© Fotolia/Frank Peters

Spielsucht

„Das Suchtmodell passt nicht auf exzessives Verhalten“

„Wenn exzessives Verhalten zur Sucht wird“ – so der Titel eines Beitrags in der Novemberausgabe der InFo Neurologie & Psychiatrie 2017. Der Psychiater und Verhaltenstherapeut Professor Iver Hand mahnt jedoch, den Suchtbegriff nicht leichtfertig zu verwenden. Das schade den meisten Betroffenen mehr, als es ihnen nütze.

Sie kritisieren, dass exzessives Verhalten zu schnell als Sucht beschrieben wird. Weshalb ist das ein Problem?

Professor Iver Hand: Die klassische Suchtdefinition, die für stoffgebundene Süchte konzipiert wurde, passt nur auf die wenigsten Menschen mit exzessivem Verhalten. Nach der klassischen Definition fühlen sich Suchtkranke ihrem „Suchtdruck“ hilflos ausgeliefert, sie „müssen“ diesem nachgeben. Wenn sie sich aber so aufgegeben haben, sind sie für eine Psychotherapie kaum erreichbar. Dieser Zustand ist jedoch die große Ausnahme unter denen, die aufgrund von exzessivem Verhalten Hilfe suchen. Für sie benötige ich ein ganz anderes Störungsmodell.

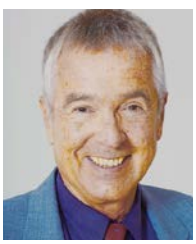
Weshalb?

Hand: Wenn ich nach dem klassischen Suchtbegriff vermittle „Deine Krankheit ist chronisch, du bekommst immer wieder Rückfälle, dagegen bist du alleine machtlos“, tue ich etwas höchst Bedenkliches: Ich reduziere den Willen und die Fähigkeit des Betroffenen, mit exzessivem Verhalten kompetent umzugehen. Ich implantiere ein Krankheitsmodell, das so pauschal nicht zu rechtfertigen ist. Es gibt Studien, nach denen exzessives Verhalten keineswegs überwiegend chronisch verläuft. Ein chronischer Verlauf wird in dem Beitrag auch damit begründet, dass es regelmäßig Rückfälle gäbe. Die sind per se aber kein Kriterium für eine chronische Krankheit und auch nicht immer therapiebedürftig. Bezüglich ihrer Qualität und Quantität hängen sie meist von individuellen und sozialen Risikofaktoren ab. Diese werden während einer Verhaltenstherapie identifiziert, ihre Bewältigung wird geübt – und im Idealfall vom Betroffenen nach einer Therapie eigenständig angewendet.

Wie sollten Therapeuten stattdessen vorgehen?

Hand: Exzessives Verhalten ist ätiologisch ein sehr heterogenes Symptomverhalten und keine übergeordnete Diagnose. Ich muss also schauen, welche Störung diesem zugrunde liegt. Damit meine ich nicht Störungen nach DSM oder ICD sondern im psychopathologischen und verhaltensanalytischen Sinne. Der Therapeut muss klären, ob oder welche „Komorbidität“ bei dem exzessiven Symptomverhalten vorliegt: Weitaus am häufigsten ist eine sogenannte neurotische Störung. Danach spielen auch drogenbezogene Suchterkrankungen eine deutliche Rolle. Erheblich seltener findet man eine (hypo-)manische oder depressive Phase einer bipolaren Erkrankung, und noch seltener eine hirnorganische Störung. Bezüglich dieser „Komorbiditäten“ sollte dann möglichst ein ätiologisch hierarchisiertes Störungsmodell abgeleitet werden. Ferner sind – gemeinsam mit den Betroffenen und oft auch deren Angehörigen – die meistens vorliegenden intrapsychischen und/oder interaktionellen Funktionalitäten des Symptomverhaltens herauszuarbeiten. Aus den Gesamtergebnissen lässt sich dann ein individualisierter, angemessener Behandlungsplan ableiten. So versuchen wir zu klä-

Zur Person



Professor Dr. med. Iver Hand

leitet das „Spieler-Projekt“ am MVZ Falkenried in Hamburg. Zuvor war er Leiter des Arbeitsbereichs Verhaltenstherapie am UKE Hamburg, wo er dieses Projekt bereits 1984 gestartet und bis 2008 geleitet hat. www.spielerprojekt-prof-hand.vt-falkenried.de.

ren: „Warum will ein Spieler unbedingt, was er nach dem Willen seines Umfeldes nicht wollen soll?“. „Spielsuchtexperten“ ohne psychopathologische und psychotherapeutische Ausbildung wird dies kaum gelingen.

Was genau meinen Sie mit „Funktionalitäten“?
Hand: Ich meine den „psychischen Zweck“, den das Spielverhalten hypothetisch für den Spieler erfüllt. Ein Beispiel zur intraindividuellen wie zur interaktionellen Funktionalität: Ein Mann will seine Partnerin verlassen, zugleich aber nicht verlieren. Um sich von dieser quälenden depressiogenen Ambivalenz abzulenken, fängt er an zu spielen (initiale intraindividuelle Funktionalität). Die Partnerin fordert wiederholt: „Hör auf damit“. Das tut er jeweils kurzzeitig, spielt dann aber erneut und mit erhöhten Einsätzen. Dann droht sie, ihn nach einem weiteren Rückfall endgültig zu verlassen. Bald darauf spielt er wieder, nun mit einem provokativ hohen Verlust. Hier sehen wir einen misslingenden Problemlöseversuch aus Hilflosigkeit. Im günstigen Fall kommen beide jetzt zum Therapeuten. Dieser kann, nach Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, spielerisch („Was mir gerade durch den Kopf geht, kann stimmen, kann aber auch völlig absurd sein – was meinen sie dazu“) die Hypothese vorstellen, dass die aus Hilflosigkeit entstandene „nicht gewusste Intention“ des Spielers war, die Partnerin zu der Trennung zu provozieren, zu der ihm der Mut fehlte (interaktionelle Funktionalität). Aus dieser Situation ergeben sich dann von Fall zu Fall unterschiedliche Entwicklungen.

Wann liegt denn nun ein Suchtverhalten vor, wann nicht?
Hand: Wir unterscheiden aus therapeutischen Gründen drei Spieler-„Typen“: Die mit weitem Abstand häufigsten sind die „sozialen Spieler“. Rund 80 % der Bevölkerung haben im Laufe ihres Lebens Glücksspielerfahrung. Die weitaus meisten scheinen damit ohne Therapie gut umgehen zu können. Die zweite Gruppe ist die der problematischen oder pathologischen Spieler. In unserem Kulturkreis sind das vor allem die „Vermeidungsspieler“, die sich mit dem Spielen (meist „low skill“ Spielformen) von negativen Gefühlen oder Grübeleien ablenken wollen (intraindividuelle Funktion der „negativen Verstärkung“). Einige beginnen problematisches Glücksspielen aber auch als „Actionspieler“, die auf einen Kick aus sind („positive Verstärkung“) und eher „high skill“ Spielformen wählen. Deren soziales Spielen eskaliert irgendwann aus unterschiedlichen Gründen und sie spielen schließlich auch, um sich von den negativen Folgen (z. B. Verschuldung, Beziehungsprobleme) abzulenken (negative Verstärkung). Schließlich haben wir die „präsuizidalen Spieler“, die sich geistig, körperlich und sozial zunehmend ruinieren, ähnlich wie Alkohol- und Heroinabhängige. Sie kann man hinsichtlich der therapeutischen Konsequenzen auch als süchtig bezeichnen. Sie zerstören sich selbst und ihre Familien anhaltend durch massive Verschuldung , nachdem sie vorher meist schon ihre Sozialkontakte abgestoßen haben. Zum Schluss heißt es gelegentlich sogar: Jetzt mach ich noch ein großes Ding (zur Geldbeschaffung), setze dann im Kasino alles auf Rot, und wenn es schief geht, liegt zu Hause eine geladene Pistole (analog: weiter trinkender Alkoholiker mit Leberzirrhose; goldener Schuss beim Heroinsüchtigen). Solche Menschen sind, zumindest initial, für die Psychotherapie kaum zugänglich. Hier greift eher die klassische Suchttherapie als einzige Möglichkeit, aus einer lebensbedrohlichen Situation herauszukommen.

Es wird also oft das falsche Etikett vergeben, ohne auf das eigentliche Problem einzugehen?
Hand: Genau, wir sehen einen inflationären Gebrauch des Suchtbegriffs, der dadurch seine Bedeutung verliert. Ich kann nicht die klassischen Suchtkriterien benutzen und dann empfehlen: Zur Behandlung ist nicht die Suchttherapie, sondern die Verhaltenstherapie am besten geeignet. Da passen Diagnostik und Therapie absolut nicht zusammen.

Welche Bedeutung hat die Suchtdiagnose für die Versorgung? Gehen die Betroffenen damit meist in eine Suchteinrichtung?
Hand: Tatsächlich sehen wir einen Verteilungskampf zwischen den Versorgungseinrichtungen, seit das Bundesverfassungsgericht 2006 geurteilt hat, dass Spielen süchtig machen kann und Anbieter von staatlich lizensierten Glücksspielen Geld für Prävention und Therapie zur Verfügung stellen müssen. Plötzlich schossen in Deutschland „Glücksspielexperten“ und Spielsuchtberatungsstellen wie Pilze aus dem Boden. Zuvor hat das Thema Therapieanbieter außerhalb der Suchteinrichtungen kaum interessiert. In der stationären Versorgung streiten seither Suchtkliniken und psychotherapeutisch-psychosomatische Kliniken um die Zuständigkeit. In der ambulanten Versorgung stehen sich Suchtberatungsstellen mit Sozialarbeitern (meist ohne Verhaltenstherapeuten) und Verhaltenstherapiepraxen (meist ohne Sozialarbeiter) gegenüber. In den Psychotherapierichtlinien der KBV und GKVen wird von den Therapeuten verlangt, bei Suchtkranken innerhalb der ersten zehn Sitzungen Abstinenz zu erreichen oder sie in eine Suchteinrichtung zu verweisen. Dass dies bei als Sucht bezeichneten Verhaltensexzessen nicht gilt, dürfte den meisten Therapeuten kaum bekannt sein und entsprechend für Unsicherheit sorgen. Wir haben 2013 anhand der Publikationen aus den Jahren 2008 bis 2011 recherchiert, wohin Hilfe suchende Spieler gingen und was aus ihnen wurde. Es zeigte sich, dass in den letzten Jahren mehr Spieler als früher eine Suchtberatung aufsuchten. Über die Hälfte von ihnen tauchte aber nach dem Erstkontakt dort nicht mehr auf. Und die meisten, die sich auf die angebotene acht- bis zwölfstündige Beratung einließen, brachen nach drei bis sechs Sitzungen ab. Über die Inanspruchnahme ambulanter Verhaltenstherapie gibt es keine vergleichbaren Daten. Unsere eigene Erfahrung zeigte, dass auch hier deutlich mehr Spieler als Patienten aus anderen Diagnosegruppen vorzeitig abbrachen, aber bei weitem nicht in diesem Ausmaß.

Woran liegt das?
Hand: Mitarbeiter in Suchberatungen sind vor allem auf Patienten mit stoffgebundenen Süchten eingestellt. Sozialarbeiter zum Beispiel können Süchtigen bei der Bewältigung ihrer Drogen- und Lebensprobleme helfen, nicht jedoch bei spezifischem Bedarf für eine Verhaltenstherapie. Etliche Suchtberater wollen selbst nicht, dass der Suchtbegriff in Richtung exzessives Verhalten verwässert wird. Umgekehrt gibt es niedergelassene Verhaltenstherapeuten, die Betroffene mit der übernommenen Diagnose „Spielsucht“ in Suchtberatungsstellen weiterschicken. Hier muss man sich erneut fragen: Wenn für jemanden eine Verhaltenstherapie das Beste ist, weshalb bekommt er dann eine Suchtdiagnose? Und wann kommen wir endlich zu einer praxisgerechten differenziellen Indikationsstellung für die eine oder die andere Form der Beratung beziehungsweise Therapie?

Die Fragen stellte Thomas Müller, Springer Medizin.