

Wissenschaftliche Fachtagung des Fachverbandes Glücksspielsucht e. V.

„Der Spieler und der Psychiater“ –
Sozialpsychiatrische Perspektiven

01.12.2017

Ulrich Kemper, Gütersloh

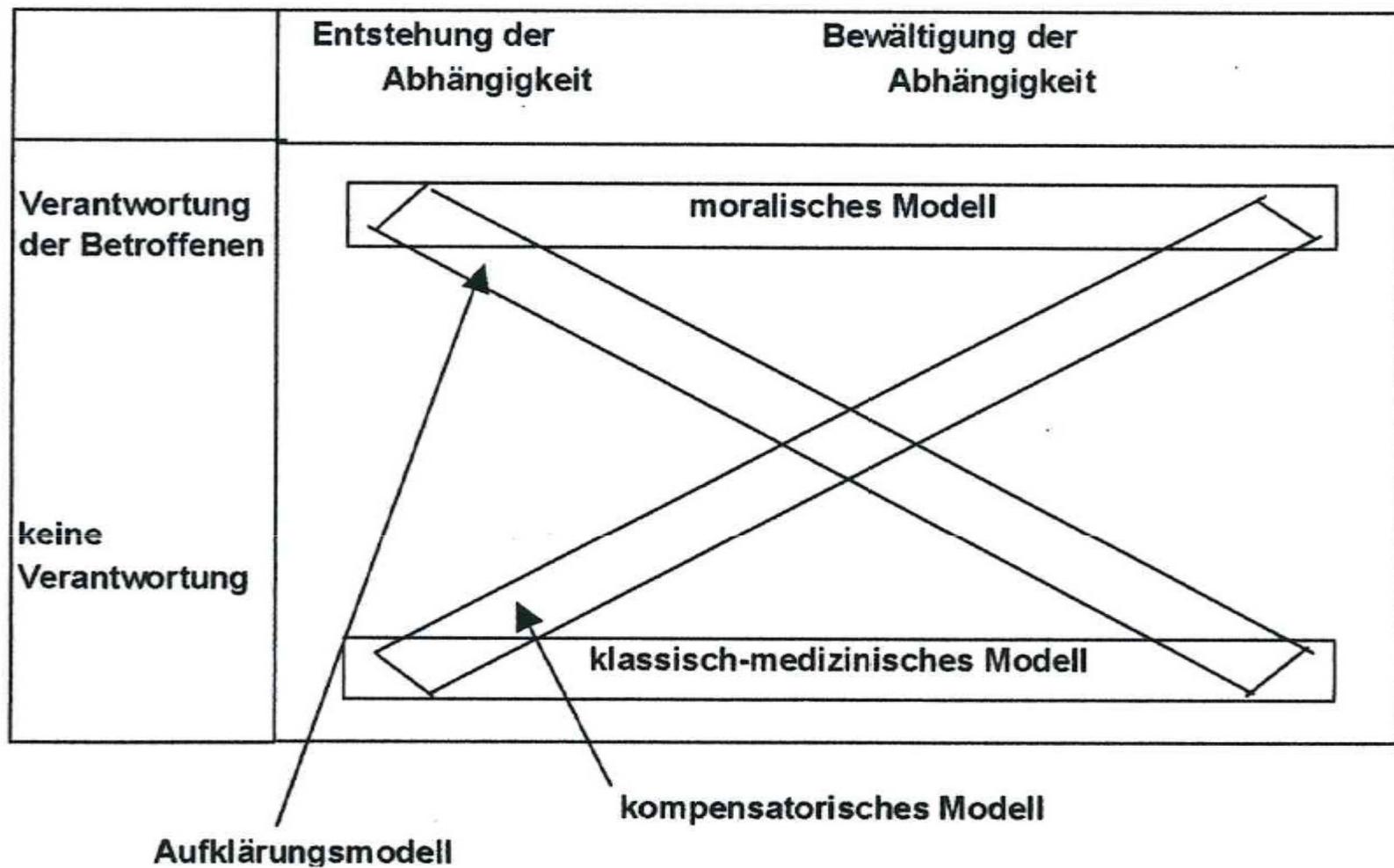
LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Fimplakat Dr. Mabuse

„Wir haben eine gewisse Anzahl von ihnen aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun. Sie können nicht geheilt werden, sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung um Gleichmut zu bewahren gegenüber solcher Mischung aus Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand.

(Pelmann 1885)



Grundmodelle hinsichtlich Sucht und Verantwortlichkeit des Betroffenen nach Brickmann et al (1982)

Das moralische Modell:

Beim moralischen Modell trägt der Süchtige sowohl für die Entstehung als auch für die Bewältigung der Sucht die Verantwortung. Ob dies mit einem Defizit an Willen oder als moralische Verfehlung interpretiert wird, ist dabei letztlich unerheblich. Dieses Modell spielt in der Behandlung keine Rolle, dürfte aber im Alltagsverständnis von Sucht von Bedeutung sein.

aus Kufner 1998

Das klassisch medizinische Modell:

Der Patient trägt weder für die Entstehung noch für die Bewältigung der Sucht die Verantwortung. Dieses Modell entspricht mehr dem Vorgehen in der biologischen und medikamentös orientierten Psychiatrie.

Das kompensatorische Modell:

Der Betroffene hat keine Verantwortung für die Entstehung, sehr wohl aber für die Bewältigung der Sucht. Dieses Modell erscheint bei der Suchtbehandlung, aber nicht nur bei dieser, am weitesten verbreitet. Es passt meines Erachtens am besten zu einem psychotherapeutischen Behandlungsansatz.

Das Aufklärungsmodell:

Der Betroffene ist zwar verantwortlich dafür, dass er in die Sucht hineingeraten ist, aber durch die Abhängigkeit ist er stark beeinträchtigt und geschädigt, so dass er nicht mehr für die Problembewältigung verantwortlich gemacht werden kann.

Warum es Psychiatern mit Spielern schwer haben

**Ein zentrales Problem narzisstischer Patienten liegt in ihrer Unfähigkeit vom Therapeuten abhängig zu sein.
(Kernberg 2005)**

Patienten rivalisieren mit den Therapeuten

**Es kommt zur Idealisierung des Therapeuten, die in
Entwertung und Verachtung umschlagen kann.**

**Starke Aggression führt zu Angriffen auf den
Therapeuten, die diesen in der Gegenübertragung
zum „Zurückschlagen“ provozieren soll, um ihm
anschließend aggressives und destruktives Verhaltens
vorwerfen zu können.**

Syndrom der Arroganz als Abwehr der Unsicherheit

Die Geschichte vom Wasserträger

Die Patientin steht in der Hölle, in einem tiefen schwarzen Loch, auf glühenden Kohlen. Sie schreit laut um Hilfe. Die Therapeutin sitzt hoch oben, am Rande des Ausganges, den weiten blauen Himmel über sich. Sie läuft und holt Wasser, klettert mit dem Kübel ein Stück die dort hängende Leiter Leiter hinunter und schüttet kühlendes Wasser auf die brennenden Füße der Patientin.

Nach kurzer Zeit schreit diese immer lauter um Hilfe, um Wasser.

Warum helfen Sie mir nicht? Sehen Sie nicht, wie ich leide?

Lässt Sie das total kalt? So helfen Sie mir doch, es tut so weh!

Die Therapeutin holt Kübel um Kübel und klettert auf und ab, bis sie nicht mehr kann...

„dialektisches Dilemma“

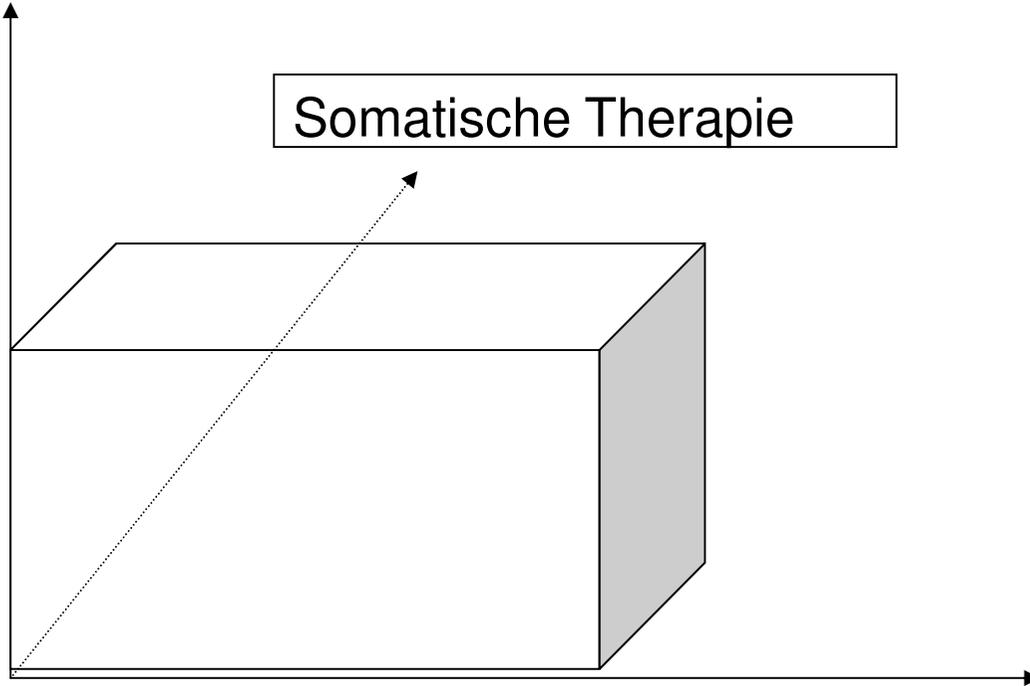
Die Notwendigkeit auf die Erwartungshaltungen des Patienten einzugehen steht der Notwendigkeit dysfunktionalen Grundannahmen des Patienten zu widersprechen gegenüber.

Soziale Unterstützung

Somatische Therapie

Psychotherapie

Dimensionen der Suchttherapie



Diagnose

Aufgabe des Psychiaters ist das Stellen von Diagnosen

Diagnose

- Sie erfüllen ein Ordnungsbedürfnis
- Sie haben damit einen Erkenntniszweck

Diagnose

Medien der Kommunikation und Administration

- **Arzt/Patient**
- **Krankenkasse**
- **Arzt/Arzt**

Diagnose

- **Medien der Forschung**
- **Begründen Therapie**
- **„Sedativa“**
 - **Entlastung des Betroffenen**
 - **Entlastung der Gesellschaft**

Psychiatrische Diagnostik

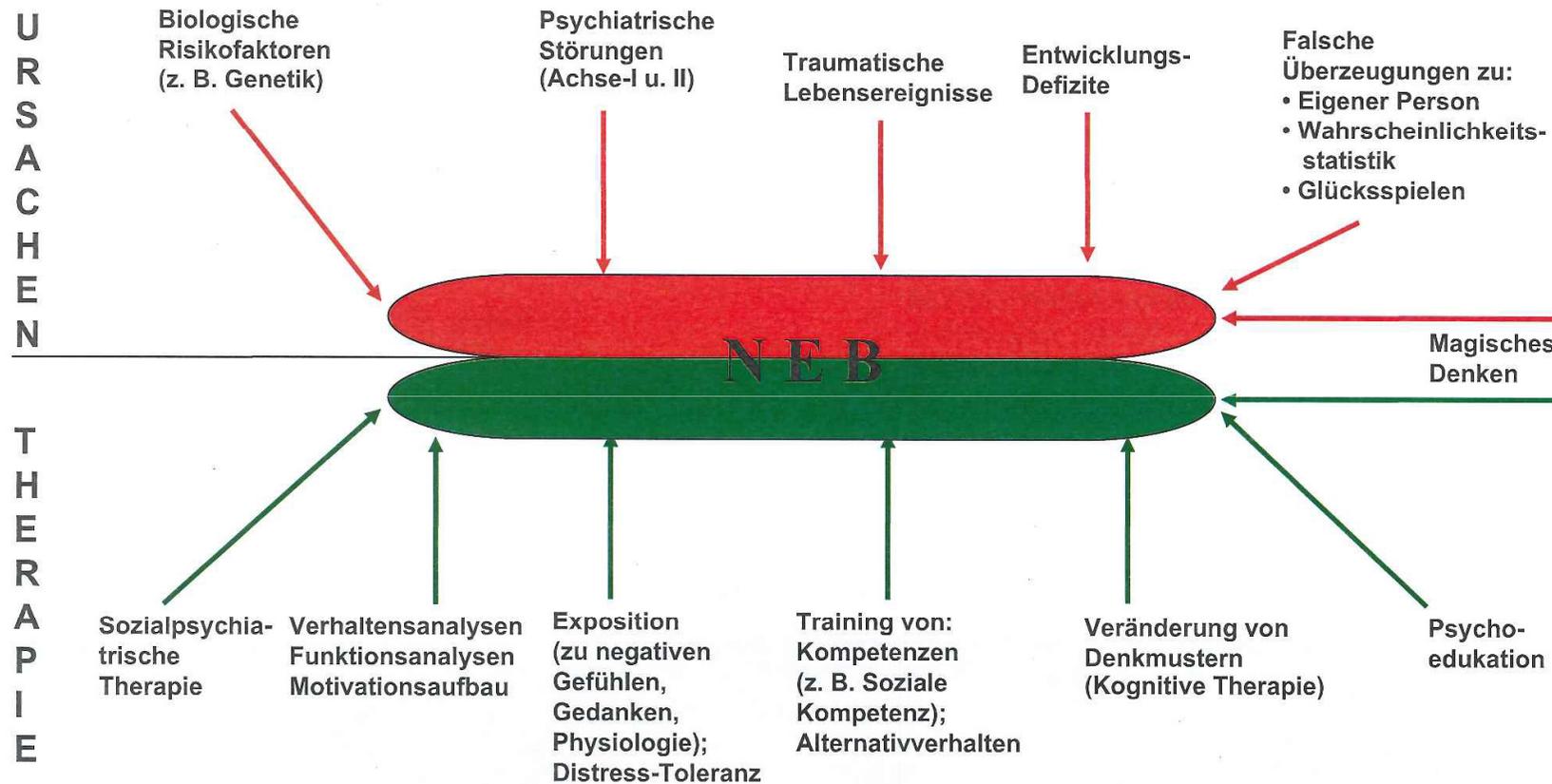
Schichtenregelung (Jaspers):

- Nur die tiefer liegende Erkrankung wird diagnostiziert

Multimorbidität (seit 1987/ ICD-10):

- Alle psychiatrischen und körperlichen Erkrankungen sind einzeln als Diagnose zu erfassen

Verhaltenstherapie: Problem spezifische Intervention bei NEB



Verhaltenstherapie: Verstärker - spezifisch

<p>SUB-TYPEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACTION-SUCHER (Lesieur, 1988) • C⁺ (POSITIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) 	<ul style="list-style-type: none"> • ESCAPE-SUCHER (Custer u. Milt, 1985; Lesieur, 1988) • ∅ - (NEGATIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) • SELBST-MEDIKATION GLÜCKSSPIELER (Khantzian, 2002)
<p>INDIZIERTE VT-VERFAHREN</p>	<p>SYMPTOM-VERFAHREN (1.Wahl)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivationsklärung • Psychoedukation über <ul style="list-style-type: none"> - Zufallsstatistik - Psycho-Fallen in den verschiedenen Glücksspielangeboten • Klärung und Veränderung der persönlichen Fehlannahmen über: <ul style="list-style-type: none"> - Glücksspiele - Eigene Person • Klärung der Bedingungen für die Entwicklung vom sozialen zum pathologischen Spieler • Genusstraining (Aufbau alternativer positiver Verstärkungserlebnisse) <p>„URSACHEN“-VERFAHREN“?</p>	<p>„URSACHEN“-VERFAHREN (1.Wahl)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivationsklärung - Sehr sorgfältige psychopathologische Differentialdiagnostik - Ausführliche biographische Analyse unter Einbeziehung systemischer Aspekte - Hierarchisierte, multimodale Hypothesenbildung und Interventionen (s. Abb. 5) - Tagesprotokolle der Patienten zu Ereignissen und Befinden vor, während und nach dem aktuellen Spielen - Aufbau von Verhaltensaktiva, Abbau von Verhaltensdefiziten - Genusstraining (Aufbau positiver Verstärkungserlebnisse) <p>SYMPTOM-VERFAHREN?</p>

Pharmakotherapie: Verstärker - spezifisch (nach Rosenthal, 2004)

I.

II.

<p>SUB-TYPEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACTION-SUCHER (Lesieur, 1988) • C⁺ (POSITIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) 	<ul style="list-style-type: none"> • ESCAPE-SUCHER (ESCAPISM) (Custer u. Milt, 1985; Lesieur, 1988) • Ë⁻ (NEGATIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) • SELBST-MEDIKATION GLÜCKSSPIELER (Khantzian, 2002)
<p>INDIZIERTE PHARMAKA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OPIOID-ANTAGONISTEN Naltrexon Naltrexon + SSRI Nalmefen Cave: Iatrogene Dysphorie/Depression • BETA-BLOCKER Bisher keine Studie; Empfehlung von Rosenthal, 2004 • MOOD STABILIZER? • PLACEBO 	<ul style="list-style-type: none"> • TRIZYKLISCHE ANTIDEPRESSIVA Imipramin • SELEKTIVE SEROTONIN WIEDERAUFNAHME HEMMER (SSRI) Fluvoxamin; Fluoxetin; Paroxetin; Citalopram • „MOOD STABILIZER“ Lithium; Carbamazepin; Valporat • PLACEBO

TABELLE 2

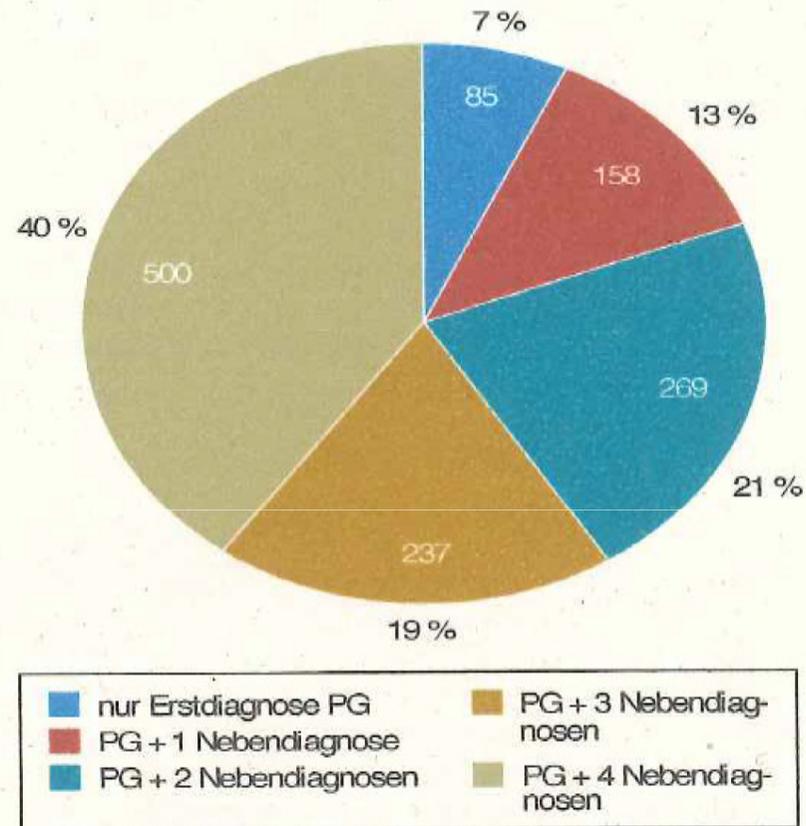
Lebenszeitprävalenz komorbider psychischer Störungen bei PG im Vergleich Allgemeinbevölkerung (e11) und klinische Stichprobe (14)

Komorbide psychische Störungen	Lebenszeitprävalenz	
	pathologische Spieler in der Allgemeinbevölkerung ¹ (2011; n = 15 023) (e11)	pathologische Spieler in stationärer Behandlung ² (2008; n = 101) (14)
Affektive Störungen	63,1 %	61,4 %
Angststörungen	37,1 %	57,4 %
Persönlichkeitsstörungen	35,2 %	27,7 %
Tabakbezogene Störungen	78,2 %	86,1 %
Alkoholbezogene Störungen	54,9 % (Missbrauch und Abhängigkeit)	23,8 % (Missbrauch) 31,7 % (Abhängigkeit)
Substanzbezogene Störungen (ohne Tabak)	44,3 % (nur Abhängigkeit)	60,4 % (Missbrauch und Abhängigkeit)

¹ Erhoben wurde das Glücksspielverhalten in der Allgemeinbevölkerung mittels Telefoninterview. Bei Vorliegen der Kriterien für problematisches oder pathologisches Glücksspielen wurde ein vertiefendes klinisches Interview (Erfassung der Komorbidität durch M-CIDI und Skid II) durchgeführt.

² Bei den pathologischen Spielern in Behandlung wurden die komorbiden psychischen Störungen über standardisierte Interviews (DIA-X, IPDE) erfasst.

GRAFIK 2



Anzahl an Diagnosen bei Patienten ($n = 1\,249$), die im Jahr 2010 stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene F63.0 (Erstdiagnose) bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erhielten (Berechnung aus [e12])

Psychiatrie 2020: Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sind untrennbar miteinander verbunden

Psychiater sind für alle psychischen Erkrankungen zuständig

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sind untrennbar miteinander verbunden, es gibt einen Facharzt

Psychiater haben Differenzierungen in Bereiche wie Neuropsychiatrie, spezielle Psychotherapie, Psychosomatik, Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin, Sozialpsychiatrie, Präventionsmedizin und Forensische Psychiatrie

Schneider
Falkai · Maier



Psychiatrie 2020

Prospektiven,
Chancen und
Herausforderungen



 Springer

Aufgaben der Sozialpsychiatrie

I. Bewahrung der Geschichte

Psychiatriegeschichte

Krankheitsverständnis

Nationalsozialismus

Psychiatriereform

II. Anthropologisches Psychriatrieverständnis

III. Versorgungsgerechtigkeit

IV. Patienten- und Gemeindeorientierung

V. Multiprofessionalität

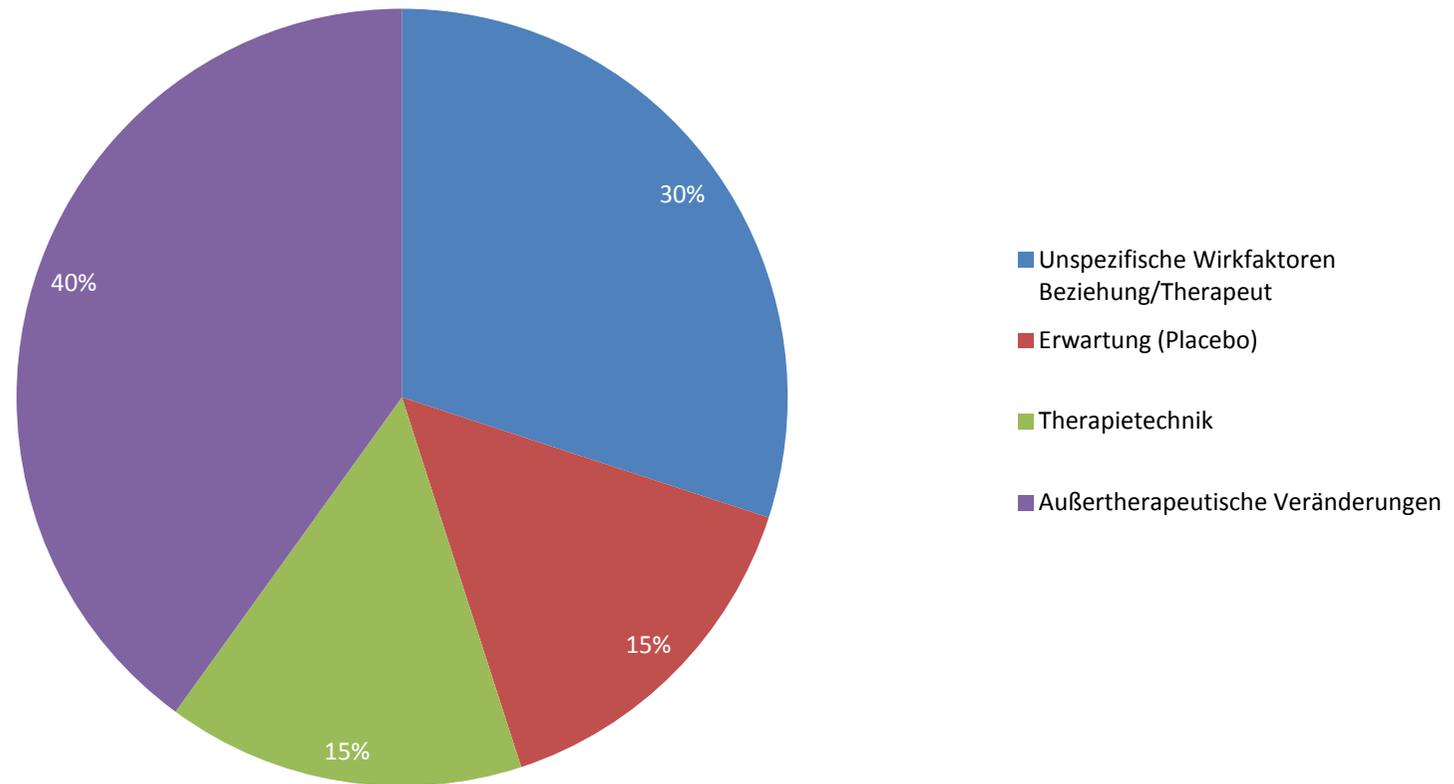
Die Psychiatrie ist schon als Wissenschaft und Forschungsgebiet sozialgerichtet. Überall stößt sie auf soziale Probleme, auf Beziehung zur menschlichen Gesellschaft, ... Überall ergeben sich ursächliche Zusammenhänge mit den sozialen oder wirtschaftlichen Zuständen und Missständen in der Allgemeinheit. Ohne Erforschung der sozialen Ursachen und ohne sozial-medizinisches Handeln, besonders auch in der Prophylaxe und Hygiene, also ohne soziale Psychiatrie keine Psychiatrie.

(Fischer 1919)

Wirkprinzip nach Grawe 1997

- **Ressourcenaktivierung**
- **Problemaktualisierung**
- **Aktive Hilfe bei der Problembewältigung**
- **Therapeutische Klärung**

Prozentuale Anteile an der therapeutischen Wirkung



(Lambert u. Barley (2001))

Lewis Carroll, Alice im Wunderland. Das Caucus-Rennen: “Jeder hat gewonnen und alle sollen Preise haben”



Dodo-Bird-Verdict Rosenzweig 1936



Ursula Buchner
Annalena Koytek

Deine Spielsucht betrifft auch mich

Ein Ratgeber für
Familienmitglieder und Freunde
von Glücksspielsüchtigen

 **hogrefe**

Urheberrechtlich geschütztes Material

Auslöser der Remission

Auslöser, Lebensereignisse

Häufigste Bereiche (Carballo, 2007)

Familiäre Probleme

Gesundheit

Finanzielle Gründe

Wichtige Bezugspersonen

Negative persönliche Folgen

Soziale Konsequenzen

Aufrechterhaltende Bedingungen der Remission

Häufigste Bereiche (Carballo, 2007, Sobell, 2000)

Soziale Unterstützung

Wichtige Bezugspersonen/Familie

Entwicklung nicht substanzbezogener Interessen

Vermeidung von Situationen, die im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum stehen

Aspekte im Zusammenhang mit Arbeit

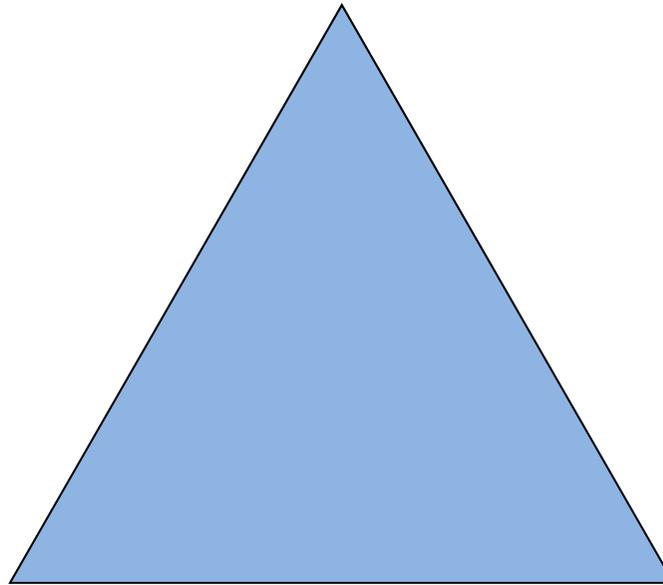
Änderung des Lebensstils

Bild Berthold Brecht

Bild Grab Berthold Brecht

Droge:

**Wirkung,
Verfügbarkeit**



Individuum:

**Körperliche/
psychische Faktoren**

Umwelt:

- **Gesellschaft**
- **Familie**
- **Finanzen**
- **Wohnen**
- **Freizeit**
- **u.a.**

Sucht - Fremdsteuerung der Persönlichkeit?

“**Sucht** ist ein **unabweisbares Verlangen nach** einem bestimmten **Erlebniszustand**. **Diesem** Verlangen werden die **Kräfte des Verstandes untergeordnet**. Es **beeinträchtigt** die freie Entfaltung der **Persönlichkeit** und **zerstört** die **sozialen Bindungen** und Chancen des Individuums”.

(Wanke, 1985 - Zit. n. Kemper. 2008)

Ich sehe, dass ein triffl
Philosoph und Politiker sein unm
So ~~was~~ ~~ist~~ ~~war~~ ~~als~~ ~~die~~ ~~ver-~~ ~~flossenen~~ ~~Jahre~~
aber ein Gewinn als ein Verlust. Was
Denn was ich an rein fachlichen Wissen
verloren habe, werde ich reich nachge-
holt haben. Dafür kann ich aber
den Menschen, der immer im Mittelpunkt
des irdlichen Denkens steht, in die
Welt und in den Staat einordnen.
Ich liebe das Spezialisten tu nicht. Ein
grosser Dilettant weiss mehr in den
eigentlichen Sinn des Dinges, als ein
grosser Spezialist.

Si, heute herzliche Grüsse!

Zaus.

„... Ich sehe, dass ein Arzt Philosoph und Politiker sein muss. So waren also die verflossenen Jahre eher ein Gewinn als ein Verlust. Denn was ich an rein fachlichem Wissen verloren habe, werde ich rasch nachgeholt haben. Dafür kann ich aber den Menschen, der immer im Mittelpunkt des ärztlichen Denkens steht, in die Welt und in den Staat einordnen. Ich liebe das Spezialistentum nicht. Ein großer Dilettant weiß mehr um den eigentlichen Sinn der Dinge als ein großer Spezialist.“

(Hans Scholl, 05.01.1943)

Hippokrates Aphorismen. Buch I, Aph. 1

Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang, der rechte Zeitpunkt ist knapp bemessen, der Versuch ist trügerisch, die Entscheidung ist schwierig. Man muss aber darauf sehen, dass man nicht nur in eigener Person das Erforderliche tut, sondern auch der Kranke und die Assistenten, und dass auch die äußeren Umstände dem entsprechen.

460-370 v. Christus

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Dr. med. Ulrich Kemper
Chefarzt der Klinik für Suchtmedizin
und der Bernhard-Salzmänn-Klinik
am LWL-Klinikum Gütersloh
Buxelstraße 50
33334 Gütersloh**

Tel. 05241/502 2550

Fax: 05241/502 2601

Email: Ulrich.Kemper@lwl.org

Die Meinungsvielfalt: Biologische vs. psychologische Modelle

„**Sucht** ist eine **chronische**, durch Rückfälle charakterisierte Gehirnerkrankung mit nicht kontrollierbarem Drogen-Such und Konsumverhalten ... es ist eine **medizinische Erkrankung** ... **Medikamente können die Pathologie** der Erkrankung **umkehren.**“

(S.Lukas, McLean Hospital, „eines der führenden Suchtforschungszentren“, TIME 2007)

„Das **Grundproblem .. bei der Sucht ..** Ist unsere **Unfähigkeit, positive Gefühle** gegenüber dem **Suchtstoff zu unterdrücken** und ihn daher nicht anzuwenden.“

(Spitzer, 2008; sieht dies durch Bildgebungsstudien untermauert)

„**Sucht** ist die **Unfähigkeit, der Versuchung zu widerstehen.**“

(Coggan u. Davis, 1988)

“**Sucht** ist eine **Krankheit des Willens.**“

(Valverde, 1998)

“Süchtige“ Persönlichkeit?

- Ein Review der internationalen **Literatur** erbringt **kein** akzeptiertes **Konstrukt einer „süchtigen“ Persönlichkeit.**
(Hand u. von Schinkel, 1998)
- Das Konstrukt einer **süchtigen Persönlichkeit** ist **nicht operationalisiert**, und es gibt **kein standardisiertes Meßinstrument** zur Erfassung einer süchtigen Persönlichkeit.
(Petry, 2004)

Unterschiedliche Modelle in der DHS?

„Der individuellen **Betrachtung des Betroffenen** (sollte) der **Vorrang** gegenüber der Verwendung einer Einheitsdiagnose gegeben werden ... bis zur weiteren Erhellung der Black-Box der **Multikonditionalität der Sucht** scheint es hilfreich, auf eine **zwingende Kategorisierung exzessiven Verhaltens als Sucht** zu verzichten“ .

(Kemper in „Jahrbuch Sucht 2008“, **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen**)

Verhaltenstherapie: Verstärker - spezifisch

<p>SUB-TYPEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ACTION-SUCHER (Lesieur, 1988) • C+ (POSITIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) 	<ul style="list-style-type: none"> • ESCAPE-SUCHER (Custer u. Milt, 1985; Lesieur, 1988) • ∅ (NEGATIVE VERSTÄRKUNG)-GLÜCKSSPIELER (Hand, 1992, 1998b) • SELBST-MEDIKATION GLÜCKSSPIELER (Khantzian, 2002)
<p>INDIZIERTE VT-VERFAHREN</p>	<p>SYMPTOM-VERFAHREN (1.Wahl)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivationsklärung • Psychoedukation über <ul style="list-style-type: none"> - Zufallsstatistik - Psycho-Fallen in den verschiedenen Glücksspielangeboten • Klärung und Veränderung der persönlichen Fehlannahmen über: <ul style="list-style-type: none"> - Glücksspiele - Eigene Person • Klärung der Bedingungen für die Entwicklung vom sozialen zum pathologischen Spieler • Genusstraining (Aufbau alternativer positiver Verstärkungserlebnisse) <p>„URSACHEN“-VERFAHREN“?</p>	<p>„URSACHEN“-VERFAHREN (1.Wahl)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivationsklärung - Sehr sorgfältige psychopathologische Differentialdiagnostik - Ausführliche biographische Analyse unter Einbeziehung systemischer Aspekte - Hierarchisierte, multimodale Hypothesenbildung und Interventionen (s. Abb. 5) - Tagesprotokolle der Patienten zu Ereignissen und Befinden vor, während und nach dem aktuellen Spielen - Aufbau von Verhaltensaktiva, Abbau von Verhaltensdefiziten - Genusstraining (Aufbau positiver Verstärkungserlebnisse) <p>SYMPTOM-VERFAHREN?</p>