IV als auch im ICD-10 eigentlich nur die Substanzabhängigkeit umfangreich definiert wird (deren Kriterien die nicht substanzgebundene Abhängigkeit nicht vollständig erfüllt) und dass auch der eigentlich überholte Begriff des „Missbrauchs“ oder „Abusus“ im DSM-IV noch vorhanden ist (wir sprechen hier besser von „schädlichem Gebrauch“), was im ICD-10 nicht mehr der Fall ist.

Die deskriptive Psychopathologie, auf der letztlich auch die erwähnten Diagnosemanuale aufbauen, ist stets auf der Suche nach charakteristischen oder noch besser krankheitsspezifischen Phänomenen. Diese sind jedoch oft gar nicht therapierelevant. In der Therapie geht es vielmehr um häufige und vor allem um behandlungsrelevante Phänomene. Eine unsystematische und ungeordnete Auflistung solcher – nicht in den Diagnosemanualen aufgeführten – Phänomene würde z.B. „Wirkungsanflu-

tung („Kick“), „Magisches Denken“, „Glücks- oder Freiheitsgefühl“, „Drang/Willensschwäche“, „Abgeschlagenheit“, „Verzweiflung“, „Hoffnungslosigkeit“, „sozialen Rückzug“ oder „Inaktivität/Passivität“ umfassen. Eine etwas längere Liste gibt Tabelle 3.

Der Begriff „Sucht“ hat in verschiedenen Sprachen ganz unterschiedliche Bedeutungen und Konnotationen, die das gesellschaftliche ebenso wie das alltägliche therapeutische Handeln prägen. So kommt das deutsche Wort „Sucht“ von „Siechtum“, während etwa das italienische „assuefazione“ lediglich „Gewöhnung“ oder das russische „stradat“ „Leidenschaft“ oder „Passion“ bedeutet.

7. Spielsucht und psychiatrische Komorbidität

Der Begriff „Komorbidität“ ist heute eigentlich überholt und entsteht lediglich deskriptiv aus der Fokussierung auf ein bestimmtes Krankheits- oder Zustandsbild, das andere, gleichzeitig bestehende Zustände in die Kategorie „Komorbiditäten“ einreicht. Betrachtet man aus diesem Verständnis die Häufigkeit solcher Komorbiditäten bei der Spielsucht, so ist festzustellen, dass sie meist mit anderen psychischen Erkrankungen verbunden sind. (Dabei können die so genannten Komorbiditäten zeitlich der eigentlichen Spielsucht weit vorausgehen.) Alkoholabhängigkeit bzw. schädlicher Alkoholgebrauch steht mit fast 75% im Vordergrund. Weitere häufige komorbide Störungen zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4
Häufigkeit komorbider Störungen bei Spielsucht

Störung	Häufigkeit (%)
Alkoholabhängigkeit bzw. schädlicher Gebrauch	73,2
Persönlichkeitsstörungen	60,8
Affektive Störungen	49,6
Angsterkrankungen	41,3
Drogenabhängigkeit/schädlicher Gebrauch	38,1

Nach Petry NM et al., J Clin Psychiatry 2005;66(5):567–574

Tabelle 3
Einige behandlungsrelevante Phänomene der Sucht

- ♣ Wirkungsanflutung („Kick“)
- ♦ Magisches Denken
- ♥ Glück(-sgefühl)/Freiheit
- ♠ „Problemlöser“
- ♣ Ambivalenz
- ♦ Drang/Willensschwäche
- ♥ Langeweile/Leere
- ♠ Reizüberflutung
- ♣ Abgeschlagenheit
- ♦ Verzweiflung
- ♥ Ängste (DD: Angststörungen)
- ♠ Verzichtsproblem
- ♣ Fehlende Zuwendung
- ♦ Sexualstörung
- ♥ Überforderung
- ♠ Fehlendes Selbstvertrauen
- ♣ Aggressivität, Dysphorie
- ♦ Schuldgefühle (Wahn)
- ♥ Versagen(-sängste)
- ♠ Interaktionsstörungen
- ♣ Freudlosigkeit
- ♦ Hoffnungslosigkeit
- ♥ Antriebslosigkeit
- ♠ Aussichtslosigkeit
- ♣ Sozialer Rückzug
- ♦ Inaktivität/Passivität
- ♥ etc.

Diagnose und Therapie dieser Störungen sind im Rahmen der Behandlung unbedingt zu beachten. Neben diesen Komorbiditäten im engeren Sinn spielen jedoch auch ein eventuelles delinquentes Verhalten, Beziehungsstörungen und finanzielle Probleme eine Rolle. All diese Faktoren können zur Suizidalität beitragen; laut Studien kommen eine hohe suizidale Ideation bzw. Suizidpläne fast bei der Hälfte aller pathologischen Spieler vor, was sich aus der Kombination einer ausgeprägten Impulskontrollstörung mit psychiatrischer Komorbidität ergibt (Lebenszeitprävalenz 39,5%). Das Thema Suizidalität sollte daher ebenso wie die davor erwähnten Faktoren in der Therapie unbedingt angesprochen werden.

8. Psychische Risikofaktoren und frauenspezifische Bahnungs- und Verlaufparameter

Abhängigkeiten und Süchte stellen kein einheitliches Störungsbild dar, es gibt dementsprechend auch deutliche Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Suchtverhalten. Diese Unterschiede ergeben sich zum Großteil aus der weiblichen Sozialisation, wobei auch kulturspezifische Gegebenheiten zu berücksichtigen sind. Frauen sind belastet von dem Versuch, einer teilweise widersprüchlichen Rollenverteilung gerecht zu werden, und versuchen oft, ihrer „Rolle“

entsprechend, Probleme eher individuell, verweigernd, zurückgezogen oder resignierend zu „lösen“. Wenn die daraus resultierenden Konflikte unerträglich werden, entwickeln Frauen süchtige Verhaltensweisen oder andere potenziell pathologische psychosoziale Reaktionsmuster.

Glücksspielerinnen stehen – da Glücksspiel eher männlich definiert ist – in besonderem Widerspruch zu den gültigen Rollenanforderungen und sind daher häufig Opfer von sozialen Stereotypen und Zwängen. Sie widersprechen mit ihrem Glücksspiel den Erwartungen, wie eine Frau und Mutter sein sollte, gelten demnach als „existenziell gescheitert“ und sind sozial isolierter als männliche Spieler. Risikofaktoren für weibliches Spielverhalten sind Probleme, die aus der Herkunftsfamilie resultieren („Suchtbelastung“), mangelhafte, eher passive und inadäquate Lösungsstrategien,

dysfunktionaler und feindseliger Umgang mit sich selbst sowie körperliche, seelische und sexuelle Traumatisierungen. Das Glücksspiel fungiert bei Frauen entweder als Mittel, um vor überwältigenden Lebensproblemen, Beziehungsschwierigkeiten, Einsamkeit und Langeweile zu flüchten, oder stellt eine Möglichkeit dar, scheinbar auf gleicher Ebene in einer männlich dominierten Welt mit Männern zu konkurrieren, durch Wettbewerb Macht zu erlangen sowie auf männlichem Terrain erfolgreich zu sein und so das geringe Selbstwertgefühl zu steigern.

Spezifisch weibliches Verlaufsmerkmal in der Entwicklung pathologischen Spielverhaltens ist das seltenere Vorkommen anfänglicher Gewinne als Verstärkungsfaktor – die Verstärkung liegt eher im Glücksspielspezifischen Erlebniszustand. Dieses „Vergessen und Flüchten“ wird aufgrund der Eigendynamik des Glücksspiels bald zum Problem und verstärkt sich durch Scham- und Schuldgefühle weiter. Die Hoffnung, durch Gewinne das „Fehlverhalten“ zu kompensieren, ist ein weiterer Verstärker. Im weiteren Verlauf kommt es bei Frauen oft zu überwältigenden negativen Emotionen, gegen die eigene Person gerichteten aggressiven sowie depressiven Reaktionsmustern, schädlichem Substanzgebrauch bzw. Substanzabhängigkeit und zu Essstörungen.

9. Glücksspiel im Internet – Aktuelle Problematik und Trends

Für dieses relativ neue Gebiet existiert noch so gut wie keine wissenschaftliche Datenbasis, was in krassm Widerspruch zur zunehmenden Bedeutung des Glücksspiels im Internet steht. Laut Austrian Internet Monitor 2004 haben 4.310.000 Personen in Österreich die Möglichkeit des Zugangs zum Internet, 3.886.000 nützen das Internet, und 3.125.000 sind so genannte Intensivnutzer, d.h., sie nützen das Internet mehrmals pro Woche. Die Internetplattform der Österreichischen Lotterien hat ihren Umsatz von 2003 auf 2004 um 52% gesteigert und 2004 einen Umsatz von über 428 Millionen Euro gemacht.

Es gibt einige Faktoren des Online-Glücksspiels, die zur Erhöhung des Risikos einer Spielproblematik beitragen. Dazu gehört die Verfügbarkeit über 24 Stunden, von zu Hause meist ebenso wie vom Arbeitsplatz aus, weiters der Verlust des Zeitgefühls beim Spielen am Computer und die im Internet fehlende Beziehung zum Geld, das dabei verspielt wird. Besonders deutlich ist das erhöhte Risiko

für Jugendliche durch Online-Spielen. Präventiv wären ein höheres Alterslimit (derzeit 16 Jahre, kaum überprüfbar), ein einheitliches Werbeverbot, deutlichere Warnhinweise und strengere Limits (derzeit € 500,- pro Woche!) zu fordern, weiters auch mehr finanzielle Unterstützung für Forschung und Therapie.

10. Forensische Aspekte

In der öffentlichen Diskussion wird „psychische Erkrankung“ häufig mit „Unzurechnungsfähigkeit“ gleichgesetzt. Dieser Auffassung muss aus forensischer Sicht entgegengetreten werden. Paragraph 11 des österreichischen Strafgesetzbuches definiert Unzurechnungsfähigkeit (Schuldunfähigkeit) so:

„Wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinn, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, handelt nicht schuldhaft.“

In der Praxis begehen spielsüchtige Personen, die straffällig werden, häufig Geldbeschaffungsdelikte wie Betrug, Diebstahl, Raubüberfälle etc. Bei suchtkranken Personen muss man – mit Ausnahme von akuten Rauschzuständen bei Substanzabhängigkeit – zwar von einer herabgesetzten Steuerungsfähigkeit bzw. Impulskontrolle ausgehen, was jedoch rechtlich keineswegs mit einer Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des Strafgesetzes gleichzusetzen ist.

Komorbide Störungen im Zusammenhang mit Spielsucht, wie z.B. organisch bedingte Persönlichkeitsveränderungen, können zu einer Einschränkung des Dispositionsvermögens, selten auch bis hin zur Unzurechnungsfähigkeit, führen. Eine andere mögliche Komorbidität sind endogene Psychosen, wo z.B. in akuten manischen Phasen eine Zurechnungsfähigkeit nicht gegeben sein wird. In symptomfreien Intervallen bzw. leichten Residualzuständen besteht oft nur ein eingeschränktes Diskretions- und Dispositionsvermögen.

11. Epidemiologische Fakten und präventive Überlegungen

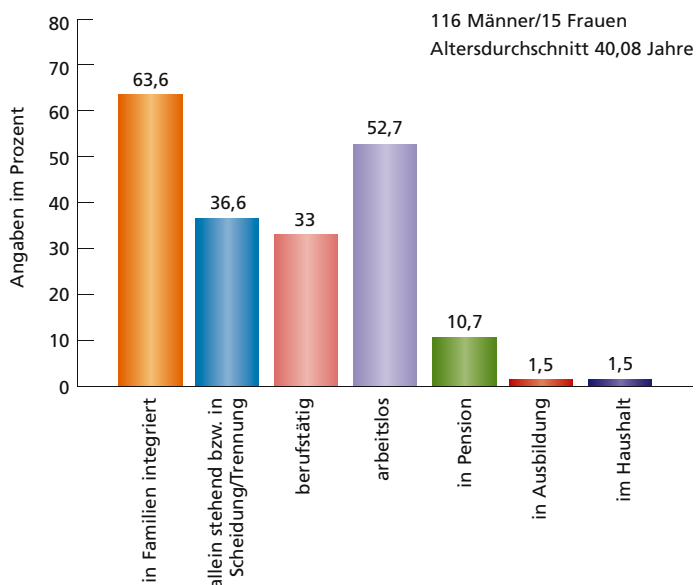
Zur Epidemiologie der Spielsucht liegen zumeist keine nationalen Daten vor, sondern eher regionale Untersuchungen oder grobe Schätzungen. Besser untersucht sind lediglich Risikokollektive bzw. vereinzelt spezielle Bevölkerungsgruppen wie z.B. Jugendliche. Studien aus Deutschland weisen u.a. darauf hin, dass die spontane Therapienachfrage bei pathologischen Spielern ausgesprochen gering ist. Daten aus der Schweiz zeigen eine Rate von 0,79% pathologischen und 2,18% problematischen Spielern. Demgegenüber zeigte eine Metaanalyse aus den USA und Kanada von Shaffer et al. 1997 einen Prozentsatz von 1,6% pathologischen Spielern („Level 3“, siehe Tabelle 5) bei Erwachsenen und von 3,66% bei Jugendlichen (bei College-Studenten sogar 4,67%).

Tabelle 5
Beurteilungskriterien für den Level der Spielsucht

Level 1	Geringe bzw. fehlende negative Konsequenzen
Level 2	Manifeste negative Konsequenzen („problematisches Spielen“)
Level 3	Krankhaftes Spielen

Nach Shaffer et al. 1997

Abbildung 3
Soziodemografische Daten eines Kollektivs
von 131 stationär behandelten Glücksspielern



Nach H. Scholz

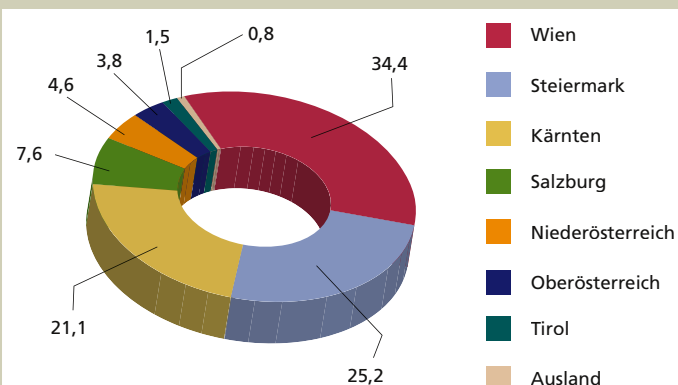
Diese Metaanalyse zeigt eine deutliche Zunahme krankhaften Spielens bei Erwachsenen in den davor liegenden zwei Jahrzehnten, weiters ein deutliches Überwiegen der Männer in allen Altersgruppen, gravierend höhere Raten pathologischen Spielens bei Vorliegen anderer psychischer Erkrankungen und eine signifikant höhere Prävalenz bei Jugendlichen. Das letztere bedrohliche Faktum wird von einer Studie aus Deutschland von Schmidt und Kähnert 2003 bestätigt, die bei immerhin neun Prozent der untersuchten Jugendlichen problematisches Spielverhalten fand. Kriterien waren häufigeres bzw. regelmäßiges Spielen mit höheren Ausgaben. Dies führt auch zu sozialen Konsequenzen wie Belügen der Eltern, Diebstähle oder Schulversagen, psychischen Folgen wie Substanzmissbrauch sowie Reduktion von Selbstwertgefühl und Zufriedenheit. In dieser Studie stellten sich Lebensalter und Geschlecht als Faktoren mit mäßigem Einfluss dar, während psychische Begletrisiken, andere Abhängigkeiten, soziale Probleme (z.B. Haft), Zahl der aufgestellten Automaten sowie Werbung und fehlender Spielerschutz Faktoren mit starkem Einfluss darstellten.

Tabelle 6
Differenzierung des Kollektivs aus
Abbildung 3 in Spielformen

Spielform	Häufigkeit (%)
Automaten und andere	45,8
Ausschließlich Automaten	39,7
Ausschließlich Casino	9,9
Ausschließlich Lotto/Toto	2,3
Ausschließlich Wetten	1,5
Ausschließlich Karten	0,8

Nach H. Scholz

Abbildung 4
Herkunftsverteilung des Kollektivs aus Abbildung 3



Für Österreich existieren keine globalen Studien, sondern nur regionale Angaben z.B. aus Wien oder Kärnten. Analog zu internationalen Angaben ist jedoch mit Prävalenzen pathologischen Spielens zwischen 0,5 und zwei Prozent zu rechnen. Dass die Prävalenzraten von der Gesetzeslage abhängen, ist offensichtlich. So betrug im Krankenhaus de La Tour in Treffen/Kärnten vor 1997 der Anteil der spielsüchtigen Patienten aus Kärnten unter einem Prozent. Nach der Legalisierung des „kleinen Glücksspiels“ in Kärnten stieg dieser Anteil auf mittlerweile über 15% an, und es entstanden Ambulanzen für Spieler in Klagenfurt und Villach.

Die soziodemographischen Daten eines in de La Tour behandelten Kollektivs zeigt Abbildung 3. Die Differenzierung in Spielformen findet sich in Tabelle 6.

In knapp 28,9% der Fälle findet sich eine familiäre Vorbelastung durch Sucht, bei 36,6% psychiatrische Zusatzdiagnosen wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, bipolare Störungen, Dysthymien oder schizophrene Residuen. 13,7% machten Suizidversuche. Zusätzlicher Missbrauch oder andere Abhängigkeiten fanden sich in 43,5% und kriminelle Delikte bei 26,7% dieses Kollektivs. Auffallend, aber nicht überraschend erscheint die Tatsache, dass die Bundesländer Wien (34,4%), Steiermark (25,2%) und Kärnten (22,1%), wo das Automatenenspiel erlaubt ist, den Löwenanteil der Patienten (zusammen 81,7%) stellen (siehe Abbildung 4).

Faktoren für die Zunahme der Spielsucht sind: eine Verbreiterung der Angebotspalette, eine Steigerung der Zahl der aufgestellten Geldspielautomaten, permissive gesetzliche Regelungen, leichte Zugänglichkeit für Jugendliche bei gescheiterten Kontrollmaßnahmen und letztlich die Inaktivität der politisch Verantwortlichen. Obwohl der Zusammenhang zwischen der Zahl der vorhandenen Automaten und der zunehmenden Gefährdung Jugendlicher gesichert ist, werden dennoch neue regionale Zulassungen für das „kleine Glücksspiel“ erteilt und Steuereinnahmen nicht in Therapie oder Prävention investiert.

Als präventive Aktivitäten für Österreich sind unbedingt zu fordern:

- ♣ eine österreichweite epidemiologische Untersuchung als Grundlage
- ♦ forciertes Jugendschutz
- ♥ Anerkennung des Krankheitscharakters der Spielsucht
- ♠ Begrenzung des Automatenspiels
- ♣ Einbeziehung und
- ♦ Schulung der operativen Mitarbeiter der Spielveranstalter und
- ♥ entsprechende präventive Öffentlichkeitsarbeit.

Speziell für Jugendliche sind darüber hinaus so genannte Lebenskompetenz-Förderungsprogramme notwendig. Darin können Kompetenzen im Umgang mit negativen Gefühlen, Ängsten und Selbstwertproblemen, Kompetenzen zur Stressbewältigung, Wissen über Spielen und Spielsucht und die Interessen der dahinter stehenden Industrie vermittelt sowie Elternschulung betrieben und Kontrolle der Betreiber im Sinne des Jugendschutzes eingefordert werden.

12. Therapiestrategien bei pathologischem Glücksspiel

Die Therapie von pathologischen SpielerInnen bedeutet aufgrund ihrer typischen, spezifischen Verhaltensweisen eine Herausforderung für die/den Therapeuten/In bzw. die therapeutische Gemeinschaft. So kommt es häufig zu Machtkämpfen („Austesten von Grenzen“), zur Infragestellung institutioneller Regeln und Beharren auf einem „Sonderstatus“. Die Abstinenzregel wird nur auf das Glücksspiel bezogen. Pathologische Spieler sind sehr schnell bereit, Vereinbarungen mit Therapeuten einzugehen, die später gebrochen werden; sie neigen zu überzogenem Optimismus im Bezug auf die schnelle

Wirksamkeit therapeutischer Interventionen. Forderungen und Verführungen gegenüber TherapeutInnen gehören zum Alltag, ebenso Probleme im Beziehungsaufbau. SpielerInnen spielen vor der Therapie, in der Therapie und mit den TherapeutInnen.

Die wesentlichen Inhalte einer spielsuchtspezifischen Gruppentherapie zeigt Tabelle 7.

Frauenspezifische Schwerpunkte in der Therapie bestehen in Schärfung der Sensibilität sich selbst gegenüber, Auflösung der alles dominierenden Fixierung auf das Spielverhalten, Reduktion dysfunktionaler Ohnmachts- und Schuldgefühle, Erarbeitung aktiver und adäquater Problemlösungsstrategien, Abbau von Schuld- und Schamgefühlen, Klärung der weiblichen Rollenanforderungen (gesellschaftlich und persönlich) und Ermutigung zu einem wohlwollenden Umgang mit sich selbst.

13. Medikamentöse Therapiemöglichkeiten der Spielsucht

Zur Pharmakotherapie der Spielsucht gibt es grundsätzlich zwei Ansätze. Eine Indikation wäre die Behandlung einer komorbiden psychischen Erkrankung (z.B. einer affektiven Störung), die bei diesen Patienten relativ häufig zu erwarten ist. Einer Theorie nach mag bei einem Teil der Patienten die stimulierende Wirkung des Glücksspiels bei bestehender depressiver Verstimmung zu Verbesserung der Stimmung eingesetzt werden. Die erfolgreiche Therapie der Depression mit einem Antidepressivum könnte daher auch den Drang zum Glücksspiel positiv beeinflussen. Dieser Ansatz erscheint plausibel, ist jedoch noch nicht systematisch untersucht worden. In einer plazebokontrollierten Studie konnte aber gezeigt werden, dass Patienten mit Glücksspielsucht, die gleichzeitig auch an einer Erkran-

Tabelle 7
Inhalte spielsuchtspezifischer Gruppentherapie

Thema	Vorgehen
Lebensereignisse und Spielproblematik	Lebens- und Entwicklungsgeschichte steht im Mittelpunkt.
Glücksspiel und zwischenmenschliche Beziehung	Analyse, wie Glücksspiel die sozialen Beziehungen der Betroffenen reguliert.
Glücksspiel und Emotionen	Analyse der Funktion des Glücksspiels bei der Bewältigung emotionaler Befindlichkeiten.
Glücksspiel und Kognitionen	Die sich im Verlauf der Spielproblematik ändernden Kognitionen werden thematisiert.
Verlusterlebnisse und Trauer	Analyse der symptomfreien Zeit.
Reizhung	Der durch das Spiel angeregte Erregungszustand (Realitätsflucht) steht im Mittelpunkt.
Auf der Flucht: Wovor? Wohin?	Das Abtauchen in eine Fantasiewelt wird reflektiert.
Lebensziele und Lebenszufriedenheit	Der Zugang zu den persönlichen Ressourcen bezüglich geheimer Wünsche und Werte soll gefunden werden (Potenziale für Neuorientierung).
„Mein Leben in zehn Jahren“	Eine Zukunftsorientierung soll erfolgen.
Prävention von Risikofaktoren	Analyse wesentlicher Aspekte der Rückfallprävention.

Nach B. Quantschnig, KH De La Tour, Treffen

kung des bipolar-affektiven Spektrums litten, sich unter einer Therapie mit Lithium bezüglich des Spielverhaltens besserten.

Der zweite Ansatz ist die Behandlung des Suchtverhaltens selbst, insbesondere die Verminderung des Verlangens nach der stimulierenden Wirkung des Glücksspiels. Als erstes wurden dabei SSRI untersucht. Es wurde davon ausgegangen, dass es sich bei der Spielsucht um eine Störung eines hypothetischen Spektrums der Zwangsstörungen handelt. An einem Ende dieses Spektrums soll nach dieser Hypothese die Zwangserkrankung, am anderen Ende Störungen der Impulskontrolle stehen. Obwohl klinisch unterschiedlich (bei der Zwangsstörung steht der als unangenehm erlebte Zwang im Vordergrund, und bei impulsiven Störungen wie der Spielsucht steht der als positiv erlebte Drang im Vordergrund), findet man bei diesen Störungen als Gemeinsamkeit eine veränderte Reaktion des serotonergen Systems.

In den letzten Jahren wurden mehrere plazebokontrollierte Studien mit verschiedenen SSRI (Fluvoxamin, Paroxetin und Sertralin) bei Patienten, die an Spielsucht leiden, durchgeführt. Um auszuschließen, dass eine eventuelle Besserung durch den antidepressiven Effekt zu erklären wäre, wurden bei allen Studien nur Patienten eingeschlossen, die nicht depressiv waren. Die Ergebnisse sind jedoch nicht einheitlich und zeigen überwiegend keinen Effekt der SSRI auf das Suchtverlangen. Während sich in jeweils einer Studie mit Fluvoxamin und mit Paroxetin, mit jeweils kleiner Fallzahl, verglichen mit Plazebo ein positiver Effekt auf den Drang und das Spielverhalten zeigte, konnte dies in zwei weiteren Studien mit denselben Medikamenten und etwas größerer Fallzahl nicht gezeigt werden. Auch in einer Studie mit Sertralin ergab sich unter dem Medikament kein signifikanter Unterschied zu den mit Plazebo behandelten Patienten.

Ein weiterer Ansatz, der auf die Verringerung des Suchtverlangens abzielt, ist der Opiatantagonist Naltrexon, der sich auch bei anderen stoffgebundenen Suchterkrankungen als wirksam erwiesen hat. Nach einer plazebokontrollierten Studie scheint Naltrexon auch bei der Spielsucht wirksam zu sein. Eine höhere Dosis, ca. 100 bis 200mg/Tag, scheint hier notwendig zu sein. Die Wirksamkeit sollte jedoch noch durch umfangreichere Untersuchungen bestätigt werden.

Der Effekt einer medikamentösen Therapie ist nur schrittweise über mehrere Wochen oder Monate zu erwarten. Die notwendige Dauer der Therapie ist noch unklar, sie mag bei mindestens sechs bis zwölf Monate liegen.

Ein in allen Studien beobachteter relativ starker Plazeboeffekt (ca. 30 bis 70%) weist auf die Bedeutung soziotherapeutischer Maßnahmen (wie z.B. Aufbau der Motivation und Krankheitseinsicht) bei der Behandlung der Spielsucht hin. Die hohe Rate von Therapieabbrüchen (ca. 40%), die nicht allein durch Nebenwirkungen erklärbar sind, weist

auf die schwankende Therapiemotivation bei Patienten, die an Spielsucht leiden, hin.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Behandlung der Spielsucht in erster Linie psychotherapeutische Maßnahmen wichtig sind, wie der Aufbau der Krankheitseinsicht und damit die Förderung einer stabilen Motivation zur Abstinenz, aber auch die Erkenntnis bezüglich aufrechterhaltender Mechanismen. Die medikamentöse Therapie erscheint primär sinnvoll bei entsprechender Komorbidität (z.B. affektive Erkrankung) oder als zweiter Schritt bei Patienten, die nicht ausreichend auf psychotherapeutische Interventionen angesprochen haben. In diesem Fall wäre ein Therapieversuch mit Naltrexon zu erwägen.

14. Ambulante Behandlung von pathologischen Spielern

Am Beispiel der Klientel und den über 20-jährigen Erfahrungen des „AS Beratungs- und Therapiezentrum für Glücksspielabhängige und Angehörige“ in Wien, können sowohl die Gruppe der Hilfe suchenden Glücksspieler/innen als auch die erfahrungsgemäß wichtigsten Parameter der ambulanten Behandlung spielsüchtiger Personen beschrieben und definiert werden.

Es handelt sich um ein kostenloses, multiprofessionelles (ein Psychiater, fünf Psychologinnen und Psychotherapeutinnen, zwei Sozialarbeiterinnen/Schuldnerberaterinnen) und multilinguales Beratungs- und Therapieangebot ohne Zugangsbeschränkungen, mit bewusst kurz gehaltenen Wartezeiten. Ersttermine sind meist in weniger als einer Woche zu haben. Jährlich werden im AS-Zentrum rund 1.000 Personen beraten, davon 60% Betroffene und 40% Angehörige.

Häufig beginnt die Behandlung mit einer Krisenintervention und einer psychosozialen Akutversorgung (Beispiele: Krise nach einem Spielrückfall und verspieltem Weihnachtsgeld; Familienkrise bei drohender Wohnungsdelegierung aufgrund der Spielsucht des Mannes, von der die Ehefrau bisher nichts gewusst hat; Krise nach einem Spielrückfall, währenddessen das Geld aus der Firmenkassa genommen wurde und bisher noch nicht zurückgelegt werden konnte).

In der Erstgesprächsphase soll nach einer ausführlichen diagnostischen Abklärung und (spiel-)suchtspezifischen Anamnese die Entscheidung über die weiteren Schritte im Rahmen eines bedarfs- und fallorientierten Behandlungsplanes erfolgen. Den Behandlungsplan kennzeichnet ein mehrdimensionales Vorgehen und eine parallele Nutzung mehrerer Angebote. Neben Psychotherapie im Einzel-, Familien- und Gruppensetting sind dabei auch Sozial- und Schuldnerberatung, psychiatrische Konsulta-

tion und Behandlung, Vorbereitung auf eine eventuelle spielsuchtspezifische stationäre Therapie bzw. Nachbetreuung nach einer solchen sowie Beratung und Betreuung von Angehörigen von Bedeutung.

Inhaltliche Schwerpunkte in der spezifischen Spielsuchttherapie bilden sowohl die Spielsucht selbst als auch die Folge- und die möglicherweise länger bestehenden Hintergrundprobleme. Im Verlauf der Therapie sollen die Veränderungsmotivation aufrechterhalten und stabilisiert sowie die Ambivalenz dem Glücksspiel gegenüber mit seinen emotionalen, familiären, beruflichen und existenziellen Folgen und die Trauer um die vielschichtigen Verluste (verlorene Zeit, Geld, Entwicklungsmöglichkeiten, Ausbildungs- und Berufschancen, Beziehungen, die Möglichkeit der Teilnahme an der Entwicklung der Kinder u.v.m) therapeutisch aufgearbeitet werden.

Als Ziel weiterer Therapie gelten das Erreichen, Stabilisieren und Aufrechterhalten der Glücksspielabstinenz und das Erkennen der Suchtmechanismen des Glücksspiels. Die therapeutische Auseinandersetzung mit der Funktionalität des Glücksspielverhaltens und den individuellen Auslösefaktoren und Problembereichen stellt einen weiteren wesentlichen Therapieschritt dar. Andere wichtige Bestandteile der therapeutischen Arbeit bilden die Rückfallprophylaxe: Rückfallverhinderung/-Aufarbeitung, Stress-/Konfliktmanagement bzw. Themen der gesunden Lebensführung.

Parallele sozialtherapeutische Maßnahmen wie Unterstützung beim Geldmanagement und bei der Schuldenregulierung runden das therapeutische Angebot ab und sollen helfen, konstruktive, realistische Perspektiven der existenziellen Lebensbewältigung zu entwerfen.

Nachdem typischerweise auch die Angehörigen, einerseits im Sinne einer Interaktion, andererseits auch durch die daraus entstandenen eigenen Krisen, betroffen sind, sind systemisch orientierte familientherapeutische einzel-, paar-, familien- bzw. gruppentherapeutische Interventionen und eine Angehörigenberatung und Betreuung notwendig.

15. Fazit

Spielen ist etwas Urmenschliches. Eine Gesellschaft, die den Menschen so viele Möglichkeiten zum Spielen rund um die Uhr gibt, müsste allerdings auch die Ressourcen bereitstellen, um jene zu behandeln, die an krankhafter Spielabhängigkeit erkranken, zumal diese Gesellschaft aus dem Glücksspiel doch beträchtliche Einnahmen lukriert. Aus diesem Geldtopf sind Mittel für Prävention und Behandlung der Spielsucht zu fordern. ■

