


Prävention und Behandlung von Glücksspielsucht
Berliner Fachkonferenz 22. u. 23. 09. 2009

“Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel”


28.9.2009 Dr. Volker Premper



Überblick

- Modelle der Komorbidität
- Befundlage
- Untersuchung an der KSS
- Erkennen komorbider Störungen
- Behandlungsansätze
- Konsequenzen für die beraterische und therapeutische Praxis


28.9.2009 Dr. Volker Premper



Überblick

- Modelle der Komorbidität
- Befundlage
- Untersuchung an der KSS
- Erkennen komorbider Störungen
- Behandlungsansätze
- Konsequenzen für die beraterische und therapeutische Praxis

28.9.2009 Dr. Volker Premper




Modelle der Komorbidität

Zufallsmodell: Zwei oder mehr Störungen treten unabhängig von einander bei einer Person auf. Weder bei gleichzeitigem, noch bei zeitlich aufeinander folgendem Auftreten beider Störungen besteht ein irgendwie gearteter Zusammenhang.

Kausalmodell: Eine Störung die ursächliche Voraussetzung für das Auftreten der anderen Störung. Ein einfaches Beispiel ist das Auftreten spezifischer neurologischer Ausfallerscheinungen in Folge einer umschriebenen Hirnläsion.

Risikofaktormodell: Hier wird angenommen, dass das Vorliegen einer bestimmten Indexerkrankung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer anderen Erkrankung erhöht.

28.9.2009 Dr. Volker Premper



Modelle der Komorbidität


Phänomenologisches Modell: Es besteht eine gemeinsame Ursache für beide Störungen, sie sind also Ausdruck eines anderen zu Grunde liegenden Geschehens oder Erkrankung.

Interaktionales Modell: Hier wird angenommen, dass sich mehrere Störungen wechselseitig (meist ungünstig) beeinflussen.

Unterformen interaktionaler Komorbiditätsmodelle:

- Selbstmedikationsmodell
- Exazerbationsmodell
- Suchtfolgenmodell
- Mischmodelle

28.9.2009 Dr. Volker Premper




Überblick

- Modelle der Komorbidität
- Befundlage
- Untersuchung an der KSS
- Erkennen komorbider Störungen
- Behandlungsansätze
- Konsequenzen für die beraterische und therapeutische Praxis

28.9.2009 Dr. Volker Premper

Korbidität bei pathologischem Glücksspiel Befundlage




Substanzbezogene Störungen

- Ramirez et al. (1983): 51 pathologischen Spielern in einem Behandlungsprogramm; 39 % Alkohol- oder Drogenmissbrauch in der Zwölfmonatsperspektive, in der Lifetime- Perspektive 47%.
- Lesieur & Blume (1991): Glücksspieler in Behandlungsprogrammen; 80% Substanzabhängigkeiten
- Denzer, Petry, Baulig & Volker (2003): 558 Glücksspieler, die sich in Beratung oder Behandlung befanden; 18,5% Alkoholabhängigkeit. Insgesamt wiesen 27,6% eine weitere Abhängigkeit auf. Glücksspieler, die sich in ambulanter Behandlung oder Beratung befanden (N=356) wiesen seltener eine komorbide Alkoholabhängigkeit auf (12,6%) als die in stationärer Behandlung (N=202, 28,7% Alkoholabhängige).

28.9.2009 Dr. Volker Prempner

Korbidität bei pathologischem Glücksspiel Befundlage




Depressive Störungen

- Renny (1997): 62 pathologische Spieler, die sich einer Behandlung unterzogen hatten; 70% depressive Störungen.
- Crockford & el-Guebaly (1998) Metaanalyse: In drei Studien erfüllten etwa 75% der pathologischen Spieler die Kriterien für eine depressive Episode (Ramirez et al., 1983, McCromnick et al. 1984, Linden et al., 1986, Taber et al., 1987).
- Rahman (2000): 28 pathologische Glücksspieler durch Zeitungsannonce aquiriert; 28,6% der Probanden wiesen ein dysthymes Syndrom auf, 50% ein schweres depressives Syndrom und 21,4% ein cyclothymes Syndrom.

28.9.2009 Dr. Volker Prempner

Korbidität bei pathologischem Glücksspiel Befundlage




Angststörungen

Crockford & el-Guebaly (1998) Metanalyse: drei Studien berichten von einer erhöhten Rate von Angststörungen (McCormick et al., 1984; Linden, 1986; Bland et al., 1993) Die Prävalenzraten lagen zwischen 12,5% und 28%.

Rahman (2000) fand bei 17,9% der Probanden eine Panikstörung, bei 7,1% eine Agoraphobie, bei 39,3% eine Sozialphobie, bei 14,3% eine spezifische Phobie und bei 32,1% eine generalisierte Angststörung.

28.9.2009 Dr. Volker Prempner

Korbidität bei pathologischem Glücksspiel Befundlage



Persönlichkeitsstörungen


Blaszczynski et al. (1989): 82 Glücksspieler, die sich in einem Spielerbehandlungszentrum befanden. 93% erfüllten die diagnostischen Kriterien für zumindest eine Persönlichkeitsstörung, der Durchschnitt lag bei 4,4 Störungen pro Patient. A häufigsten Cluster B Persönlichkeitsstörungen (dramatisch, emotional).

Ibanes et al. (2001): 69 stationär behandelten Patienten mit pathologischem Glücksspiel zu 14,5% eine antisoziale Persönlichkeitsstörung und zu 27,5% andere PS.

Moore & Jadlo (2002): 100 pathologische Glücksspieler des US-Bundesstaates Oregon. 6,6% wiesen eine Persönlichkeitsstörung auf, wobei diese bei 5,3% bereits vor Beginn des Glücksspielens vorlag und bei 1,3% in der Folge auftrat.

28.9.2009 Dr. Volker Prempner


Überblick



- Modelle der Korbidität
- Befundlage
- Untersuchung an der KSS
- Erkennen komorbider Störungen
- Behandlungsansätze
- Konsequenzen für die beraterische und therapeutische Praxis

28.9.2009 Dr. Volker Prempner

Korbidite psychische Diagnosen (Achse I)



Eine oder mehr komorbide Störungen (N=101)
 Lebenszeitprävalenz: 91,1%
 Zwölfmonatsprävalenz: 84,2%

Korbidite Diagnosen	Zwölfmonatsprävalenz	N	%	OR
Eine oder mehr substanzbezogene Störungen (ohne F17)	F1x.x	26	25,7	
Eine oder mehr affektive Störungen	F3x.x	52	51,5	4,6
Eine oder mehr Angststörungen	F40/41	48	47,5	2,9
Somatoforme Störungen	F45.x	27	26,7	7,8

28.9.2009 Dr. Volker Prempner

Zeitliche Reihenfolge des Auftretens der Störungen



Eine oder mehrere psychische Störungen vor Beginn des Glücksspiels: 70,3%

Eine oder mehrere psychische Störungen nach Beginn des Glücksspiels: 63,4%

Zeitgleiches Auftreten einer psychischen Störung mit Beginn des Glücksspiels: 14,9%

	vor Beginn des Glücksspiels	nach Beginn des Glücksspiels
Angststörungen	76,9%	15,2%
Affektive Störungen	30,3%	60,6%

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Komorbide Persönlichkeitsstörungen (Achse II)



Sichere Persönlichkeitsstörung: 28 (27,7%) OR= 1,8

Sichere o. wahrsch. Persönlichkeitsstörung: 51 (50,5%) OR= 2,0

Persönlichkeitsstörungen nach Clustern	Sichere Diagnose N = 30		Sich. o. wahrsch. Diagnose N = 87	
	N	%	N	%
Cluster A (sonderbar, exzentrisch)	2	6,7	12	13,8
Cluster B (emotional, dramatisch)	5	16,7	25	28,7
Cluster C (ängstlich, furchtsam)	11	36,7	36	41,4
Nicht näher bezeichnete PS	12	40,0	14	16,1

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Typologische Klassifizierung



Die mittels einer Clusteranalyse gefundene Zuordnung der Patienten zu drei Clustern legt folgende Interpretationen nahe:

Cluster 1: „Defensiv-leidende Glücksspieler,“ N=51 (50,5%)
Personen mit einer „defensiven“ Persönlichkeitsstörung und hoher Achse I Komorbidität bei mittlerer Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht.

Cluster 2: „Reine Glücksspieler,“ N=29 (28,7%)
Personen ohne Persönlichkeitsstörungen mit geringer Achse I Komorbidität bei niedriger Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht.

Cluster 3: „Expansiv-leidende Glücksspieler,“ N=18 (17,8%)
Personen mit einer „expansiven“ Persönlichkeitsstörung und mittelgradiger Achse I Komorbidität bei hoher Ausprägung der Schwere der Glücksspielsucht.

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Abstinenzstatus und Komorbidität



- Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung
=> kein signifikanter Zusammenhang.
- Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung
=> kein signifikanter Zusammenhang
- Vorliegen einer Angststörung in der Zwölfmonatsprävalenz
=> Rückfallhäufigkeit signifikant erhöht (p=.011).

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Abstinenzstatus (DGSS IV) und Spielertyp



28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Überblick



- Modelle der Komorbidität
- Befundlage
- Untersuchung an der KSS
- Erkennen komorbider Störungen
- Behandlungsansätze
- Konsequenzen für die beraterische und therapeutische Praxis

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Erkennen komorbider Störungen



Gezielte Exploration

- Leiden Sie noch unter anderen (psychischen) Beschwerden?
- Seit wann bestehen diese Beschwerden?
- Wann traten Sie zum ersten mal auf?
- Veränderten sich die Beschwerden im Laufe der Zeit?
- Was löst aktuell die Beschwerden aus, oder verschlimmert sie?
- Was haben Sie unternommen, um mit diesen Beschwerden zurecht zu kommen?
- Waren Sie wegen der Beschwerden in Behandlung?
- Beeinflussten diese Beschwerden Ihr Glücksspielen?

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Erkennen komorbider Störungen



Fragen zur Funktionalität

- Beeinflussten diese Beschwerden Ihren Lebensstil? Wenn ja, wie?
- Beeinflussten diese Beschwerden Ihren Umgang mit anderen Menschen (Partner, Kollegen, Freunde, Helfer, andere)?
- Wie reagierten andere Menschen auf die Beschwerden?
- Wie reagierten andere Menschen auf Veränderungen, die sie bei Ihnen wahrnahmen?
- Was verhindert es, dass sich die Beschwerden bessern oder ganz verschwinden?
- Was wäre notwendig, damit sich die Beschwerden bessern oder ganz verschwinden?
- Wie haben Sie manchmal den Eindruck, dass die Beschwerden auf eine indirekte versteckte Weise etwas Positives für Sie haben?

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Erkennen komorbider Störungen



Einsatz von Screening- Instrumenten

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Diagnostik bei inadäquatem Alkoholkonsum: Allgemeine Verfahren

Verfahren	Beschreibung und Einsatzgebiet	Art der Beurteilung
MALT Münchener Alkoholimtest [Feuerlein & Kiefer 1979]	31 Items zum Screening	S+F
KFA Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete [Feuerlein et al. 1993]	MALT-Items zum Kurzscreening	S
TAL Transterr Alkoholimtest [Funker et al. 1987]	90 Items, Zeitrahmen: letzte 6 Monate, 7 Dimensionen	S
GABS Gottinger Abhängigkeitskala [Jacobs et al. 1997]	kurzes Screeninginstrument zum Schweregrad und zu Abhängigkeitstypen	S
LAS Lübcker Abhängigkeitskala [Jahn 1992]	kurzes Screeninginstrument zum Schweregrad und zu Abhängigkeitstypen	S
BDA Baseler Drogen- und Alkoholfragebogen [Ladewig et al. 1976]	Screeninginstrument zum Schweregrad und zu Abhängigkeitstypen	S
ASI Addiction Severity Index [McLellan et al. 1980, 1992; dt. v. Gießhöfer et al. 1999]	161 Items, strukturiertes klinisches Interview, erfasst Suchtproblematik und Therapiebedarf, Dauer: 40-60 min., gute Basis für Therapieplanung	F

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Erkennen komorbider Störungen



Einsatz von Screening- Instrumenten

- Depression: Beckisches Depressionsinventar (BDI) IDS (Hautzinger, 2003)
- Angststörungen: AKV
- Persönlichkeitsstörungen: IPDE oder SKID II Screeningfragebögen

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Überblick




- Modelle der Komorbidität
- Befundlage
- Untersuchung an der KSS
- Erkennen komorbider Störungen
- Behandlungsansätze
- Konsequenzen für die beraterische und therapeutische Praxis

28.9.2009

Dr. Volker Prempner

Behandlungsansätze




Klinik Schwablar-See

Substanzbezogene Störungen:

- Informationsvermittlung/ Motivierung
- Verhaltensdiagnostik
- Kognitive Umstrukturierung
- Rückfallprophylaxe
- Expositionsübungen
- Angehörigenarbeit
- Berufliche u. soziale Reintegration
- Vorbereitung der Nachsorge/Weiterbehandlung
- Permanente Motivierung

28.9.2009 Dr. Volker Premper

Behandlungsansätze




Klinik Schwablar-See

Depressive Störungen:

- Gründliche Diagnostik und Diagnosestellung
- Einschätzung des Suizid-Risikos (u.U. mehrfach)
- Problem- und Verhaltensanalyse
- Vermittlung des therapeutischen Modells
- Aktivitätsaufbau
- Veränderung von Kognitionen
- Förderung von sozialer Kompetenz und Gefühlsausdruck
- Kontrolle des Ansprechverhaltens (Verlaufserhebung, Veränderungsmessungen)
- Erhaltungstherapie

28.9.2009 Dr. Volker Premper

Behandlungsansätze




Klinik Schwablar-See

Angststörungen:

- Umfassende Diagnostik und Differentialdiagnostik
- Problem- und Verhaltensanalyse
- Klärung der Funktionalitäten
- Vermittlung eines individuellen Störungsmodells
- Veränderung angstbezogener Kognitionen
- Expositionsübungen
- Bearbeitung der Hintergrundproblematik

28.9.2009 Dr. Volker Premper

Behandlungsansätze




Klinik Schwablar-See

Persönlichkeitsstörungen:

- Gründliche Diagnostik und Differentialdiagnostik
- Transparenz, angemessene Sprache
- Positivierung: problematisches Verhalten als verstehbarer Anpassungsversuch
- Erkennen dysfunktionaler Kognitionen und sich daraus ergebender Interaktionsprobleme
- Ermutigung zum Akzeptieren der eigenen Besonderheiten
- Übungen zum Interaktionsverhalten und zur sozialen Wahrnehmung
- Therapeutischer Dreisatz

28.9.2009 Dr. Volker Premper

Konsequenzen für die beraterische/therapeutische Praxis



Klinik Schwablar-See

- Auf das Vorliegen möglicher komorbider Störungen muss ausdrücklich geachtet werden.
- Die Motivation zur Behandlung komorbider Störungen sollte aufgebaut werden, bei substanzbezogenen Störungen ist auf Abstinenz hinzuwirken.
- Bei Vorliegen einer Angststörung ist das Rückfallrisiko besonders hoch.
- Depressive Krisen können sich schnell zuspitzen, insbesondere auf mögliche Suizidalität ist zu achten.
- Eine Verbesserung der Gefühlsregulation, insbesondere der Umgang mit negativ getönten Emotionen, sollte wesentlicher Bestandteil der Behandlung sein.
- Eine spezifische Behandlung der komorbiden Störungen sollte Teil des Gesamtbehandlungsplanes sein.

28.9.2009 Dr. Volker Premper



Klinik Schwablar-See

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

28.9.2009 Dr. Volker Premper