

Überlegungen zur Spielsucht

Von Helga Bamberger



b a m b e r g e r

In den letzten Jahren arbeite ich hin und wieder neben meiner üblichen Tätigkeit mit Alkohol- und Tablettenabhängigen mit Spielsüchtigen. Alle diese Patienten waren auch alkohol- oder medikamentenabhängig, doch wie sich sehr schnell herausstellte, war für ihr inneres Erleben die Spielsucht von zentralerer Bedeutung. Die meisten meiner Patienten waren zunächst vorwiegend alkoholabhängig, lernten dann das Spiel kennen, wodurch der Alkohol für sie weit in den Hintergrund trat.

Obwohl ich süchtige Frauen und Männer behandle (in stationärer Gruppentherapie in einer Suchtklinik), habe ich bisher keine spielsüchtigen Frauen kennen gelernt. Meine männlichen Patienten hatten das Spiel an Automaten auserkoren, ein Patient fühlte sich primär zu Pferderennen hingezogen. In meinen Überlegungen beziehe ich mich vorwiegend auf einen Patienten, der an Automaten spielte, bzw. in der Klinik zum Geräteauseinanderbau übergang. Die übrigen Patienten habe ich kurzfristiger in einzelnen Sequenzen ihrer Therapie miterlebt.

Deskriptive Auffälligkeiten

Die spielsüchtigen Patienten unterschieden sich im ersten Eindruck recht deutlich von den Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Diese nämlich erlebten den Verzicht auf die Droge zunächst als eine gewisse Beruhigung, manchmal fast als eine Befreiung. Die Spielsüchtigen demgegenüber schienen sich mit dem Verzicht auf die Droge Spiel keineswegs abgefunden zu haben, sondern es schien so als ob sie innerlich weiterspielten. Nach ihrer Verlegung auf die Station kamen die Patienten beispielsweise nicht zunächst oberflächlich mit den Mitpatienten ins Gespräch, sondern spielten einen gegen den anderen aus, erzählten aufregende „Geschichten“, wobei unklar war, was daran stimmte, und ein anderer Patient fing eifrig an, Radios auseinanderzubauen, während er gegenüber den Mitpatienten nur schwieg.

Der Spielsüchtige ist zu Beginn der Behandlung, aber auch später, immer wieder mit der Verführung beschäftigt, die vom Spiel ausgeht. Ein Spielsüchtiger formuliert dies so:

Ihr könnt Euch nicht vorstellen, was es für ein Gefühl ist, kurz bevor die Schalter (Wettbüros) schließen. Die letzten Sekunden auf der Uhr... Du weißt genau, Du willst das nicht; Du kannst es auch nicht, weil Du gar kein Geld hast. Und dann rennst Du dahin und bist überglücklich, dass Du es gerade noch geschafft hast. Die Spannung bleibt bis zum Ende des Rennens: Du hoffst, leider, freust Dich . . . bis alle durchs Ziel sind. Dann ist alles vorbei. Du hast entweder gewonnen oder verloren. Aber Du musst das immer wieder tun, ob Du willst oder nicht.

Derselbe Patient, der sich mit diesen Gedanken in seine erste Gruppenstunde in der slow-open-group einführte, hatte die Gruppensitzung in sehr typischer Weise für sich genutzt. Zu Beginn war nämlich eine Atmosphäre qualvoller lähmender Unruhe und Angst, die der Patient mit seinem Schwärmen über seine Spielsucht überwand. Nach einiger Zeit befand sich die Gruppe in einem rauschhaften Höhenflug, bei dem alle sich wohl fühlten, während hinterher große Leere und Beziehungslosigkeit deutlich wurden. Der Patient hatte auch vor der Stunde bereits einen Mitpatienten „trickreich versetzt“, was dieser dann als Schadenfreude, als Genuß an der Kontrolle des anderen verstand. Der Patient grinste überlegen und erkannte sich zu dieser Deutung.

Das Agieren scheint während der gesamten Behandlung eine sehr wichtige Funktion zu haben. Dabei ist es eine Seltenheit, dass, wie in dem genannten Beispiel, Menschen so eine wichtige Bedeutung haben. Meist waren die Beziehungen zu den Mitpatienten oberflächlich und gefühlsentleert, während sich die Patienten innerlich nur mit dem „Automaten“ beschäftigten. Ein Patient fiel beispielsweise dadurch auf, dass er Radios und alle elektrischen Geräte, die ihm in die Finger fielen, auseinander- und wieder zusammenbaute.

Als er darauf angesprochen wurde, erzählte er, zu den Mitpatienten habe er gar keine Beziehungen und in den Gruppenstunden langweile er sich. Er könne mit dem, was da gesagt werde, nichts anfangen, weil er ganz anders sei. Demgegenüber fühlte er sich im Spiel bzw. im Auseinanderbauen der Geräte lebendig. Er müsse das Gerät beherrschen und kontrollieren. Manchmal sei er im Spielsalon fast verrückt geworden, wenn die Automaten „seinem Willen nicht gehorchten“. Er habe dann die Phantasie gehabt, ein Gerät zu konstruieren, mit dem er alle Automaten beeinflussen und kontrollieren könne (seine Phantasie blieb dabei nicht so unkonkret, sondern der Patient versuchte, dies technisch tatsächlich zu realisieren). Es sei für ihn sehr wichtig, Macht auszuüben, das Gerät ganz in der Hand zu haben. Wenn er spürte, dass seine Kontrolle misslang, hatte er häufiger Suizidgedanken.

Auffällig ist immer wieder, wie emotionsentleert menschliche Beziehungen geschildert werden und wie phantasievoll und gefühlsbeladen demgegenüber das Spiel. Ein anderer Patient beschreibt, er habe die Beziehung zu seiner Familie (Ehefrau und Kinder) als „mechanisch“ (eigener Begriff des Patienten) erlebt. Er habe alles getan, was notwendig war, aber erlebt habe er dabei nichts, und auch das habe er noch nicht einmal bemerkt. Demgegenüber sei das Spiel für ihn die einzige Möglichkeit, sich zu fühlen, sich zu erleben. Nur beim Spiel erlebe er Aufregung und Befriedigung.

Immer wieder fielen mir die Spielsüchtigen nicht nur durch ihre Emotionsentleertheit in ihren menschlichen Beziehungen (zu Mitpatienten, Therapeuten und Angehörigen) auf, sondern durch ihre ständige diffuse Unruhe, die sich auch in massiven Schlafstörungen ausdrückte und in dem Wunsch, sich permanent zu beschäftigen, ohne jemals eine rechte



Befriedigung zu erleben. Demgegenüber berichteten alle Spielsüchtigen darüber, dass das Ende des Spiels ihnen eine gewisse Form der Entspannung möglich machte. Übereinstimmend sprachen die Patienten davon, dass sie sich wie einen Motor erlebten, der Tag und Nacht auf Hochtouren laufe und der nie ausgeschaltet werden könne. Nur durch das Ende des Spiels sei es ihnen für eine gewisse Zeit möglich, zu innerer Ruhe und Entspannung zu finden. Wichtig sei dabei nicht, ob sie gewonnen oder verloren hätten sondern dass das Spiel aus sei. Das Gewinnen provoziere sogar eher dazu, weiterzumachen, während das Verlieren ihnen eine deutliche Grenze ihrer äußeren Möglichkeiten, aber auch ihrer inneren Unruhe setzte. Offensichtlich haben die Patienten nicht ein Gefühl von „es ist genug“ aufgebaut, sondern brauchen statt dessen eine äußere Grenze.

Wie bereits angedeutet, können die Patienten diese Grenze nicht in der Beziehung zu Menschen finden, weil sie dort überhaupt kaum Gefühle erleben können, sondern ein unbelebtes Gerät ist nötig, um zu Erregung und zu Entspannung zu verhalten, aber auch gegenseitige Abhängigkeit möglich zu machen. Dem Patienten ist es einerseits wichtig, den Apparat völlig in seiner Gewalt zu haben, ihn zu kontrollieren, Macht über ihn auszuüben. Andererseits ist er völlig vom Automaten abhängig, wenn er sich nur in der Beziehung zum Gerät lebendig fühlen kann. Diese Seite der Abhängigkeit wurde gelegentlich verleugnet⁷ mit Selbstmordphantasien beantwortet oder aber auch genossen als etwas Besonderes. Mach mal konnten sich die Patienten durch diese Abhängigkeit vom Spiel auch als besonders exklusiv erleben (durch Identifikation mit diesem Machtinstrument, von dem soviel Zauber und Prickeln ausgehe); zugleich machten sie sich auf diese Weise von menschlichen Beziehungen unabhängig⁷ welche als zu kränkend erlebt werden würden.

Weiterhin fiel mir bei den Patienten auf, dass genitale sexuelle Wünsche weit gehend zu fehlen schienen. Von sich aus kamen die Patienten überhaupt nicht auf genitale Sexualität zu sprechen. Darauf angesprochen⁷ entschuldigte sich ein Patient dafür, dass auch er gelegentlich solche Wünsche habe, die er jedoch ablehne. Ein anderer Patient hatte sexuelle Befriedigung nie erlebt, sondern lediglich physiologische Abfuhr, die nie zu einer inneren Befriedigung und auch nie zu Beruhigung und Entspannung führte. Andere Patienten betonten immer wieder, dass genitale Sexualität für sie etwas ziemlich Unwichtiges im Leben sei, worauf sie auch monatelang verzichten könnten. Masturbation wurde weit gehend abgelehnt.

Theoretische Überlegungen

Ansätze zur Spielsucht in bisherigen Veröffentlichungen

Bisherige Arbeiten über Spielsucht beschäftigten sich weit gehend mit Roulettspielern, u. z. vorwiegend aufgrund von Literaturstudien. Dostojewskis „Spieler“ bot dazu ein reichliches Analysematerial. Abweichend davon hat sich lediglich Bergler sehr ausführlich mit verschiedenen Behandlungen von Spielern auseinandergesetzt. LINDNER und MATUSSEK mit der Analyse jeweils eines Spielers. V. HATTINGSBERG (1914) weist auf die Spannung und Erregung des Spiels hin, die viel wichtiger sei als das Gewinnen und die für den Spieler im Vordergrund stehe. Damit einher gehe zunehmendes Desinteresse am anderen Geschlecht. Die Spannung im Spiel führt er auf Angstlust zurück, die analerotischen Ursprungs sei. Er sieht physiologische Zusammenhänge, wonach bei Angst Erregungsabfuhr im Urethralapparat hervorgerufen werde. In sublimierter Form sei tatsächlich sexuelle Erregungsabfuhr möglich, indem ein Glücksgefühl auftrete, das intensiver sei als ein Orgasmus.

Nach SIMMEL (1920) diene die Spielleidenschaft „... der Entfaltung bzw. Ersatzbildung der im Unbewußten noch exzessiv wirksamen prägenital analadistischen Lido“. (SIMMEL, a. a. O., S. 397)

Die unersättliche Gier diene dem Ziel des Verlierens und entspringe dem narzistischen Drang analer Geburtsphantase, als der Fähigkeit, sich aus sich selbst heraus zu befriedigen. Geschlechtsdifferenzen werden verwischt, Vater und Mutter ebenso wenig voneinander unterschieden wahrgenommen wie anal und genital. Die Spielleidenschaft, wie Simmel es nennt, sei also eine autoerotische Befriedigung, „wobei das Spielen Vorlust, das Gewinnen Orgasmus, das Verlieren Ejakulation, Defäkation und Kastration ist“. (SIMMEL, a. a. O., S. 397.) FREUD (1928) sieht die Spielsucht als Selbstbestrafung, um die durch den Onaniezwang entstandenen Schuldgefühle zu bewältigen. „Das ‚Laster‘ der Onanie ist durch die Spielsucht ersetzt, die Betonung der leidenschaftlichen Tätigkeit der Hände ist für diese Ableitung verräterisch“. (FREUD, a. a. O., S. 285.)

Er versteht die Spielsucht als Kompromiss, um der Kastrationsangst gegenüber dem Vater zu entgehen. Dabei stehe die autoerotische Befriedigung im Vordergrund, wie sie in der Frühzeit und Pubertät üblich ist.

Nach REIK (1940) ist Spielen ein Zwangssymptom, dem die Frage an das Schicksal als dem letzten Vaterersatz zugrunde liege, ob die Onanie bestraft werde.

BERGLER (1936) unterscheidet verschiedene Formen von „Hasardspielern“, denen unterschiedliche genetische Konstellationen zugrunde liegen. Im Vordergrund könne dabei entweder die „Gedankenallmacht“ stehen oder die Bewältigung unbewusster Homosexualität. Am häufigsten habe er denjenigen Hasardspieler beobachtet, der durch eine Lusttrias einerseits und eine Strafris trias andererseits gekennzeichnet sei. Die Lusttrias bestehe aus Gedankenallmacht, infantiler Aggression gegen die Autorität und Exhibition; die Strafris enthalte einen unbewussten Verlustwunsch, sei ein unbewusster Überwältigungswunsch (Kastration) und ein Wunsch nach sozialer Diffamierung. Der Erfolg



der Therapie hänge vom Ausmaß des reversiblen Strafbedürfnisses ab. Nach Bergler ergeben sich masochistische Verbindungsbrücken zwischen den verschiedenen Anteilen der Lust- und Straftrias, indem z. B. der Verlustwunsch erotisiert werde. Weiterhin gebe es Spieler aus Abwehr von Homosexualität.

LINDER (1950) arbeitet in der Analyse eines Spielers starke unbewusste Aggressionen gegen den Vater heraus. Die zwanghafte Masturbation diene der Verleugnung der Kastrationsangst und sei begleitet von inzestuösen Phantasien.

MATUSSEK (1952/53) sieht als Motive zum Spielen, dass die Antriebskräfte zur Ruhe gebracht werden können. Ebenso seien der Drang nach Besitz, das Streben nach Macht und Geltung und die Flucht vor dem Alltag sehr wichtig.

Im Gegensatz zu anderen Autoren sieht Matussek im Verlieren der Spieler keine Befriedigung unbewusster Schuldgefühle, sondern die „Unfähigkeit, die Position des ‚Besitzenden‘ aufrechtzuerhalten und das im Spiel erworbene festzuhalten“. (MATUSSEK, a. a. O., S. 248). Der Verlust sei faktische und nicht erwünschte Konsequenz. Ebenso sieht Matussek im Spielen kein Onaniesubstitut.

In seiner Dostojewski-Studie beschreibt SIMON (1980) das Spiel als eine Regression auf die Ebene des „Größenselbst“ nach Kohut. Nachdem die Hauptperson in ihrem Versuch narzistischer Restitution durch projektive Identifizierung mit einem Objekt gescheitert sei, indem dieses plötzlich als reales Objekt zur Verfügung gestanden habe und deshalb seine symbolische Funktion verloren habe, wendet sie sich dem Spiel zu. Im Spiel reaktiviere der Darsteller Größen- und Allmachtsphantasien, gebe dabei konkrete Objekte auf und kommuniziere nur mehr mit „der Welt“, indem er gefeiert, beneidet und bewundert werden wolle. In einem maniformen Zustand nehme das Denken magische Züge an, indem das Realitätsprinzip überwunden werden solle, durch das Umwerfen des Leistungs-Verdienst-Verhältnisses. So werde die Verkehrung der Realität zum Symbol innerer Restitution.

Schöpferisches Spiel und Spielsucht

Ganz im Gegensatz zum Spiel ist die Spielsucht nichts Kreatives, sondern etwas Zwanghaftes. Der Spielsüchtige muss immer wieder spielen, da dies die einzige Form von Erregung und Spannungsabfuhr ist und gleichzeitig die einzige Form der Beziehungsaufnahme, die emotionsbesetzt ist, da sie an innere Fantasien und Objekte gebunden ist.

Nach WINNICOTT hat Kreativität ihre Wurzeln in dem Gefühl, dass das Leben lebenswert ist. Der Spieler (nicht der Spielsüchtige) ist beim Spiel frei, um schöpferisch zu sein. Kreativität entsteht durch Suchen im unstrukturierten Raum in primärprozesshaftem Denken und durch Integration in die Persönlichkeit mittels Symbolisierung. Schöpferisches Spielen kommt dem Träumen nahe, indem es die Beziehung zu realen Objekten ausdrückt, die damit verbundenen Gefühle häufig der Verdrängung unterliegen, und indem es eine symbolische Bedeutung hat.

Spielsucht steht dem Phantasieren und Tagträumen nahe. Dadurch wird dem Leben Energie abgezogen, die dem Phantasieren zugehörigen Gefühle unterliegen der Spaltung und haben einen symbolischen Wert.

Ich war auf den Gedanken gekommen, dass Phantasieren im Widerspruch zum Handeln und Leben in der realen äußeren Welt steht, aber darüber hinaus steht es auch im Widerspruch zum Traum und zur persönlichen oder inneren psychischen Realität, also zum Kern der individuellen Persönlichkeit. (WINNICOTT, 1985a, a.a.O., S. 42).

Auch wenn das Tagträumen dem Leben Energie abzieht, so schafft es dennoch bei neurotischen Patienten eine gewisse Autonomie, weil es eine eigene Beschäftigung mit sich selbst möglich macht und unlustvolle Situationen zwar nicht zu bewältigen, aber dennoch zu überstehen hilft. Im Gegensatz dazu ist das Phantasieren beim Spielsüchtigen - nach meiner Erfahrung - nie an menschliche Objekte geknüpft, sondern immer an Suchtmittel (Automat, Pferderennen etc.). Die Phantasie bezieht sich lediglich darauf, den Automaten zu beherrschen, zu kontrollieren und wie das möglich gemacht werden kann. Sie ist immer begleitet von dranghaftem Betätigen und von der Anwesenheit des Suchtmittels. Die unmittelbare Abfuhr dabei - ohne Triebaufschub - ist unbedingt notwendig. Durch die direkte Präsenz des Suchtmittels und die Notwendigkeit der unmittelbaren Triebabfuhr - also die Unfähigkeit zu jeglicher Sublimation - kann der Süchtige seine Phantasieproduktion nicht als Mittel der Autonomie benutzen und erleben.

Kreatives Spiel findet im Erleben von Omnipotenz und Kontrolle der Wirklichkeit auf dem „intermediären Spielplatz“ (Winnicott) zwischen zwei Objekten statt, durch Alleinsein in Gegenwart eines anderen, geliebten, erreichbaren, erinnerbaren, zuverlässigen Menschen. Dabei beeinflussen sich beide Spieler gegenseitig. Die gegenseitige Vertrautheit hat eine Hass-Liebe-Objektbeziehung zur Voraussetzung.

Durch das Zusammenwirken von subjektiv Wahrgenommenem und objektiver Realität, also von innerer und äußerer Realität sowie dem Erleben von Kontrolle entsteht heftige Erregung, das Magische, das nicht auf Triebregungen zurückzuführen ist und zu einem Sättigungspunkt führt, „der auf der Fähigkeit beruht, Erlebnisse zu bewahren“. (WINNICOTT, 1985a, a. a. O., S. 64).

Die Symbolisierung beim kreativen Spiel hat eine innere Differenzierung beim Spieler und eine Modifizierung der



Beziehung zu seinen realen Objekten zur Folge. Im Gegensatz dazu bleibt die krasse Trennung zwischen Innen- und Außenwelt beim Spielsüchtigen erhalten. Sie führt vorübergehend zu einer Beruhigung, da der Spielsüchtige sich nicht vor den bösen Objekten fürchten muß (wie ich noch ausführen werde), längerfristig jedoch zu einer zwanghaften Wiederholung. Während also das Spiel etwas Kreatives ist, ist Spielsucht die Zerstörung von Kreativität.

Spielsucht als Plombe oder Reparation am inneren Objekt

Die zwanghafte Wiederholung mechanischer Prozesse ist notwendig, da der Patient in seinen Beziehungen zu seinen realen Objekten keine narzisstische und libidinöse Zufuhr erhält. Die Patienten erleben ihre Beziehungen als mechanisch und schützen sich so vor der Angst vor Objektverlust, bringen sich jedoch auch um die Liebe und Aufwertung durch das Objekt. Dabei hat die Spielsucht eine wichtige prothetische Funktion, indem die fehlgeschlagene narzisstische Entwicklung durch eine Plombe geschlossen werden soll.

Alle Menschen streben in dem, was sie tun, was sie denken, phantasieren und schöpferisch gestalten, danach, die Lücke auszufüllen, das Selbstverständnis abzurunden, die Schönheit des Bildes ihrer selbst herzustellen, kurz das auszugleichen, was einst in ihrer Kindheit missglückte. (MORGENTHALER, a.a.O., S. 103).

Die Spielsucht dient der Aufrechterhaltung der narzisstischen Homöostase. Der Patient wiegt sich in dem Glauben an die Unabhängigkeit von Objekten; er verschafft sich die Illusion, in einer eigenen selbsterschaffenen Welt zu leben, in der das „Prickeln“ ihn in einen unvergleichlichen Rauschzustand versetzt. Dies trifft sich mit Vorstellungen von Simon über die Spielsucht; Ähnlichkeiten sind weiterhin bei delinquentem Agieren, zum Beispiel beim joy-riding, zu beobachten.

Zugleich kann man das süchtige Agieren als einen Versuch der Reparation am inneren Objekt (Klein, Winnicott, Khan) verstehen. Ohne seine Sucht erhalte der Patient eine starre Trennung zwischen innerer und äußerer Objektwelt aufrecht. Durch die innere Abgetrenntheit von den Objekten käme es auch nicht zu einer gegenseitigen Assimilation. Die Spielsucht ist oft der einzige Versuch, die starre Abriegelung und damit die ungelöste Identitäts- und Autonomieproblematik aufzubrechen. Nach Khan könnte man das Agieren beim Spielsüchtigen deshalb als „besondere Form des Erinnerens“ bezeichnen, indem der Patient seine innere Situation inszeniert, weil ihm eine andere Sprache dafür fehlt. Zugleich muss die Reparation am inneren Objekt immer aber auch scheitern, da es zu keiner Symbolisierung kommt, die starre Objektwelt unangetastet bleibt und auch die Ich-Funktionen nicht differenzierter werden.

Die Spaltung der Objektbeziehungen

Bei der Schilderung der Beziehungen der Patienten zu realen Objekten fiel mir immer wieder das Emotionsentleerte auf, und zugleich wurde dahinter die Angst vor Objektverlust deutlich. Die Patienten wollten eine triebhafte und ambivalente Besetzung ihrer Liebesobjekte vermeiden und projizierten sie deshalb auf das Gerät. Da die Patienten sich sehr vor der Wiederholung ihrer archaischen Phantasien und Triebwünsche in der Beziehung zu realen Objekten fürchten, schützen sie diese durch Spaltung. Die Spielsucht dient also wesentlich dem Erhalt der Beziehungen zu realen Objekten, um den Preis der Entleerung der Beziehungen. Diese Spaltung ist allzu verständlich, wenn sich die Phantasien gegenüber dem belebten Apparat als absolutes Kontrollbedürfnis, als Wunsch, Macht auszuüben, offenbaren. Der Patient müsste einerseits fürchten, das Objekt lasse sich nicht in der Weise behandeln, oder er verliere es gar. Seine Ich-Schwäche ließe ihn mit diesen Konsequenzen nicht fertig werden, und er müsste den Zerfall seines Ichs befürchten. Die süchtige Besetzung des Spiels steht auch im Dienste der Erhaltung des Realitätssinnes. In Projektion seiner eigenen Triebregungen auf das Objekt müsste der Spielsüchtige sich auch davor fürchten, dass das Objekt ihn kontrolliert und ausraubt. Um diesem Dilemma zu entgehen, spaltet der Patient seine Beziehungen, indem er sich einerseits differenziertere und stabilere Beziehungen zu Liebesobjekten aufrechterhält und seine triebhaften und ambivalenten Wünsche und Phantasien auf das Spielgerät projiziert. Der Preis ist die Entfremdung vom Selbst, die Gespaltenheit und die Emotionsentleerung gegenüber Liebesobjekten.

Das Spielgerät wird wie ein Übergangsobjekt im Sinne Winnicotts benutzt, das heißt es wird geliebt und gehasst, steht an der Grenze zwischen innen und außen; es kann benutzt werden wie ein Objekt, es steht für dieses Objekt und ist es zugleich nicht; es wird nicht betrauert. Anders als bei der Benutzung des Übergangsobjektes beim Kind hat die Spielsucht keine Autonomie fördernde Funktion, da die Beziehungen zum Objekt der Abhängigkeit vermieden werden muss und der Umgang mit dem Spiel Produkt der Spaltung ist und nicht der Integration der inneren Welt in die realen Beziehungen.

Die Besetzung der Spielsucht hat ihre Quelle in der inneren Objektwelt und in den mangelhaften Ich-Funktionen. Nach Klein ist die Introjektion des guten Objektes, vor allem der guten Brust, Vorbedingung für die Fähigkeit zu Objektbeziehungen. In Zuständen erhöhter Angst oder von Versagungen wird das Individuum immer wieder gezwungen sein, bei seinem inneren idealisierten Objekt Zuflucht zu nehmen. Weiterhin ist die sadistische Aneignung und Erforschung des Mutterleibes und die symbolische Beziehung zu den dessen Inhalt repräsentierenden Dingen und Objekten eine entscheidende Vorbedingung für differenziertere Objektfähigkeit.

Eine schon sehr früh gestörte Beziehung zwischen Mutter und Kind (nach Mahler würde ich die Störung bereits in der symbiotischen Phase ansiedeln) führt bei Spielsüchtigen nicht zur Verinnerlichung eines guten inneren Objektes.



Deshalb muss er sich um so mehr vor seinen eigenen oralsadistischen Impulsen gegenüber der Mutterbrust und dem mütterlichen Bauch fürchten. Die Angst, die Mutterbrust wirklich zu zerbeißen oder mit dem eigenen, als giftig und gefährlich erlebten Körperinneren zu zerstören, führt zu einer Zerstörung der Introjektionsfunktion. Gleichzeitig zum Erleben seiner eigenen sadistischen Impulse projiziert der Spielsüchtige diese auf eine überwiegend feindselig und nach Vergeltung suchende Mutter, die er ebenso feindselig kontrollieren muss.

Aus Angst vor äußeren Verfolgern, die seine innere Welt zerstören, und vor inneren Verfolgern, die die Mutter zerstören, zieht sich das Individuum in seine eigene Welt zurück. Es verharrt bei den wenigen rudimentär ausgebildeten guten Objekten, wird starr und verliert die Fähigkeit zu Projektion und Assimilation, also zum Austausch zwischen innerer und äußerer Welt, sondern wird von seiner inneren Welt beherrscht.

In der Folge schafft sich der Patient ein „schönes Bild“ (Klein) von der Mutter, das jedoch von der realen Mutter abgelöst und nicht integriert ist, die als beschädigt und unheilbar gefürchtet wird. Analog diesem Bild gestaltet er seine Beziehungen zu realen Objekten, kann sich auf diese Weise immerhin ein Zusammenleben ermöglichen, das jedoch sehr triebentleert und immerfort beunruhigend ist, weil es von den inneren und projizierten Es-Impulsen überschwemmt zu werden droht.

Diese reale Beziehung kann der Patient nur dann aufrechterhalten, wenn er parallel dazu eine zweite Welt erschafft - die Welt der Spielsucht -, in der er über das Objekt Apparat absolute Kontrolle ausübt, sich dieses Objekt unterwirft, in es eindringt und es ausraubt. Anschließend muss er sich dann vor dessen Vergeltung und Rache fürchten, die der Automat auch verübt, indem er die inneren Schätze des Patienten, dessen Geld, verschlingt und auffrisst. Der Patient kann auch projizieren, er habe den Automaten vergiftet, indem er ihm „heute nicht wohl gesonnen“ sei, sondern „gegen ihn spiele“; oder er kann auch den Verlust des Objektes befürchten, wenn der Automat „eigene Wege gehe“. Der Patient kann den unbelebten Apparat in seinem Sinne beleben und alle - in realen Beziehungen abgespalteten - oralen und oralsadistischen Befürchtungen, Ängste und Impulse projizieren. Nur auf diesem Wege schafft sich der Patient eine Welt, in der Erregung und Entspannung möglich ist, denn dies ist seine eigene Phantasie beladene Welt, das heißt der einzige Teil seines Lebens, der in direkter Beziehung zu seinem Innenleben steht. Da der Patient einen eigenen inneren Punkt von Sättigung nicht kennt, stellt der Automat ihm diese Grenze leihweise zur Verfügung, wenn er „das ganze Geld verschlungen hat“.

Durch diese abgespaltene Beziehungswelt ist für den Patienten eine Form von großer Nähe und Verschmelzung mit dem Objekt möglich, die aufgrund seiner mangelhaft ausgebildeten Ich-Funktionen mit einem realen Objekt nicht möglich wäre, weil er den Zusammenbruch seiner Ich-Grenzen befürchten müsste. Da der Automat vom Süchtigen zugleich belebt und als unwirklich erlebt werden kann, ist große Nähe und schnelle Distanzierung möglich. Die mangelnde innere Autonomie wird durch diese Distanzierung kompensiert.

Ich-Funktionen und Ich-Abwehr

Die beschriebene Form der Objektbeziehungen basiert auf und geht Hand in Hand mit der Entwicklung zu instabilen Ich-Funktionen und einem schwachen Ich. Während bei einer autonomen Entwicklung durch Reifungsprozesse und mütterliche Fürsorge vom Kind allmählich Ich- und Es-Strebungen und -Funktionen als Selbstrepräsentanzen zusammengefügt werden, die artikuliert, differenziert und genossen werden können, bleibt das Ich des Spielsüchtigen immer in Furcht vor Auflösung und Zerfall. Das Individuum hat große Angst vor dem Verlust autonomer Ich-Funktionen durch Überflutung von Es-Impulsen oder tatsächlichem Scheitern, wie durch Enttäuschung des realen Objektes.

Dabei ist die Fähigkeit, Angst zu ertragen, ganz entscheidend für die Ich-Entwicklung und für die Herstellung einer wirklichen Realitätsbeziehung.

Ich-Entwicklung und Realitätsbeziehung sind somit abhängig von der stärkeren oder geringeren Fähigkeit des ganz frühen Ichs, den Druck der frühesten Angstsituationen zu ertragen, wobei es sich wieder um ein gewisses Optimum der zusammenwirkenden Faktoren handelt. Ein genügendes Ausmaß an Angst ist die Grundlage für eine reiche Symbolbildung und Phantasietätigkeit - eine genügende Fähigkeit des Ichs, Angst zu ertragen, ist die Vorbedingung für eine gelungene Verarbeitung dieser Angst, den günstigen Verlauf dieser grundlegenden Phase und das Gelingen der Ich-Entwicklung. (KLEIN, a.a.O., S. 38 f.).

Spielsüchtige sind zu dieser differenzierten Angstempfindung und zum Ertragen der Angst nicht in der Lage. Wenn sie überhaupt Angstempfindungen zulassen, dann versuchen sie, diese Angst latent und diffus zu halten und reduzieren sie damit auf die primäre Angst vor dem Verlust des Objektes. Diese wird durch die geringe Ich-Stärke, durch das nur rudimentär vorhandene gute innere Objekt und durch die mangelhafte Verinnerlichung und Abwehr des bösen Objektes sehr schnell mobilisiert. Um diese grundlegende Angst abzuwehren, spaltet der Süchtige sein Erleben und Handeln in der Belebung zweier Realitäten: der Welt der realen Objekte und der des Spiels. In manischer Abwehr flieht der Patient in die magische Überhöhung des Spiels, dessen Exklusivität und Rauschhaftigkeit. Die dabei auftretenden Ängste und Enttäuschungen wehrt er ab durch Distanzierung in die Unwirklichkeit der Spielwelt. Durch dieses Agieren versucht er zugleich die frühe Form der Isolation zwischen Mutter und Kind aufzuheben und ein Gefühl von großer Nähe und Verschmelzung mit dem Spielautomaten herzustellen, ohne die schwachen Ich-Grenzen anzutasten. Überich und genitale Sexualität



Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass genitale Sexualität bei Spielsüchtigen eher Nebensache zu sein scheint, wenig lustbesetzt, aber häufig sehr angstbesetzt ist. Dies scheint mir einerseits mit Phantasien gegenüber der oral-sadistischen Mutter zusammenzuhängen, die die Überich-Bildung beeinflussen. Andererseits und bedingt dadurch ist die Organisation des Lebens des Patienten darauf gerichtet, in der Dualunion zu verharren und ödipale Bilder abzuwehren. In den genannten Beispielen wird immer wieder auch deutlich, dass die Patienten Verantwortung, Gewissen, Verbindlichkeit, Schuldgefühle etc. kaum erleben, sondern an deren Stelle immer wieder die Angst vor Objektverlust tritt. Im Grunde hatten alle meine Patienten keine „Gewissensbisse“, wenn sie einen Menschen gegen den anderen ausgespielt haben, die Partnerin hintergingen oder bestahlen. Interessant war für sie vor allem, wie sie sich dafür rächen würde, wie sie den Patienten bestrafe, ob sie ihn vorübergehend oder endgültig verlasse.

Infolge der frühen Identifizierung mit der Mutter ist die Angst vor Angriffen auf das Innere des Körpers bei Männern und Frauen von großer Bedeutung, und dies beeinflusst bei Männern die Kastrationsangst auf verschiedene Weise. In der Befürchtung vor Vergeltung 3. für die eigenen sadistischen Phantasien befürchtet das Individuum, in der Mutter gefangen und begraben zu werden. Bei Männern führt dies auch zu der ängstigen Phantasie, den eigenen Penis in der Mutter zu verlieren, aus Strafe werde die Mutter den Penis zerstören und abbeißen.

Die in der oral-sadistischen Objekt- und Phantasiewelt fixierten Spielsüchtigen müssen die Kastrationsangst besonders fürchten. Deshalb ist genitale Sexualität für sie vorwiegend angst- und wenig lustbesetzt. Um diese Angst abzuwehren, regredieren sie auf die Ebene prägenitaler Triebbefriedigung im Spiel.

Diese Regression ist zugleich ein Versuch, den frühen und den ödipalen Vater aus dem Innenleben zu verbannen. Die Wahrnehmung des ödipalen Vaters würde ein - durch die oral-sadistische Angst verstärktes - Maß an Kastrationsangst mobilisieren, das die ohnehin geringe Fähigkeit des Ichs, Angst zu ertragen, bei weitem übersteigt. Überdies müsste sich der Patient mit der Kränkung und dem Verlust des dualen Objektes und der damit verbundenen illusionären Welt abfinden, dass er nicht der Mittelpunkt im Leben der Mutter ist und dass die Mutter nicht zu ihm, sondern zum Vater gehört. Er würde sich auch die Möglichkeit der Regression in diese narzisstische Welt versperren, die er in narzisstischen Krisen dringend benötigt. Überdies ist der Lustgewinn im Spiel so verführerisch, dass die Realität der Wahrnehmung des kränkenden und kastrierenden Vaters so unangenehm ist, dass der Patient auch auf die Autonomie und genitale Potenz verzichtet, zu der er durch die Identifikation mit dem Vater gelangen könnte.

Psychogenetische Aspekte

Im Erstinterview und im späteren Behandlungsverlauf war für mich immer wieder sehr deutlich, wie sehr die Spielsüchtigen dazu neigten, ein positives Bild der Eltern, besonders der Mutter, zu vermitteln. Zugleich konnten die Eltern überhaupt nicht plastisch beschrieben werden, sondern ein konkretes Bild entstand bei mir auch nach langer Zeit Behandlung oft nicht. Nur aus den spärlichen Mitteilungen, den inneren Bildern des Patienten und aus meiner Gegenübertragung konnte ich Rückschlüsse auf genetische Aspekte ziehen.

Ich bin zunehmend zu der Überzeugung gekommen, dass die Patienten nicht nur aus Angst vor Objektverlust versuchen, die Eltern zu schützen, sondern auch, weil sie zum Teil nicht konkrete Angaben über schlechte Erfahrungen wie Schläge machen können. Im Sinne Winnicotts hatten sie Mütter, die sich wenig in sie einfühlen konnten, sondern die eigene feste Erwartungen vom Säugling hatten, denen er sich fügen mußte. Sie konnten die Omnipotenzäufierungen des Säuglings nicht zur Geltung bringen. Und gerade darin läge ein erster spielerischer Umgang zwischen Mutter und Kind. Die fehlende Anerkennung der Omnipotenz des Kindes durch die Mutter hat zu einer tiefen Kränkung geführt, die der spielsüchtige Erwachsene gutzumachen sucht, indem er sich in eine omnipotente magische Phantasiewelt begibt.

Nach Mahler setze ich den Beginn der Beziehungsstörung in der symbiotischen Phase an, in der die Mutter nicht die nötigen Hilfsfunktionen übernommen hat, um den Säugling vor Reizüberflutung zu schützen. Sie konnte auch keine Spiegelfunktion übernehmen, um dem Kind dadurch den Aufbau von Selbstrepräsentanzen zu ermöglichen. Vielmehr musste das Kind eine vorzeitige Ich-Entwicklung beginnen und zudem Möglichkeiten finden, die Mutter für sich zu gewinnen, wenn auch nicht im Sinne einer einfühlsamen gegenseitigen Beziehung. Dabei haben die Patienten verschiedene „Als ob“-Mechanismen entwickelt, die es ihnen ermöglichen, andere für sich zu interessieren, zumindest eine Pseudo-Beziehung aufzubauen, damit sie nicht alleine sind.

Zu diesem Verständnis hat mir eine eigene Gegenübertragungsreaktion geholfen. Zu Beginn habe ich über einen Patienten berichtet, der durch eine Schilderung seines Erlebens beim Pferderennen die gesamte Gruppe in einen Rauschzustand versetzen konnte. Ich selbst fühlte mich gleichermaßen mitgerissen wie die Patienten. Ich fand den Patienten einen hochinteressanten Fall und fing an, theoretische Überlegungen anzustellen. Schließlich wurde mir bewusst, dass alle meine Gedanken und Empfindungen völlig unpersönlich waren. Ich überlegte mir dann, wie ich den Patienten als Person erlebte, was ich für ihn fühlte. Er war mir sehr unangenehm, ich fand ihn schleimig und ich befürchtete, von ihm „ausgetrixt“ zu werden. Diese unangenehmen persönlichen Gefühle schob ich dann sehr schnell weg, weil ich spürte, dass ich den Patienten nicht an mich herankommen lassen wollte.

Diese eigene Reaktion hat mich an die Idolisierung von Khan erinnert, wo nicht emphatische Einfühlung und persön-



liche Gefühle zwischen Mutter und Kind oder zwischen dem Perversen und seinem Partner erlebt werden, sondern eine manische Überhöhung - bei Perversen gegenüber dem Körper - stattfindet. So wie mein Patient mich und die Gruppe in einen Rauschzustand versetzen konnte, also keine gegenseitige von persönlichen Gefühlen getönte, sondern eine idolisierte, eine „Als - ob“ - Beziehung herstellte, so hat er möglicherweise auch seine Mutter für sich gewinnen können. Möglicherweise ist er analog auf ihre Bedürftigkeit eingegangen, hat ihr „gute Gefühle“ verschafft und so die Mutter für sich interessiert und gehalten. Dies könnte der Hintergrund für das ideale, aber nicht integrierte Bild von der Mutter gewesen sein, das mir alle meine Patienten vermittelten.

Zu erwähnen bleibt noch, dass die Patienten berichteten, dass sie in ihrer Kindheit weder mit Eltern noch mit Geschwistern oder Freunden gespielt haben, sondern dass sie eigentlich keine Freunde hatten. Übergangsobjekte schienen ihnen des weiteren unbekannt gewesen zu sein. Vielmehr gaben sie sich Tagträumen hin. Ein Patient sprach davon, schon als kleines Kind oft stundenlang durch Wald und Felder gelaufen zu sein und über seine Einsamkeit und seine Wünsche phantasiert zu haben. Zu konkreten Freundschaften sei es aber nie gekommen. Die Spielsucht erscheint danach als die erwachsene Fortsetzung der Tagträume des einsamen Kindes.

Literatur

ASSFALG, R. (19X0): Analytisch orientierte Gruppentherapie in einer Fachklinik für Alkoholranke. Gesamtverband für Suchtkranken Hilfe (Kassel).

BALINT, M. (1973): Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek (rororo studium).

BERGLER, E. (1936): Zur Psychologie des Hasardspielers. In: Imapo. Bd. 22, S. 409-441. Leipzig.

CHASSEGUET SMIRGEL, J. (1981): Das Ichideal. Frankfurt (Suhrkamp). FREUD, A. (1982): Das Ich und die Abwehrmechanismen. München (Kindler).

FREUD, S. (1928): Dostojewski und die Vätertötung. Studienausgabe Bd. 10, S. 267-286.

FRÖHLING, U. (1984): Droge Glücksspiel. Betroffene erzählen von einer heimlichen Sucht. München (Mosaik-V.).

GOLDSCHMIDT, O., und MUCK, M. (1978): Eine besondere Form der Objektbeziehungsstörung als Ursache delinquenten Verhaltens („joy-riding“). In: Psyche. Nr. 9, S. 848-859.

GRUNBERGER, B. (1977): Vom Narzissmus zum Objekt. Frankfurt (Suhrkamp).

HAND, I. (1986): Spielen - Glücksspielen - Krankhaftes Spielen („Spielsucht“). In: Korczak, D.: Die betäubte Gesellschaft. Frankfurt (Fischer).

VON HATTINGSBERG, H. (1914): Analerotik, Angstlust und Eigensinn. In: Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse. Bd. 2, S. 24-258.

KERNBERG, O. (1975): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt (Suhrkamp).

KHAN, M. (1983): Entfremdung bei Perversionen. Frankfurt (Suhrkamp).

KLEIN, M. (1983): Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart (Klett-Cotta). KLEIN, M. (1979): Die Psychoanalyse des Kindes. München (Kindler).

LINDNER, R. (1950): The Psychodynamics of Gambling. In: Annals of the American Academy of Political and Social Science. 269, S. 93-107

MAHLER, M. S. (1986): Symbiose und Individuation. Stuttgart (Klett-Cotta).

MATUSSEK, P. (1952/53): Zur Psychodynamik des Glücksspielers. In: Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie. Bd. 1, S. 232-252.

MEYER, G. (1984): Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeiten - Objekte pathologischen Glücksspiels. Bochum (Brockmeyer).

MORGENTHALER, F. (1984): Homosexualität - Heterosexualität - Perversionen. Frankfurt (Campus).

RAUCHFLEISCH, U. (1981): Agieren bei dissozialen Persönlichkeiten. In: Psyche. Nr. 6, S. 527-543.

REIK, T. (1940): The Study on Dostojewski. From thirty Years with Freud. New York (University Press).

ROSENFELD, H. (1964): Die Psychopathologie der Drogensucht und des Alkoholismus - eine kritische Sichtung der psychoanalytischen Literatur. In: Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Frankfurt (Suhrkamp). 1981, S. 254-285.

ROSENFELD, H. (1960): Über Rauschgiftsucht. In: Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Frankfurt (Suhr-

kamp). 1981, S. 159-166.

ROST, W.-D. (1987): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart (Klett-Cotta).

ROST, W.-D. (1983): Theorie und Therapie des Alkoholismus. In: Psyche Nr. 5, S. 412-439.

SIMMEL, E. (1920): Zur Psychoanalyse des Spielers. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse. Bd. 6, S. 397

SIMON, F. B. (1980): Glücksspiel als narzisstische Restitution. In: Materialien Psychoanalyse 6, S. 25-46.

WINNICOTT, D. W. (1985 a): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart (Klett-Cotta).

WINNICOTT, D. W. (1985 b): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt (Fischer).



b a m b e r g e r



b a m b e r g e r



b a m b e r g e r