

# THERAPIEKONZEPT PATHOLOGISCHE GLÜCKSSPIELSUCHT



# PATHOLOGISCHE GLÜCKSSPIELSUCHT



### ➤ **Störungsbild:**

Die Glücksspielsucht wird erst seit 1980 als eigenständiges psychisches Störungsbild in den internationalen Klassifikationssystemen DSM-III und später ICD-10 diskutiert. Geschichtlich betrachtet ist die Glücksspielsucht vermutlich bereits seit vielen hundert Jahren existent.

(„Ich glaube, dass das Würfelspiel genau dieselbe Wirkung hat wie der Wein“, Pascasius lustus, 1561)

Hauptkriterien des ICD-10 sind:

- Dauerndes, wiederholtes Glücksspiel
- Anhaltendes und oft noch gesteigertes Glücksspielen trotz negativer Konsequenzen

Schätzungen gehen von derzeit ca. 300.000 Betroffenen aus, Tendenz zunehmend. Die Zahl der stationären Behandlungen von pathologischen Glücksspielern hat sich von 2000 -2010 verdreifacht. Männer sind mit ca. 80% deutlich häufiger betroffen.

Das pathologische Spielen und die Substanzabhängigkeit zeigen dabei weitreichende Übereinstimmungen in den Bereichen diagnostische Kriterien, Phänomenologie, Epidemiologie sowie klinischen, genetischen und biologischen Aspekten auf (Potenza 2006; Grüsser & Thalemann 2006, Wölfling et al., 2009).

Folgerichtig wird daher die pathologische Glücksspielsucht in der geplanten fünften Auflage des DSM V, dessen Revision voraussichtlich im Mai 2013 erscheint, als Verhaltenssucht kodiert und zu den Abhängigkeitserkrankungen gezählt.

Insgesamt liegen bisher relativ wenig Studien zu neuronalen Aktivitäten und kognitiven Prozessen bei pathologischen Glücksspielern vor, es ist jedoch anzunehmen, dass sich wie bei stoffgebundenen Süchten typische Gedächtnisstrukturen (sogenanntes Suchtgedächtnis) entwickelt, welches zu einer Überaktivierung belohnungsbezogener und motivationaler Regelkreise führt und den Einfluss von kognitiver Kontrolle auf motivationale Regelkreisläufe verhindert.

### ➤ **Zielgruppe/Indikationen:**

Dieses Schwerpunktprogramm richtet sich an Menschen, die unter pathologischer Glücksspielsucht leiden. Diese Störung besteht nach der ICD-10 in häufig wiederholtem, episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung der Betroffenen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Die Betroffenen beschreiben einen intensiven, kaum kontrollierbaren Spieltrieb. Dabei gehen zunehmend die Bedeutung und der Wert des Geldes verloren, Geld ist letztlich nur noch das Suchtmittel.

Häufigster Glücksspielart ist dabei das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen, gefolgt von Casinospielern.

Da es sich bei der Glücksspielsucht auch um eine Impulskontrollstörung handeln kann werden auch Patienten mit Kaufsucht oder PC-Spielsucht in dem Team behandelt.

### ➤ **Therapiekonzept/Therapiebausteine:**

Initialphase (1.-2.Woche)

Die Initialphase unterscheidet sich im Schwerpunktprogramm „Pathologisches Glücksspiel“ insofern von den anderen Programmen, als dass es sich um eine „Probezeit“ handelt. Erfahrungsgemäß ist die Motivation bei den Patienten zum Teil extrinsisch, so dass hier, wenn nötig auch an der Erarbeitung von Krankheitseinsicht, Abstinenzmotivation und Veränderungsmotivation gearbeitet werden kann. Dabei kommen Strategien der motivationalen Gesprächsführung zum Einsatz.

Erfahrungsgemäß steigt die Wahrscheinlichkeit eines Therapieabbruchs mit der Anzahl vorangegangener Therapieabbrüche. Sie liegt bei den Spielern ähnlich hoch wie bei Alkoholikern (5-20%, Meyer, Bachmann, 2005) und bedeutet zum einen eine enorme Belastung für den Spieler selber, bedeutet aber auch enorme Unruhe und Verunsicherung bei den in der Klinik zurückbleibenden Spielern. Aus diesen Gründen wird in der Initialphase zusätzlich eine detaillierte Verhaltens- und Bedingungsanalyse des letzten Therapieabbruchs oder auch der letzten disziplinarischen Entlassung erstellt.

➤ **Therapiephase (3.-10. Woche):**

Die gewünschten Veränderungs- und Lernprozesse während dieser Therapiephase basieren auf den erarbeiteten Zielen und gestalten sich in einem Zusammenwirken unterschiedlicher Module.

Störungsspezifisch findet vor allem ein kognitiv-verhaltens-therapeutisches Vorgehen statt. Das Therapiekonzept ist vor allem Gruppenorientiert. In der Gruppe Umgang mit Gefühlen/Soziale Kompetenz geht es vor allem um Umgang mit Gefühlen, Soziales Kompetenztraining, Selbstwertprobleme, etc. In der Spielergruppe werden die Themen Erregungssteuerung/Impulskontrolle (Entwicklung von Fähigkeiten, die für die Selbstregulation und Selbstkontrolle psychophysischer Aktivierungsvorgänge erforderlich sind. Es geht zum einen darum, ein zu hohes Maß an Erregung senken und zum anderen, ein zu geringes Maß an Erregung anheben zu können), Vermittlung von störungsspezifischem Wissen, Geldmanagement (Beschäftigung mit der genauen Auflistung der Schulden, Erstellung eines konkreten Haushaltsplans, Kontakte zur Schuldnerberatung etc), sowie Rückfallprophylaxe (Hier werden u. a. rückfallriskante Situationen und Bewältigungsstrategien besprochen, die auf die einzelnen Teilnehmer zugeschnitten sind. Des Weiteren geht es um die Erarbeitung von individuellen Frühwarnzeichen und um die Erstellung eines so genannten „Notfallkärtchens“), bearbeitet. Die Bezugsgruppe ist eine selbstgeleitete Gruppe, bei der die Patienten ähnlich einer Selbsthilfegruppe selbstverantwortlich moderieren und teilnehmen. In der Basisgruppe werden interaktionelle Störungen, Fragen oder Schwierigkeiten mit dem Therapiekonzept oder Regeln sowie weitere Themen besprochen.

Begleitend finden Sportangebote, Gestaltungs- und Ergotherapieangebote, sowie indikativ Bewerbertraining, Informationsveranstaltungen des klinischen Sozialdienstes sowie auch spezifische Berufsbezogene Gruppen (Umgang mit Stress, Mobbing, etc. statt).

➤ **Abschlussphase (10-12. Woche):**

Die Abschlussphase unterscheidet sich in den übergeordneten Themen nicht von der in den anderen Schwerpunktprogrammen. Fragen und Aufgaben des Transfers und der Generalisierung erworbener Kompetenzen auf die Bedingungen im Alltag stehen im Vordergrund sowie eine ausführliche Rückfallprophylaxe. Eine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle und an eine Selbsthilfegruppe hat meist bereits vor der Aufnahme stattgefunden und wird auch als Anschlussbehandlung empfohlen. Dabei wird, wenn notwendig, bereits ein Antrag auf ambulante Reha von uns an den Rentenversicherungsträger gestellt.

➤ **Wege zur Reha/ Antragsprocedere:**

Üblicherweise findet eine Vorbehandlung/Motivation in einer Suchtberatungsstelle oder ähnlichem statt. Dort wird ein Sozialbericht erstellt und zusammen mit dem Antrag auf Reha beim zuständigen Kostenträger, meist die Deutsche Rentenversicherung, in Einzelfällen auch eine Krankenkasse oder die Beihilfe, gestellt. Nach erfolgter Kostenzusage und Überprüfung des Akteneingangs bzgl. Contraindikation bzw. Passung zwischen Patient und Klinik wird dann von der Patientenverwaltung ein Aufnahmetermin vereinbart und die entsprechenden Unterlagen (Hausordnung, etc.) dem Patienten zugesandt.

➤ **Ansprechpartner**

Dipl.-Psych. Jan Paul Bieniek  
Klinisch Psychologische Leitung

Telefon: 02974-73-2106  
E-Mail: jan-paul.bieniek@johannesbad.com  
Homepage: www.fachklinik-hochsauerland.de

Johannesbad Fachklinik Hochsauerland  
Zu den drei Buchen 2  
57392 Schmallenberg – Bad Fredeburg