



PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

PROBLEMSTELLUNGEN DIESER SUCHTERKRANKUNG

MAG. LAURA BRANDT

ZENTRUM FÜR PUBLIC HEALTH
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN



SPIEL/GLÜCKSSPIEL



Spiel ist eine freiwillige Handlung oder Beschäftigung, die ihr Ziel in sich selber hat, begleitet wird von einem Gefühl der Spannung und Freude, und einem Bewusstsein des ‚Andersseins‘ als das ‚gewöhnliche Leben‘.
(Johan Huizinga, 1994)

Gambling is placing something of value at risk in hopes of achieving something of greater value.
(Potenza et al., 2001)

GLÜCKSSPIELAUSGABEN IN ÖSTERREICH IM EU-LÄNDERVERGLEICH (2004)

Land	Spieleinsätze Gesamt (Millionen €)	Spieleinsätze pro Einwohner (€)
Österreich	15.630	1.900
Großbritannien	98.340	1.640
Finnland	8.140	1.550
Frankreich	34.770	570
Deutschland	34.610	420
Spanien	27.290	620
Italien	24.270	420

Die Glücksspielausgaben pro Kopf unter EU 25 2004 bewegten sich zwischen € 20 in Litauen und €1.900 in Österreich (Durchschnitt EU25: € 630)

Quelle: London Economics, September 2006



BRUTTO-SPIELERTRÄGE ÖSTERREICH 2011



In Mio. Euro	Lotterien	Automaten	Spielbanken	Wetten	Online
<i>Brutto-Spielererträge*</i>	600	367	182	117	103

* Differenz zwischen Spieleinsätzen und Gewinnausschüttung (nach Abzug von Steuern etc.) → Gewinn der Anbieter

Beispiel: Automatenglücksspiel außerhalb von Spielbanken

In Mio. Euro	2008	2009	2010	2011
<i>Spieleinsätze</i>	4.244	4.535	4.340	3.669
<i>Gewinnausschüttung</i>	88	89	89	89
<i>Brutto-Spielererträge</i>	499	519	472	367

TEILNAHME AN EINEM GLÜCKSSPIEL IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

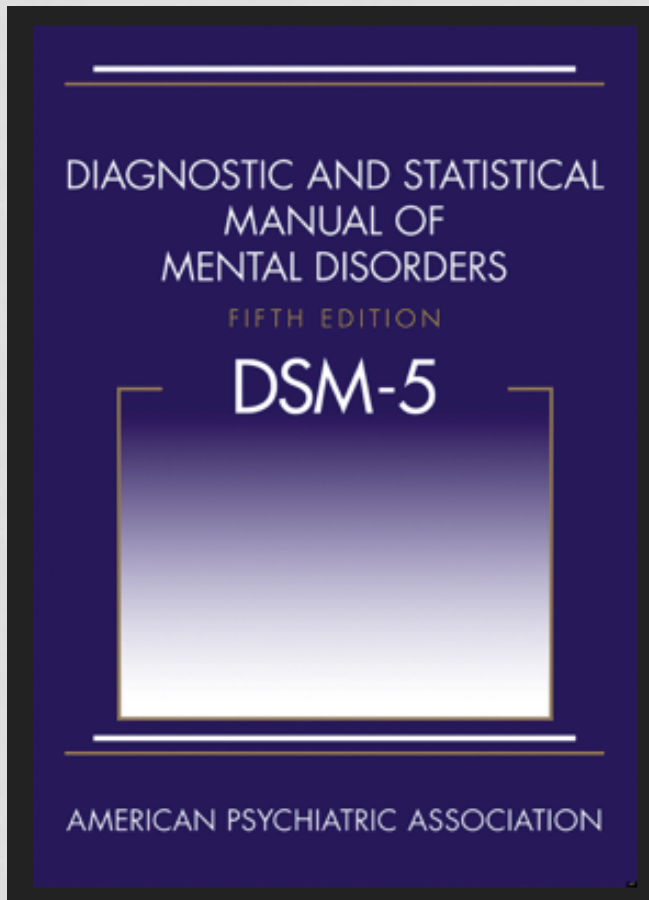
	Österreich (Kalke et al., 2011)	Deutschland (Sassen et al., 2011)
Insgesamt	42,0%	48,0%
Männer	47,4%	53,9%
Frauen	36,5%	42,0%

PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIEL

	Prävalenz DSM-IV-R	Österreich (n)*
Insgesamt	0.7%	ca. 50.000
Männer	0.9%	ca. 34.500
Frauen	0.4%	ca. 14.200

*Auf Basis des Bevölkerungsstands Österreich 2012 ab 18 J. (Statistik Austria)

DIAGNOSE VON SUCHTERKRANKUNGEN: KLASSIFIKATIONSSYSTEME PSYCHISCHER STÖRUNGEN



DSM 312.31



F63.0 Pathologisches Glücksspiel

DIAGNOSTISCHE LEITLINIEN FÜR PATHOLOGISCHES GLÜCKSSPIELEN IN DSM

PG (312.31) nach DSM-IV

Andauerndes, fehlangepasstes Spielverhalten, das sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt:

1. Starke Eingenommenheit vom Glücksspiel
2. Toleranzentwicklung
3. Kontrollverlust
4. Entzugserscheinungen
5. Flucht von Problemen o. neg. Stimmungen
6. Chasing
7. Verheimlichung
8. Beschaffungsdelinquenz
9. Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen
10. Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte

Änderungen in DSM-5

Versoben von „Impulse Control disorders, Not Elsewhere Classified“ in Kapitel „**Substance-Related and Addictive Disorders**“

- Neuer Name: **Gambling Disorder**

→ Gambling disorder is similar to substance-related disorders in clinical expression, brain origin, comorbidity, physiology, and treatment

- ~~• Beschaffungsdelinquenz~~



SOZIODEMOGRAPHISCHE RISIKOFAKTOREN

- **Männliches Geschlecht** → erhöht das Risiko um das 20,8-fache (Sassen et al., 2011)
- **Alter** → bei Jugendlichen ist das Risiko um das 4-fache erhöht (Meyer et al., 2011)
- **Migrationshintergrund** → erhöht das Risiko um das 7,2-fach (Sassen et al., 2011)

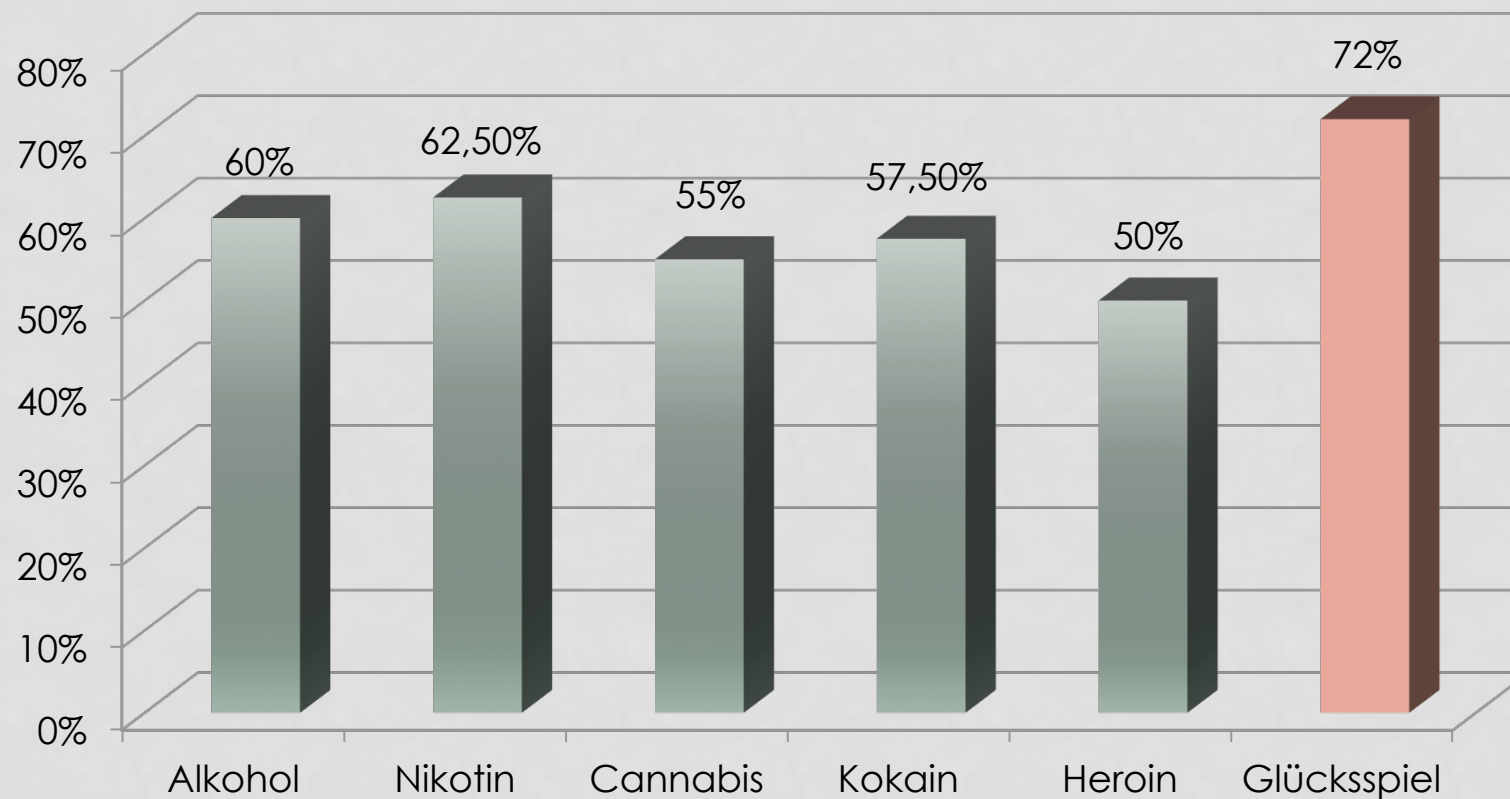




TELESCOPING EFFECT

	Frauen (n=39)	Männer (n=38)	p
Alter			
Bei Spielbeginn	34,2	20,4	<0,001
Bei Behandlungsbeginn	44,7	42,3	n.s.
Jahre intensiven Spielens (bis zu ersten Spielproblemen)	1,0	4,6	0,017
Jahre des problematischen Spielverhaltens (von ersten Problemen bis zum Behandlungsbeginn)	1,8	8,6	<0,001
Max. Abstinenz (in Monaten)	2,6	10,1	0,015

HERITABILITÄT DER PG



Agrawal, A., & Lynskey, M. T. (2008). *Addiction*, 103(7), 1069-1081.

Beaver, K. M., Hoffman, T., Shields, R. T., Vaughn, M. G., DeLisi, M., & Wright, J. P. (2010). *Addiction*, 105(3), 536-542.

HERITABILITÄT DER PG



SUBSTANTIELLE GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE



- 85% genetisch erklärbar
- Nicht-umgebungsgleiche Faktoren (z.B. Selbstkontrolle und Stimmungsfaktoren) stehen für 15%

→ Bei Männern scheinen Umweltfaktoren eine geringe Rolle zu spielen



- Nicht-umgebungsgleiche Faktoren erklären 55% der Varianz
- Idente Umgebungsfaktoren zeichnen sich zu 45% verantwortlich

→ Bei Frauen scheinen genetische Faktoren eine geringe Rolle zu spielen

AUFRECHTERHALTUNG – SALIENCE & ATTENTIONAL BIAS

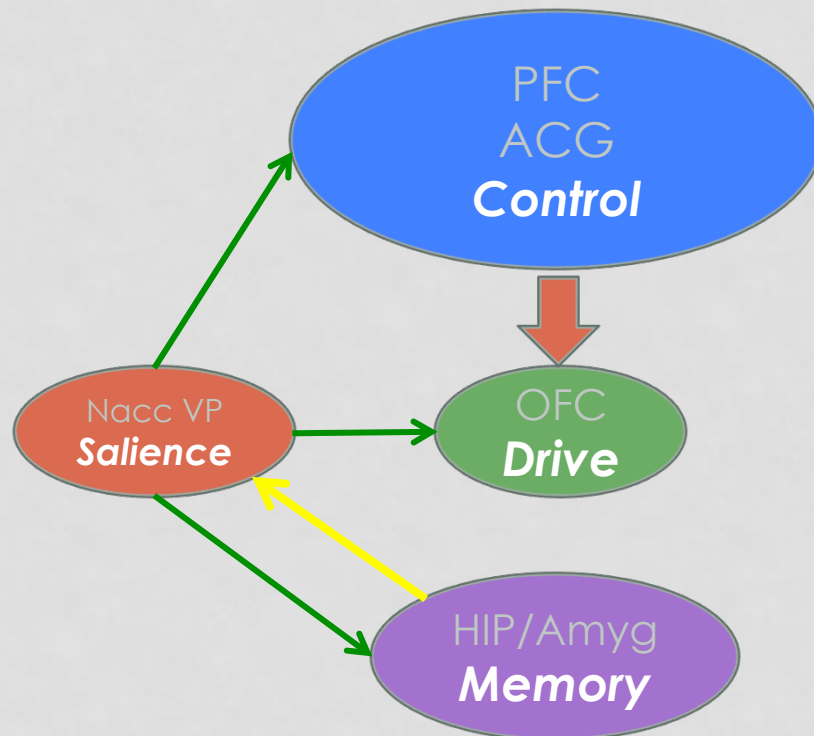


- Historisch: **Craving** als notwendiges Kriterium für einen Rückfall
- Neuere Studien: **Salience** und **Attentional Bias** als wichtige Faktoren im Relapse-Cessation-Kontinuum
 - **Salience**: Process in which perception of an otherwise neutral stimulus is transformed into an attractive and “wanted” stimulus. (Robinson & Berridge, 1998)
 - “Liking” a stimulus typically leads to subjective pleasure, whereas “wanting” is much stronger and can create an all-consuming pattern of uncontrollable craving. (Lemonick, 2007)
 - Salient stimuli are capable of both grabbing and holding attention, which is described as **attentional bias**. (Field, & Cox, 2008)

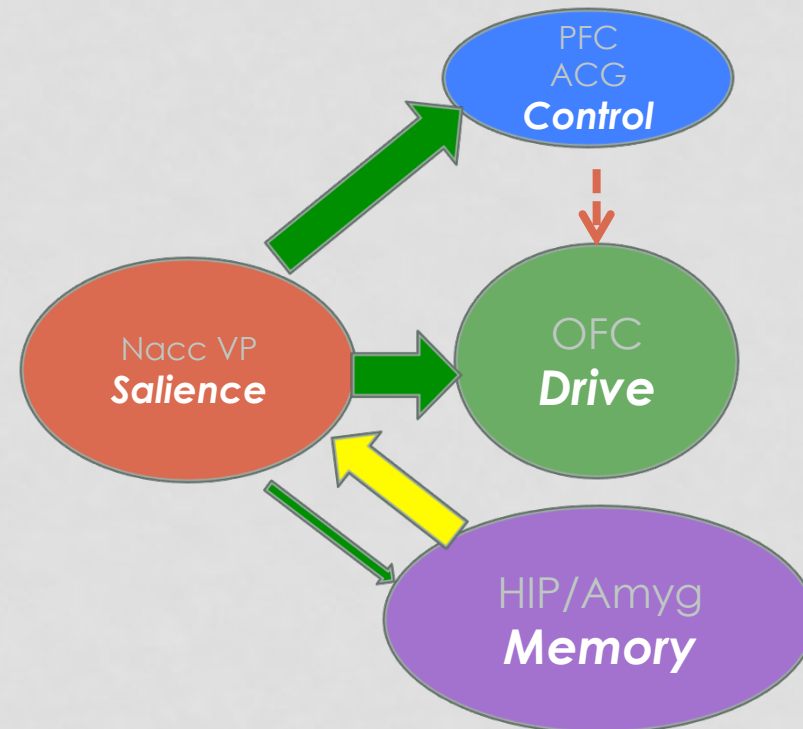
NEUROPHYSIOLOGISCHE (DYS)REGULATIONEN



Non-addicted brain



Addicted brain



Dopaminergic pathways regulate neural systems that are associated with reward sensitivity (**salience**) and incentive motivation, memory and learning (**conditioning**), behavioural inhibition (**impulse control**), stress reactivity, and interoceptive awareness. (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Baler, 2012)

Kernkomponenten von Substance Use Disorders (SUD):

- Increased salience of drug-related stimuli compared to general rewarding stimuli
- Craving for drug-related stimuli
- Diminished control over behaviour or impulsivity
- Continued engagement in behaviour despite adverse consequences

→ 'Hijacking' of the reward system by drug-related stimuli



Ähnliche Mechanismen bei PG:

- Spielverhalten wird durch klassische/opertante Konditionierung beeinflusst
- Erhöhte Dopaminausschüttung (DA) während des Spielens
- Euphorie während des Spielens → "High"
- Salience Attribution in Bezug auf Spielen steigert sich → cue-reactivity → subjektives Craving → (potentiell) gesteigerte DA-Ausschüttung → Veränderte DA Neurotransmission → Zelluläre Adaption der mesolimbisch-präfrontalen glutaminergen Bahnen

→ Spiegelt den dynamischen Prozess der Entstehung von SUDs wider

PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄTEN

Störungen nach DSM-IV	Allgemein Bevölkerung (%)	PG (%) (5-10 Kriterien)
Psychiatrische Komorbidität (exkl. Substanzabhängigkeit)	16,1%	71,5%
Substanzabhängigkeit insgesamt	25,8	89,8
- Tabakabhängigkeit	20,9	78,2
- Alkoholabhängigkeit	8,3	54,9
- Illegale Drogen	1,2	22,5
Affektive Störungen	12,3	63,1
Angststörungen	6,5	37,1
ADHS	2,5*	25,0**
Psychiatrische Störungen insgesamt	35,7	95,5

Meyer, C., Rumpf, H. J., Kreuzer, A., de Brito, S., et al., PAGE-Studie (N=14.022) *Fatseas et al., 2012; **Grall-Bronnec et al., 2011

PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄTEN - GESCHLECHT & SCHWERE DES PG (DESAI & POTENZA, 2008)

Diagnose	Männer				Frauen			
	Non/LF	At-Risk	PG	p	Non/LF	At-Risk	PG	p
Major Depression	4,96	6,75	7,18	0,21	8,85	18,5	30,92	0,002
Dysthymia	1,17	1,18	4,19	0,52	2,25	6,07	8,80	0,008
Panic Disorder	1,22	2,28	3,75	0,31	2,60	12,28	13,34	0,0004
Alcohol abuse/dep.	9,95	27,25	36,60	<0,0001	4,25	14,31	19,60	<0,0001
Nicotine dep.	11,52	26,07	43,96	<0,0001	9,87	31,99	42,50	<0,0001
Drug abuse/dep.	2,41	7,06	6,25	0,003	1,06	4,94	5,27	0,003

NESARC National Epidemiological Survey of Alcoholism and Related Disorders
N=43.093 (♂=18.518, ♀=24.575)

BEHANDLUNGS- ZUGANG



Niedrige Raten für PG

- 7%-12% der PGs haben jemals professionelle Hilfe gesucht
- PGs in Behandlungseinrichtungen sind vorwiegend männlich (10%-15% Frauen)

Gründe für die geringe Rate an Behandlungssuchenden

- Externe Barrieren (Verfügbarkeit, Öffnungszeiten, Wartelisten etc.)
- Persönliche Faktoren (Problem alleine lösen wollen, Stolz, Stigma, Scham)

➔ Diskrepanz zwischen Betroffenen die Behandlung benötigen und jenen die sie auch bekommen.

CONCLUSIO

- PG stellt innerhalb der erwachsenen Bevölkerung ein Problem <1% Prävalenz dar – ist aber ernstzunehmen
- Die Behandlung von pathologischem Glücksspielverhalten erfordert eine sorgfältige **Differentialdiagnose** in Hinsicht auf mögliche Ausschlusskriterien
- **Komorbidität** stellt bei Spielsucht eher einen Regelfall als ein Einzelphänomen dar
- Die Behandlung muss auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt sein – idealerweise in einem **multiprofessionellen, gender-sensitiven Ansatz**
- Eine **standardisierte Diagnostik und Behandlung** der psychiatrischen Komorbiditäten ist ausschlaggebend für den Behandlungserfolg!