

„Ein Hoch auf das Glück“ Fallbericht eines Patienten mit den Diagnosen Bipolare Störung und pathologisches Glücksspiel

Roland Mader¹ und Michael Peter²

¹Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und ²Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Anton Proksch Institut, Wien, Österreich

High on games

Summary: Based on a case study therapeutic intervention as well as a characteristic process of bipolar disorder accompanied by comorbid pathological gambling is depicted exemplarily.

Keywords: bipolar disorder, pathological gambling

Zusammenfassung: Anhand eines Fallbeispiels wird die therapeutische Vorgehensweise sowie ein charakteristischer Verlauf einer bipolaren Störung mit anfangs symptomatischem, später suchthaftem Glücksspiel exemplarisch dargestellt.

Schlüsselwörter: Bipolar-affektive Störung, pathologisches Glücksspiel.

Einleitung

Bis zu 5% der Menschen leiden unter der Achterbahn der Gefühle, in Österreich sind etwa 400.000 Menschen, Männer und Frauen gleichermaßen, betroffen (1). Die Auswirkungen der bipolaren Störung sind oft schwerwiegend. Im vorliegenden Fallbericht wird ein Mann mit bipolarer Erkrankung vorgestellt, der über den Kontext einer komorbid vorliegenden Spielsucht im Anton Proksch Institut zur Glücksspielentwöhnung aufgenommen wird. Die Ursache der Entstehung der Spielsucht liegt bei vorliegendem Fall nicht ursächlich im manisch-depressiven Krankheitsbild, allerdings haben manische Phasen zu einem massiven Ausagieren der Spielsucht geführt und die Suchtspirale beschleunigt. Es wird dargestellt, wie vice versa auch das Spielverhalten des Patienten den Verlauf von manischen sowie depressiven Phasen beeinflusst.

Der Patient erscheint im Frühjahr 2009 zu seiner ersten stationären Aufnahme im Anton Proksch Institut. Der stationären Aufnahme ging eine vierjährige ambulante Behandlung der bipolaren Störung bei einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie voraus. Überwiesen wird der Patient von der Suchtberatungsstelle B.A.S. (Betrifft Abhängigkeit und Sucht), im Zuge dieses Behandlungsangebots der Patient allerdings nur jeweils kurzzeitige spielabstinente Phasen erreichen konnte, weshalb er sich nun für den stationären Aufenthalt entschließt.

Der 46-jährige Patient beschreibt eine zugespitzte finanzielle Situation aufgrund der Glücksspielschulden in der Höhe von derzeit 70.000 Euro, wodurch die Ehe belastet ist.

Psychopathologisch erscheint der Patient zum Aufnahmezeitpunkt unauffällig. Der affektive Rapport ist normal und situativ angepasst, der Gedankenductus geordnet und zielführend, die Stimmungslage beschreibt der Patient als ausgeglichen bei leichtem morgendlichem Pessimismus. Es zeigen sich weder suizidale Einengung, noch produktive Symptomatik.

Krankheitsanamnese – Verlauf der bipolar-affektiven Störung

Sowohl depressive als auch manische Phasen sind anamnestisch erhebbare. Die major-depressiven Phasen umfassen eine Zeitspanne von einigen Monaten, die manischen Phasen eine Zeitspanne von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen. Das Schwanken der Stimmungslage zwischen Zuständen des „Zu-Tode-betrübt-Seins“ und „Himmelhochjauchzen“ bestünde seit der Pubertät.

In depressiven Phasen zeigt sich ein morgendliches Pessimismus mit vorangegangener Einschlaf- und Durchschlafstörung sowie verfrühtem Erwachen und mehrstündigem Verharren in Schlafposition im Wachzustand mit vermehrtem Gedankenkreisen. Über den Tagesverlauf gelingt dem Patienten die Erfüllung seiner beruflichen Anforderungen, die Stimmungslage hellt sich durch die Aktivierung im Tagesverlauf geringgradig auf. Den Rückzug von sozialen Aktivitäten sowie die Reduktion der Kommunikation behält der Patient allerdings bei.

Selbstmordgedanken in depressiven Phasen bleiben vage, verkürzen sich auf den Gedanken, es wäre besser, am nächsten Morgen nicht mehr aufzuwachen. Konkrete Selbstmordphantasien sowie konkrete Handlungen zur Vorbereitung eines Selbstmordversuchs gab es nicht.

In manischen Phasen durchwache der Patient wiederholt die Nacht und gehe anschließend in die Arbeit, dies gehe bis zu drei Tagen in Folge. Auch anschließend sei das Schlafbedürfnis reduziert, der deutlich gesteigerte Antrieb äußere sich im Sinne eines Gedankenjagens.

Suchtanamnese

Mit 15 Jahren spielt der Patient in Gesellschaft das erste Mal an einem Spielautomaten in einem Wirtshaus, hat dort einen frühen Initialgewinn. Er gewinnt in dieser Anfangsphase wiederholt. Später kommen zum Automatenspiel Casinospiele wie Roulette hinzu. Es gelingt dem Patienten über Jahre, monatelang spielabstinent zu sein. Nach Außenmotivation durch die Ehefrau, professionelle Unterstützung anzunehmen, nimmt der Patient an einer ambulanten Gruppentherapie für pathologische Glücksspieler teil. Diese führt innerhalb von zwei Jahren zu keiner anhaltenden Spielkarenz. Schließlich verliert er im Januar 2009 den Arbeitsplatz, nachdem er zum Erlangen von Spielkapital illegal auf die Barkasse des Unternehmens zugreift.

Ursprünglich gibt der Patient an, zuletzt sechs Tage vor der Aufnahme um 800 Euro gespielt zu haben, erst im Therapieverlauf kann der Patient benennen, dass er am Tag vor der Aufnahme 400 Euro verspielt hat.

Durch die steigende Spielfrequenz in manischen beziehungsweise hypomanischen Phasen habe die Spielsucht eine Eigendynamik entwickelt, sodass er dann auch in nicht-manischen Phasen spielt. Jedoch spiele er zuletzt in manischen Phasen vermehrt, sodass er bis zu 15.000 Euro an einem Wochenende verspiele.

Es besteht kein Nikotinabusus, der Patient lebt alkoholabstinent. Die Familiensuchtanamnese ist positiv, der Vater sei alkoholkrank, habe auch regelmäßig Karten gespielt.

Familien- und Sozialanamnese

Die Mutter verstirbt als der Patient 16 Jahre alt ist mit 40 Jahren bei einem Fahrradunfall, die Schwester verstirbt im 13. Lebensjahr an einem Herzfehler. Der alkoholranke Vater lebt, dieser sei im Rausch wiederholt aggressiv gewesen, es besteht kein Kontakt.

Der Patient hat eine Tischlerlehre abgeschlossen, war zuletzt Verkäufer im Möbelbereich, ist aber seit Jänner desselben Jahres arbeitslos. Er ist verheiratet, aus der Ehe entstammen ein 24-jähriger Sohn und eine 21-jährige Tochter. Die Wohnsituation ist nicht belastet, Schulden bestehen im Ausmaß von 70.000 Euro. Anamnestisch liegen keine Führerscheinentzüge oder Vorstrafen vor. Eine gerichtliche Verurteilung wegen Veruntreuung von Firmenskapital konnte durch eine außergerichtliche Einigung mit dem Arbeitgeber abgewendet werden.

Therapieverlauf

Die Orientierungsphase zu Therapiebeginn beinhaltet eine tägliche medizinische Visite sowie die Vorbereitung auf die darauf folgende therapeutische Behandlung. Durch das Entfallen eines körperlichen Entzugs kann diese Phase jedoch bereits nach zwei Tagen beendet werden, der Patient wird dem fallführenden Klinischen Psychologen zur Einzel- sowie Gruppentherapie zugeteilt, weiters zur Gruppentherapie für pathologische Spieler sowie in die Bewegungstherapie zu Nordic Walking, Qi-Gong, Fitnesstaining und Wirbelsäulengymnastik, in die Werkstätte sowie zur Beschäftigungstherapie.

Erste Woche

Im ersten Einzelgespräch befindet sich der Patient in stabiler Stimmungslage, der Antrieb ist leicht gesteigert, es wird ein individueller Therapieplan mit dem Patienten erstellt. In der Exploration beschreibt der Patient bei inadäquatem affektivem Rapport in gehobener Stimmung, dass die stationäre Therapie sein letzter Ausweg sei, eine Trennung von seiner Gattin zu verhindern, diese hätte nach wiederholten Manipulationsversuchen zur Vertuschung des fortgesetzten Glücksspielens das Vertrauen in ihn verloren. Angesprochen auf seinen gesteigerten Antrieb verneint er, dass dieser gesteigert sei.

Die Notwendigkeit des Meidens von Wettbüros oder Spielsalons wird besprochen, diese erfüllen keine primär soziale Funktion sondern dienen vorrangig dem Glücksspiel. Zudem können bei der stoffungebundenen Sucht bereits durch die Beobachtung von Glücksspiel oder der Unterhaltung darüber suchtspezifische neurobiologische Prozesse angestoßen werden (2). Für die ersten therapeutischen Ausgänge werden folglich Routen gewählt, bei denen entsprechende Lokalitäten umgangen werden (3). In der Gruppentherapie zeigt sich der Patient von Anfang an äußerst aktiv und angetrieben.

Zweite Woche

Der Patient zeigt sich in der Teilnahme an der Gruppentherapie sowie der Therapieangebote der Bewegungs-, Mal- und Gestalttherapie sowie in der Beschäftigungstherapie sehr aktiv, ist weiterhin hoch motiviert.

Im Einzelgespräch beschreibt der Patient ein rein willensbezogenes Verständnis der Glücksspielsucht, so beteuere er gegenüber seiner Ehefrau nie wieder rückfällig zu werden. Der Patient gibt nun offen an, dass er bis zuletzt, unmittelbar vor der Aufnahme noch gespielt habe. Zugleich erklärt der Patient, er wolle am kommenden therapeutischen Ausgang bei einem Preisschnapsen teilnehmen – schließlich sei diese

Form des Spielens nicht mit seinem pathologischen Spielen vergleichbar. Ein Problembewusstsein bezüglich jeglichen Spielens um Einsätze kann mit dem Patienten erarbeitet werden, er zeigt sich insgesamt gut führbar.

Rein durch Außenbeobachtung des fallführenden Therapeuten sowie durch Rückmeldungen des Physiotherapeuten sowie des Arbeitstherapeuten sind gesteigerter Antriebs, euphorische Stimmungslage und latenten Allmachtsphantasien bei zunehmender Bummelwitzigkeit benennbar. Der Patient nimmt dies an sich nicht wahr. Aus gegebenem Anlass wird mit dem Patienten ein Notfallplan bei Ausbrechen einer manischen Phase besprochen. Dieser beinhaltet während des stationären Aufenthalts eine unverzügliche Kontaktaufnahme mit dem Stützpunkt beziehungsweise mit dem zuständigen Therapeuten beziehungsweise Facharzt, für den Zeitraum nach der stationären Entlassung eine stationäre Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus zur Akuttherapie sowie zur Stabilisierung, die die Anpassung der Medikation beinhaltet. Der Patient ist damit einverstanden, beim nächsten therapeutischen Ausgang seiner Ehefrau die Bankomat- und Kreditkarten zu übergeben, um sowohl bei einem Spielrückfall als auch bei einer auftretenden manischen Phase den Anreiz und das Risiko zu verringern.

Dritte Woche

In der Visitsituation berichtet der Patient über eine seit einigen Tagen auftretende morgendliche Niedergeschlagenheit, er werde verfrüht wach, bliebe dann liegen, wodurch er ins Gedankenkreisen komme. Zur Morgenmahlzeit könne er sich aufraffen, danach sei sein Antrieb wieder ausreichend gegeben. Der Patient wird vom betreuenden Facharzt auf Venlafaxin 75 mg, eine Tablette morgens eingestellt.

Beim therapeutischen Ausgang vergangenes Wochenende habe sich der Patient auf der Suche nach einer Toilette *versehentlich* in einem Spielsalon wieder gefunden – er habe diesen sofort wieder verlassen. Zum Vertrauensaufbau gegenüber den Angehörigen werden das Mitteilen eines realistischen Krankheitsverlaufs, der Rückfälle ins Glücksspiel beinhalten kann, sowie das regelmäßige Rückmelden von Befindlichkeit und verspürtem Spieldruck besprochen. Bezüglich der Umsetzung von Freizeitaktivitäten zeigt sich der Patient zuversichtlich.

Vierte Woche

Die Stimmungslage ist stabil, der Patient hat in der vorangegangenen Woche mit seinem früheren Arbeitgeber einen finanziellen Ausgleich gefunden. Insgesamt geht der Patient Probleme lösungsorientiert an, zeigt sich hoch motiviert. Von therapeutischer Seite werden die Fortschritte sowie die Zielgerichtetheit verstärkt, wobei der Übergang von erfolgreichem Selbstmanagement zu hypoman imponierendem Verhalten fließend erscheint. Der Patient zeigt einen gesteigerten Antrieb, in der Einzeltherapie ein übersteigertes Größenselbst, das sich beispielsweise durch Aussagen wie „Ich kann alles erreichen, wenn ich es nur will.“ ausdrückt. Weiters drängt sich ein logorrhöisches Verhalten in den Vordergrund sowie ein deutlicher Überschwang in seiner positiven Affizierbarkeit. Persönliche Warnsignale einer beginnenden manischen Phase werden hinterfragt, er steht seiner Entwicklung in den letzten Tagen bedenkenlos gegenüber. Die Früherkennungsmerkmale werden im Gespräch gemeinsam gesammelt: sich selbstsicherer als gewöhnlich fühlen, reduziertes Schlafbedürfnis, sozial aktiver als sonst, leicht ablenkbar sein und Konzentrationsschwierigkeiten haben, gesprächiger sein oder schneller sprechen oder das Gefühl, nicht ganz man selbst zu sein und so

irritiert darüber zu sein, das man mit Anderen schreit. Die Compliance zur regelmäßigen Medikationseinnahme als Rückfallprophylaxe sowie zu Hause die sofortige Kontaktaufnahme mit dem niedergelassenen Facharzt bei sich ankündigenden manischen Phasen werden besprochen (4).

Fünfte Woche

Am therapeutischen Ausgang habe er beim passieren zweier Spiellokale den Gedanken gehabt, dorthin auf einen Kaffee zu gehen. Nach Verschwinden der Spiellokale aus seinem Blickfeld seien die verführend-permissiven Gedanken aber ebenso schnell verschwunden gewesen, wie sie aufgetaucht sind.

Bezüglich Spielen werden retrospektiv sowie gegenwärtig vorhandene erlaubende Gedanken erarbeitet („Was ich tun muss, um rückfällig zu werden?“), wie: „Einen Zehner könnte ich ruhig mal wagen, muss ja keiner erfahren.“. Scheinbar unbedeutende Entscheidungen werden identifiziert: „Ich habe immer ein gut gefülltes Portemonnaie dabei.“ oder „Ich spreche mit niemandem über meine Probleme, auch nicht, wenn ich Spieldruck verspüre.“

Ein Arbeitsplatz sei dem Patienten am therapeutischen Ausgang in Aussicht gestellt worden, er könne unmittelbar nach Beendigung der Therapie als Verkaufskraft im Elektrofachhandel beginnen. Es wird die ursprüngliche Aufenthaltsdauer von acht Wochen beibehalten.

Sechste Woche

Der Patient zeigt sich in gehobener Stimmungslage, der Patient nimmt rege und sehr aktiv am Therapieprogramm teil, das hohe Maß an bewegungstherapeutischen Aktivitäten ist auffallend. Bezüglich Spielsucht zeigt sich der Patient zunehmend krankheitseinsichtig, er ist wie im bisherigen Therapieverlauf hoch motiviert. Im Einzelgespräch erscheinen Rückfallrisiken für den Patienten inzwischen besser einschätzbar, ein Wechsel von einem rein willensbestimmten Krankheitsverständnis im Sinne „ich muss die Spielabstinenz nur stark genug wollen“ zu einem vorsichtigeren, vorausschauenderem Umgang mit Rückfallrisiken scheint erfolgt zu sein. Der gesteigerte Antrieb ist mit dem Patienten besprechbar. Das bewusste Wahrnehmen von Auszeiten, sich diese zu erlauben wird thematisiert sowie die konkrete Umsetzung bei den therapeutischen Ausgängen. Ein Gegensteuern gegen den ersichtlichen Freizeitstress, den sich der Patient außerhalb der Therapieeinheiten im Haus als auch bei den therapeutischen Ausgängen organisiert wird fokussiert.

Siebente Woche

Die Stimmungslage ist stabil, der Antrieb unauffällig. Beim letzten therapeutischen Ausgang habe sich der Patient dabei ertappt, entgegen ursprünglichem Vorhaben spontan seinem permissiven Gedanken gefolgt zu sein, das Casino zu besuchen „um sich dort sperren zu lassen“. Entgegen dieser kognitiven Attribution habe er sich nicht nur im Eingangsbereich sperren lassen, sondern habe zuvor das gesamte Gebäude besichtigt, habe längere Zeit an den Roulettetischen verbracht. Der Patient gibt an, nicht gespielt zu haben.

Im Einzelgespräch wird am Krankheitsverständnis der Spielsucht weitergearbeitet, beim Ausgang erfolgte Entscheidungen hin zu einem Rückfall werden bearbeitet. Der Patient zeigt sich bezüglich der Unterschätzung des Risikos am vergangenen therapeutischen Ausgang einsichtig.

Achte Woche

Die Stimmungslage ist unverändert gut, der Antrieb unauffällig. Im Einzelgespräch wird das unmittelbare Reagieren auf Spieldruck sowie der offene Umgang mit der Rückfallgefahr gegenüber der Familie besprochen.

Die Notwendigkeit einer regelmäßigen Teilnahme an der Nachbetreuung wird besprochen, diese wird der Patient bei B.A.S. in Anspruch nehmen, wo er bereits vor dem stationären Aufenthalt in Betreuung war.

Begleitmedikation

Der Patient kommt mit folgender medikamentösen Einstellung vom niedergelassenen Facharzt zum Facharzt: Lithiumcarbonat 450mg ½-0-0-2, Olanzapin 2,5mg 0-0-0-1. Vom stationär behandelnden Facharzt aufgrund diagnostizierter Hypothyreose weiters Levothyroxin-Natrium 75mg 1-0-0-0 angeordnet, in der dritten Aufenthaltswoche aufgrund morgendlichem Pessimismus Venlafaxin 75 mg 1-0-0-0.

Entlassungsmedikation: Lithiumcarbonat 450mg ½-0-0-2, Olanzapin 2,5mg 0-0-0-1, Venlafaxin 75 mg 1-0-0-0, Levothyroxin-Natrium 75mg 1-0-0-0.

Diskussion

Die vorliegende Fallbesprechung zeigt die bipolare Störung als wiederholten potentiellen Auslöser für Spielexzesse eines Patienten mit komorbider Spielsucht. Die Ursache der Entstehung der Spielsucht liegt, wie oben beschrieben, hier nicht ursächlich im manisch-depressiven Krankheitsbild. Die bipolare Störung ließ ein zu Beginn in Frequenz, Spieldauer und Einsatzhöhe als unbedenklich einstuftbares sogenanntes „kleines“ Glücksspiel in manischen Phasen zu exzessivem Verhalten mit Kontrollverlust werden. Die Einwirkung der Droge Glücksspiel führte unter massierter Exposition in manischen Phasen zudem zu Gewöhnungseffekten im Sinne einer Toleranzentwicklung, begleitet von wiederholtem Spielverlangen und Vernachlässigung anderer Interessen, sodass sich eine Glücksspielabhängigkeit entwickeln konnte. In Folge dieser komorbiden Störung gelang es dem Patienten nicht mehr, in nichtmanischen Phasen das Spielen zu unterlassen.

Personen mit schweren psychischen Störungen wie bipolare Störungen haben ein erhöhtes Risiko an einer Sucht zu erkranken. Je stärker die psychiatrische Komorbidität ausgeprägt ist, desto eher ist eine stationäre Entwöhnungsbehandlung notwendig (5), je höher der Anteil an Komorbiditäten, desto wahrscheinlicher ist eine Wiederaufnahme. In manischen Phasen ist Glücksspiel besonders reizvoll, es dient der Intensivierung und Verlängerung der Manie.

Die manischen Phasen haben zu einem massiven Ausagieren der Spielsucht geführt und die Suchtspirale beschleunigt. Umgekehrt beeinflusst auch das Spielverhalten den Verlauf der bipolaren Erkrankung – ohne Behandlung entsteht ein kaum noch zu durchbrechender *circulus vitiosus*. Eine gleichzeitige Behandlung der psychiatrischen Erkrankung und der Abhängigkeitserkrankung ist im Sinne langfristiger Behandlungseffekte daher unerlässlich.

Literatur

- (1) Kasper, S., Hauk, P.. Bipolare Erkrankungen: Zwischen Manie und Depression. Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2006.
- (2) Berridge KC. Food reward: Brain substrates of wanting and liking. *Neurosci Biobehav Rev* 1996; 20: 1-25.
- (3) Petry J. Glücksspielsucht. Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe, 2003.
- (4) Marneros, A., Bauer, M., Rohde, A.. Depression und bipolare Erkrankungen in der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxis. Halle: ABW, 2006
- (5) Meyer, G, Bachmann, M.. Spielsucht: Ursachen und Therapie. Berlin: Springer, 2005.