



Therapeutische Implikationen für Glücksspielabhängige

Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer
Medizinische Universität Wien
Zentrum für Public Health
Wien, am 04.10.2012

Pathological Gambling (PG) - Prävalenz

(Stuck & Rihs-Middel 2007, *J of Gambling Studies*, 23(3):245-257)

- Lebenszeitprävalenz für „excessive gambling“ in Nordamerika, Europa, Asien, Australien und Neuseeland
(Übersicht von 32 Prävalenzstudien mit $N \geq 500$)

	Problematisches Spielen	Pathologisches Spielen
South Oaks Gambling Survey	1.2 %	1.8 %
Canadian Problem Gambling Index	2.4 %	0.8 %
DSM-IV	1.9 %	1.2 %

Pathological Gambling (PG) – Komorbidität

(Petry et al 2005, *J Clin Psychiatry*, 66:5)

➤ Lebenszeitprävalenz der Komorbidität unter Patienten in den USA mit der DSM-IV Diagnose PG; N = 43.093

Komorbidität (DSM-IV Diagnose)	Prävalenz in %
Alkoholmissbrauch/Alkoholsucht	73.22
Substanzmissbrauch/-sucht	38.10
Nikotinabhängigkeit	60.37
Affektive Störungen	49.62
Angststörungen	41.30
Persönlichkeitsstörungen	60.82

Therapeutische Interventionen

- **Medikamentöse Interventionen**
(zB. Antidepressiva, ...)
- **Psychologische Interventionen**
(zB. Motivierende Gesprächsführung, ...)
- **Psychotherapeutische Interventionen**
 - (zB. Gesprächstherapie, ...)

Medikamentöse Therapie von PG

→ 3 Hauptklassen von Medikamenten:

- Antidepressiva
- Opioid Antagonisten
- Mood Stabilizer

Behandlung von PG mit Paroxetin

(Kim et al. 2002, *J Clin Psychiatry* 2002 Jun;63(6):501-7)

Methode:

Messung des Behandlungseffekts mittels Fragebögen:

- Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS; Suck et al. 2009)
- PG Clinical Global Impression-Scale (PG-CGI; Guy 1976)

Design:

Doppelblinde, Plazebo-kontrollierte, randomisierte Studie

N = 45 Patienten mit DSMV-Diagnose PG (Score >5 auf South Oaks Gambling Screen)

1. Phase: 1 Woche: alle Patienten in Plazebo-Gruppe

2. Phase: 8 Wochen Plazebo vs. Paroxetin

Anfangsdosis: 20mg – Steigerung auf 60mg/Tag

Behandlung von PG mit Paroxetin

(Kim et al. 2002, *J Clin Psychiatry* 2002 Jun;63(6):501-7)

Ergebnisse:

Behandlungserfolg unter Paroxetin ist größer als in Plazebo-Gruppe

Reduktion des Total Scores auf der G-SAS – Gruppenvergleich:

Behandlungswoche	p
6, 7	0.03
8	0.042

Reduktion des Scores auf der CGI – Gruppenvergleich:

Behandlungswoche	p
6	0.033
7	0.014
8	0.025

Behandlung von PG mit Paroxetin

Grant et al. 2003; *Int Clin Psychopharmacol* (4):243-9)

Methode: Messung des Behandlungserfolges mit Fragebögen:

- CGI (PG Clinical Global Impression-Scale)
- PG-YBOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)
- SOGS (South Oaks Gambling Screen)

Design: Multi-Center, doppelblind, Plazebo-kontrolliert, randomisiert

N = 76 (DSM-IV Diagnose PG)

Phase I: 1 Woche Placebo

Phase II: 16 Wochen randomisiert auf Paroxetine (10-60mg/Tag – flexible Dosis abhängig von Response und Toleranz) od. Plazebo

Doppelblinde, Placebo-kontrollierte Pharmakotherapie-Versuche für PG

(Grant et al. 2012, *British Journal of Clinical Pharmacology*, Epub ahead of print)

Reference	Opioid Antagonisten	Design/Dauer	N	Durchschn. Tagesdosis (+SD)	Outcome
Kim et al. 2001	Naltrexone	Paralleldesign, 12 Wochen mit 1 Woche Placebo lead-in	89	188±96mg	↑ sign. Naltrexone vs. Placebo
Grant et al. 2008	Naltrexone	Paralleldesign, 18 Wochen	77	Fixe Dosis (50/100/150mg)	↑ sign. Naltrexone vs. Placebo
Toneatto et al. 2009	Naltrexone	11 Wochen mit KVT	52	100±59mg	↑ Naltrexon + KVT ↑ Placebo + KVT
Grant et al. 2006	Nalmefene	Paralleldesign, 16 Wochen	207	Fixe Dosis (25/50/100mg)	↑ Nalmefene 25&50 mg vs. Placebo
Grant et al. 2010	Nalmefene	Paralleldesign, 16 Wochen mit 1 Woche Placebo lead-in	233	Fixe Dosis (20/40mg)	Keine Unterschiede Nalmefene vs. Placebo Post hoc: ↑ 40 mg Nalmefene

Doppelblinde, Placebo-kontrollierte Pharmakotherapie-Versuche für PG

(Grant et al. 2012, *British Journal of Clinical Pharmacology*, Epub ahead of print)

Reference	Anti-depressiva	Design/Dauer	N	Durchschn. Tagesdosis (+SD)	Outcome
Kim et al. 2002	Paroxetin	Paralleldesign, 8 Wochen mit 1 Woche Placebo lead-in	53	51.7±13.1mg	↑ Paroxetin vs. Placebo
Grant et al. 2003	Paroxetin	Paralleldesign, 16 Wochen	76	50±8.3mg	Vergleichbare Verbesserung von Paroxetin & Placebo
Hollander et al. 2000	Fluvoxamine	Crossover, 16 Wochen mit 1 Woche Placebo lead-in	15	195±50mg	↑ Fluvoxamine vs. Placebo
Blanco et al. 2002	Fluvoxamine	Paralleldesign, 6 Monate	32	200mg	Keine sign. Verbesserung Fluvoxamine vs. Placebo
Saiz-Ruiz et al. 2005	Sertraline	Paralleldesign, 6 Monate	60	95mg	Ähnliche Verbesserung Sertraline vs. Placebo
Black et al. 2007	Bupropion	Paralleldesign, 12 Monate	39	324mg	Keine Unterschiede

Doppelblinde, Placebo-kontrollierte Pharmakotherapie-Versuche für PG

(Grant et al. 2012, *British Journal of Clinical Pharmacology*, Epub ahead of print)

Reference	Mood Stabilizer	Design/Dauer	N	Durchschn. Tagesdosis (+SD)	Outcome
Hollander et al. 2005	Lithium carbonate	Paralleldesign, 10 Wochen	40	1.170±221	↑ Lithium vs. Placebo
Berlin et al. 2011	Topiramate	Parallelstudie, 14 Wochen	42	-	Kein signifikanter Behandlungseffekt

Doppelblinde, Placebo-kontrollierte Pharmakotherapie-Versuche für PG

(Grant et al. 2012, *British Journal of Clinical Pharmacology*, Epub ahead of print)

Reference	Atypische Antipsychotiker	Design/Dauer	N	Durchschn. Tagesdosis (+SD)	Outcome
McElroy et al. 2008	Olanzapine (Zyprexa)	Paralleldesign, 12 Wochen	42	8.9±5.2mg	Keine Gruppenunterschiede
Fong et al. 2008	Olanzapine (Zyprexa)	Paralleldesign, 7 Wochen	23	2.5 bis 10 mg	Keine Gruppenunterschiede

Doppelblinde, Placebo-kontrollierte Pharmakotherapie-Versuche für PG

(Grant et al. 2012, *British Journal of Clinical Pharmacology*, Epub ahead of print)

Reference	Andere	Design/Dauer	N	Durchschn. Tagesdosis (+SD)	Outcome
Grant et al. 2007	N-Acetyl Cysteine	8 Wochen Open-label, gefolgt von 6 Wochen doppelblindem Design	27	1476.9±311.3mg	83.3% Responders in N-Acetyl Cysteine vs. 28.6% in Placebo
Zack & Poulos et al. 2004	Modafinil	2 Durchgänge doppelblind	20	200mg	Herabgesetzte Motivation zu Spielen bei hoch-impulsiven Spielern

Psychologische Interventionen

(Leibetseder et al. 2012, *Glücksspielsucht-Ursachen-Prävention-Therapie*, 187-215)

Kognitive Verhaltenstherapie

- Kognitive Umstrukturierung & verdeckte Sensibilisierung

Multimodale Ansätze

- Gruppen- & familientherapeutische Sitzungen
- Psychoedukation
- Training von Kommunikationsfertigkeiten

Selbsthilfeansätze

- Selbsthilfemanuals mit auditiver & visueller Unterstützung; sog. medienge-/unterstützte Selbsthilfe

Stichprobencharakteristika

(Leibetseder et al. 2012, *Glücksspielsucht-Ursachen-Prävention-Therapie*, 187-215)

➤ 3351 Versuchspersonen aus 56 inkludierten Studien

Behandlungsbedingung	N	%
Multimodale Behandlungsprogramme	1241	34,95
Kognitive Verhaltenstherapie	989	27,85
Medial gestützte Selbsthilfe	469	13,21
Psychologische Behandlungen – gesamt	2699	76,01
Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	300	8,45
Opioid-Antagonisten (OA)	288	8,11
Stimmungsstabilisierer (SS)	82	2,31
Psychostimulantien (PS)	53	1,49
Sonstige	129	3,63
Psychopharmakologische Behandlungen – gesamt	852	23,99
Gesamt	3551	100,00

=> In Metaanalyse nahezu 3x so viel Literatur mit psychologischen Behandlungen (im Vgl. zu psychopharmakologischen Behandlungsmethoden), zumeist mit multimodalen Ansätzen.

Schlussfolgerungen

(Leibetseder et al. 2012, *Glücksspielsucht-Ursachen-Prävention-Therapie*, 187-215)

In der Metaanalyse zeigen sich ...

- eine sehr hohe Wirksamkeit psychopharmakologischer Behandlungen
 - v. a. Stimmungsstabilisierer, gefolgt von Psychostimulantien & SSRI
- die kognitiv-behaviorale Behandlung als effektivste psychologische Intervention, gefolgt von multimodalen Ansätzen & medienunterstützter Selbsthilfe
- Ergebnisse sprechen für **Kombination aus psychologischen Methoden** (Psychoedukation, kognitiv-behaviorale Interventionen zusammen mit Kommunikationstrainings & Familieninterventionen) & **Selbsthilfe** sowie der Applikation von **stimmungsstabilisierenden & -stimulierenden Medikamenten** zur Behandlung des pathologischen Glücksspiels
 - > Studien zur Wirksamkeit dieser Kombinationsbehandlung
- Integrative Behandlung von Spielern mit Persönlichkeits- & anderen Impulskontrollstörungen -> Berücksichtigung auch anderer Therapiestrategien wie Schema- oder Dialektische Verhaltenstherapie

Motivierende Gesprächsführung „Motivational Interviewing“ (MI)

- klientenzentrierter direkter & standardisierter Beratungsansatz der Gesprächsführung zur Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen, um (problematisches) Verhalten (z.B. PG) zu ändern
- Ziel: Intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung durch Explorieren & Auflösen von Ambivalenz
- Ansatz ist von William R. Miller (Albuquerque, USA) & Steven Rollnick (Wales) entwickelt
- Empirische Studien belegen die Wirksamkeit von MI zur Einleitung von Verhaltensänderungen (zB. Larimer et al., Addiction, 2011, Diskin & Hodgins, Behaviour Research & Therapy, 2009)

Motivierende Gesprächsführung

DIE ZIELE VON MI

Förderung der Veränderungsmotivation (Phase 1 des MI)	Festlegen von Zielen, Weg & konkretem Plan der Veränderung (Phase 2 des MI)
--	--

PRINZIPIEN DER INTERVENTION

Empathie	Entwicklung von Diskrepanzen	Stärkung der Änderungszuversicht	Geschmeidiger Umgang mit Widerstand
----------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

METHODEN

Offene Fragen	Aktives Zuhören	Würdigung	Förderung von „change talk“	Umgang mit Widerstand	Förderung von „confidence talk“	Zusammenfassungen
---------------	-----------------	-----------	-----------------------------	-----------------------	---------------------------------	-------------------

Psychotherapie

(Lemenager et al. 2012, *Glücksspielsucht Ursachen-Prävention-Therapie*, 216-223)

- In der Auswahl der Behandlungsform einer Glücksspielproblematik sollten ...

- der Schweregrad der Problematik
- psychosoziale Faktoren
- die Komorbidität

Berücksichtigung finden

- Der Fokus in der psychotherapeutischen Behandlung richtet sich auf die zugrunde liegenden Besonderheiten
- der emotionalen Regulation
- der Beziehungsgestaltung
- den Abbau der häufig zu beobachtenden negativen Selbstbewertung

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit...**

gabriele.fischer@meduniwien.ac.at