

Forum aus Praxis und Gesundheitspolitik

Helpline Glücksspielsucht der Medizinischen Universität Wien

Preliminary Results with the Helpline for Gambling Addiction at the Medical University of Vienna

Malgorzata Zanki und Gabriele Fischer

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Zusammenfassung: *Anliegen:* Im Rahmen des Projektes Helpline «Spielsucht» bietet die Suchtforschung und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien (MUW) eine Telefonberatung für Personen mit problematischem und pathologischem Spielen und deren Angehörigen an. Die Helpline stellt ein Hilfeangebot dar, das österreichweit schnell, unkompliziert und, wenn es gewünscht wird, auch anonym zu erreichen ist. *Ergebnisse:* In den ersten 25 Monaten der Projektlaufzeit (Nov. 2006–Dez. 2008) wurden 394 telefonische Erstkontakte registriert, davon waren 86 Anrufer (22 %) Angehörige. Zur diagnostischen Abklärung kamen auf eigenen Wunsch 91 Personen. Fünfundzwanzig Personen waren spezifizierbar als «unterschwellig» (problematisches Spielen); unter 66 pathologischen Spielern (ICD 10: F 63.0; DSM IV: 312.30) waren 38 Personen (57.6 %) mit komorbiden psychischen Störungen (Depression, bipolare affektive Störung, Angststörung, Substanzabhängigkeiten, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen). *Schlussfolgerungen:* Helpline «Glücksspielsucht» erfüllt eine wichtige Rolle in der Beratung und Behandlung von Personen mit problematischem und pathologischem Spielverhalten. Die Berücksichtigung der Komorbidität bei der Diagnosestellung und Therapie scheint eine Voraussetzung für den Behandlungserfolg zu sein. Erste Erfahrungen und Ergebnisse lassen eine Verlängerung der Dauer des Projektes sinnvoll und wünschenswert erscheinen.

Schlüsselwörter: pathologisches Spielen, Komorbidität, Suchtberatung

Abstract: *Objective:* The Gambling Helpline (GH), operated by the Addiction Clinic of the Vienna Medical University, offers telephone counseling to problematic and pathological gamblers (PGs) and their relatives, the purpose of which is to provide quick, uncomplicated, and, if necessary, anonymous help. Callers are informed about the different types of treatment and treatment facilities available in Austria and are motivated to seek treatment by countering two types of common barriers to the use of help services: general barriers (lack of immediate availability of treatment as needed) and personal barriers such as shame or fear of being labeled. *Results:* Of 394 incoming calls, 308 (78 %) were from persons with gambling problems themselves, and 86 (22 %) were from relatives of persons with gambling problems. 91 persons eventually came to receive diagnostic assessment: 25 presented with a subsyndromal level of PG (problem gambling < 5 inclusionary diagnostic criteria of DSM-IV), and 38 (57.6 %) of the 66 patients diagnosed as PGs (ICD 10: F 63.0; DSM-IV: 312.30) revealed a psychiatric comorbidity (e.g., depression, anxiety, substance addiction, personality disorder). *Conclusions:* When using the GH gamblers seeking help have the advantage of receiving counseling without a long waiting period as well as professional support for choosing an appropriate treatment option for their gambling problems and gambling-related psychiatric comorbidity. Identifying comorbidities and the various treatment needs in individual patients with gambling problems is necessary to achieving treatment efficacy.

Keywords: pathological gambling, comorbidity, addiction counseling

Einleitung

Hintergrund: Spielsucht und Therapieanfrage

Für die meisten Spieler ist das Glücksspiel eine Form der Unterhaltung, aber bei manchen Personen entwickelt sich

diese Freizeitaktivität zu einer Suchterkrankung, deren negative Folgen eine Zerrüttung der wichtigen Lebensbereiche des Spielers und seiner Angehörigen verursacht. Zur Epidemiologie der Spielsucht in Österreich liegen bis dato keine Erhebungen vor. Den internationalen Studien zufolge schwanken Prävalenzraten für pathologisches Spielen (PS) in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0.2 % bis 2.2 % (Bondolfi, Jermann, Ferrero, Zullino & Osiek, 2008; Bon-

dolfi, Osiek & Ferrero, 2000; Bühringer, Kraus, Sonntag, Pfeiffer-Gerschel & Steiner, 2007; Petry, Stinson & Grant, 2005; Volberg, Abbott, Ronnberg & Munck, 2001; Welte, Barnes, Wieczorek, Tidwell & Parker, 2001). Die Verbreitung von problematischem Spielen (12-Monats-Prävalenz) wird in Deutschland auf 0.29 % bis 0.64 % (149.000 bis 340.000) und für PS auf 0.19 % bis 0.56 % (100.000 bis 290.000) geschätzt (Buth & Stöver, 2008). Für Österreich kann dementsprechend eine Zahl von ca. 100.000 beratungs- bzw. behandlungsbedürftige GlücksspielerInnen angenommen werden.

Die Sucht ist ein stark stigmatisierendes Ereignis. Die Betroffenen versuchen daher, so lange wie möglich ihr eigenes problematisches Verhalten vor ihrem sozialen Umfeld zu verbergen und auch sich selbst gegenüber als Problem zu verdrängen. Laut einer in Großbritannien zum Problem der Stigmatisierung von psychisch Kranken erhobenen Umfrage hielten die Befragten häufig die Suchtkranken für schuldig für ihre Erkrankung und fähig sich selbst zu helfen (52.4 % bei Alkoholkranken und 46.9 % bei Drogenabhängigen). Ein persönlicher Kontakt zu Alkohol- oder Drogenabhängigen scheint auch keine nennenswerte Unterschiede in dieser negativen Einstellung zu bewirken (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000). Aufgrund der Stigmatisierung kann die Suche der Betroffenen nach professioneller Hilfe als eine kritische Stufe der Intervention betrachtet werden (Potenza, Steinberg & Wu, 2005). Faktoren wie Stolz (78 %), Scham gegenüber der eigenen Person und der Familie (73 %), ein Gefühl des «Überwältigt-seins» von Problemen und daraus resultierender Unfähigkeit nach Hilfe zu suchen (51 %) sowie Verleugnung des Problems (42 %), die als wirksame psychologische Barrieren, Suchthilfeeinrichtungen zu kontaktieren, auftreten können, scheinen in dieser kritischen Phase überwunden (Pulford et al., 2009). Wartelisten sind hier kontraproduktiv und können die Therapiebarrieren erneut aktivieren. Neben langen Wartezeiten auf Behandlungstermine werden Beratungszeitpunkte, die mit den Arbeitszeiten der Therapiesuchenden kollidieren, von 26 % der Glücksspieler als Hinderungsgründe, eine Therapie zu beginnen bzw. aufrechtzuerhalten, genannt (Pulford et al., 2009). Ein telefonischer Beratungsdienst als niederschwelliges Glied im Hilfsnetzwerk kann helfen, diese Barrieren zu überwinden. Spielsucht-Helplines sind ein weit verbreitetes und bewährtes Beratungsservice, sie erleichtern den Glücksspielern den Weg in die Behandlung und spielen somit eine wichtige Rolle in der Versorgung der Menschen mit Spielsucht. (Potenza et al., 2001, 2004, 2005). Denn der Griff zum Telefon stellt für den hilfe- und informationssuchenden Betroffenen eine deutlich niedrigere Barriere dar, als persönlich eine Spielsuchteinrichtung aufzusuchen. Immerhin 35 % der Spieler nennen die Sorge um Geheimhaltung und um Vertraulichkeit bei der Kontaktaufnahme mit der Therapieeinrichtung als eine wirksame Barriere im Zugang zur Therapie (Pulford et al., 2009) und die Mehrheit der Anrufer (annähernd 85 %) an der Gambling Helpline berichtete, keine Therapieerfahrung hinsichtlich des Spielproblems gehabt

zu haben (Potenza et al., 2005). Die telefonische Form der Beratung bietet neben Anonymität eine höhere Flexibilität bezüglich Zeitpunkt, Inhalt und Dauer der Beratungsgespräche.

Laut Studien finden nur 7–12 % der Spieler den Weg in die Therapie (Ladouceur, 2005, Petry, 2005, Slutke[**in Lit. Slutske**], 2006). Frauen machen dabei 2–7 % der Hilfesuchenden aus (Lesieur & Blume, 1996). In den letzten Jahren wird eine steigende Tendenz beobachtet (Petry, 2002; Potenza et al., 2001). Ein Teil der Spieler (14.5 %) bricht die Therapie ab. Als prädiktive Variablen für Drop-outs wurden Unzufriedenheit mit der Behandlung, Alkoholmissbrauch und negative Emotionalität erhoben (Echuburu & Fernandez-Montalvo, 2005). Alkoholmissbrauch und Depression gehören aber bei Glücksspielern zu keinen Einzelphänomenen. Bei mehr als der Hälfte (58 %) der pathologischen Glücksspieler liegen weitere psychische Erkrankungen vor (Petry, 2005). Die häufigsten Komorbiditäten werden im Zusammenhang mit Alkoholproblem (bis zu 73 %), Drogenmissbrauch (bis zu 38 %), Nikotinabhängigkeit (bis zu 60 %), Affektstörung (bis zu 80 %), Angststörung (bis zu 92 %) und Persönlichkeitsstörungen (bis zu 60 %) berichtet (Desai & Potenza, 2008; Petry et al., 2005; Potenza et al., 2001). Das Vorliegen von psychiatrischer Komorbidität erhöht wesentlich das Risiko für die Entstehung und Aufrechterhaltung des problematischen oder pathologischen Glücksspielens. Mit dem Schweregrad der Spielproblematik steigen Prävalenzraten der Begleiterkrankungen dramatisch an (Desai & Potenza, 2008). Spieler weisen ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Suizidalität auf: 12 % – 32 % berichten über Selbstmordversuche und bis zu 48 % über Selbstmordgedanken (Hodgins, Mansley & Thygesen, 2006; Ledgerwood & Petry, 2004; Petry & Kiluk, 2002). Das Risiko für Suizidversuche erhöht sich fünf- bis sechsfach bei komorbider Depression und sechsfach beim Vorliegen einer Drogenkarriere (Hodgins et al., 2006). Hohe Suizidalität, Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse, Probleme im Berufs- und Familienleben, existenzbedrohende finanzielle Lage und illegale Handlungen zur Finanzierung der Spielschulden sind oft berichtete Folgen der Spielsucht. Neben der Belastung für die Betroffenen, sind es jedoch auch die Angehörigen, die die Folgen der Glücksspielsucht mitzutragen haben. Glücksspielsucht verursacht hohe persönliche aber auch soziale Kosten, die nicht zuletzt auf die hohe Komorbidität zurückzuführen sind (Petry et al., 2005). Es wird geschätzt, dass jeder pathologische Spieler das Leben von 8–10 Personen in seiner direkten Umgebung beeinflusst (Lobsinger & Beckett, 1996 zitiert nach Petry, 2005), ohne die weitgehenden Auswirkungen auf die Gesellschaft zu berücksichtigen (Arbeitslosigkeit, Krankheiten, legale und illegale Schulden, Beschaffungskriminalität).

Das pathologische Spielen wird als heterogene psychische Störung betrachtet, in der eine Vielfalt von biopsychosozialen Variablen interagieren (Gonzalez-Ibanez, Rosel & Moreno, 2005), welche in der Therapie berücksichtigt wer-

den müssen. Als Orientierungshilfe für Interventionsansätze wurde ein integratives Modell (Blaszczynski & Nover, 2002) entworfen, das in der Ätiologie des problematischen bzw. pathologischen Glücksspielverhaltens prämorbid psychologische Dysfunktionen und biologische Vulnerabilität miteinbezieht. Die Subgruppen der Spieler (verhaltenskonditionierte, emotional vulnerable, antisoziale und impulsive Spieler) können von unterschiedlichen Therapieformen profitieren, die auch in ihrer empfohlenen Dauer, Intensität und der Aussicht auf Erfolg variieren. Eine genaue psychiatrische Abklärung in Hinblick auf Komorbidität zu Beginn der Behandlung und anschließende therapeutische Bemühungen, die Funktionalität des Glücksspiels zu entdecken, mit dem Ziel, eine umfassende und individuelle Intervention zu planen, kann Spielabstinenz fördern und die Entwicklung bzw. Verschlechterung einer weiteren psychischen Störung verhindern (Zanki & Fischer, 2009). Wenn es im Rahmen der Behandlung gelingt, die wesentlichen Auslösereize (*Trigger*) zu erkennen und bewusst zu machen, kann der Betroffene in die Lage versetzt werden, diese Reize zu vermeiden oder durch Erlernen von neuen Verhaltensstrategien einen adäquaten Umgang mit ihnen zu erlangen. Je besser es im Zuge der Abstinenz gelungen ist, andere Verhaltensweisen in Risikosituationen einzusetzen, desto stabiler wird die Abstinenz sein (Grüssler & Albrecht, 2005).

Die Abstinenz ist ein zu strenges Kriterium für den Therapieerfolg; kurze und zeitweise auftretende Rückfälle müssen nicht zwangsläufig zur Wiederaufnahme des Suchtverhaltens führen (Blaszczynski, McConaghy & Frankova, 1991). Die Forderung nach Abstinenz als ein absolutes Ziel berücksichtigt nicht die Heterogenität der Spielerpopulation und könnte für hohe Dropouts verantwortlich sein. Kontrolliertes Spielen im Sinne der Harm Reduction könnte eine brauchbare Lösung für manche Spieler sein (Ladouceur, 2005).

Ein Überblick über die aktuelle Literatur zeigt, dass pathologisches Glücksspielverhalten erfolgreich behandelt werden kann. Die meisten Studienergebnisse sprechen für die Effektivität von kognitiv-behavioralen Interventionen (Dickerson & O'Connor, 2006; Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen & Molde, 2005; Petry, Litt, Kadden & Ledgerwood, 2007; Raylu & Oei, 2002). Pharmakologische Behandlung mit SSRI (wie Clomipramine und Fluvoxamine) scheint erfolgsversprechend zu sein (Raylu & Oei, 2002). Pharmakotherapie, die zur Regulierung des dopaminergen und serotonergen Systems eingesetzt wird, scheint einen positiven Einfluss auf die Reduktion der Glücksspielsymptomatik zu haben (Grant, Kim & Hartman, 2008; Grant et al., 2006; Petry, 2005; Raylu & Oei, 2002). Obwohl pharmakologische Behandlung in der Meta-Analyse (Pallesen et al., 2007) eine respektable Posttreatment-Effektgröße (0.78) demonstrierte, scheint jedoch im Vergleich zu psychologischer Spielsuchttherapie weniger effektiv (Effektgröße 2.01) zu sein (Pallesen et al., 2005). Positive Ergebnisse psychologischer Interventionen zeigen sich auch in der Langzeitwirkung (Effektgröße 1.59).

Methodik

Konzept – Helpline Spielsucht

Die primäre Aufgabe der «Glücksspielsucht Helpline» der Medizinischen Universität Wien (MUW) mit Sitz in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie ist es, das bestehende Beratungs- und Therapienetzwerk in Österreich zu verstärken, indem Betroffene und Angehörige individuell und ohne Wartezeiten mit wichtigen Informationen zur Erkrankung selbst sowie über regionale Therapiemöglichkeiten versorgt werden. Das Gespräch bietet die Möglichkeit, offen und anonym über Probleme im Zusammenhang mit Glücksspielsucht zu sprechen, die bisher mühevoll geheim gehalten wurden.

Die Helpline ist seit November 2006 unter einer Mobilfunknummer (+43664/86 69 940) werktags österreichweit von 8:00 bis 18:00 Uhr erreichbar. Außerhalb dieser Zeiten besteht die Option, eine Nachricht zu hinterlassen, um spätestens am nächsten Arbeitstag von den Beraterinnen zurückgerufen werden zu können. Die Kosten, die sich für eine telefonische Beratung für die AnruferInnen ergeben, entsprechen dem für ihn gültigen Tarif (je nach Telefonanbieter). Bei erfolgtem Rückruf ist die telefonische Beratung für die AnruferInnen kostenlos. Die Kosten der psychiatrischen Erkrankung übernehmen die Krankenkassen.

Den Kontakt zur Helpline finden die AnruferInnen über unterschiedliche Wege: Informationsbroschüren, die in Spiellokalen und in Warteräumen einiger Wiener Arztpraxen für Allgemeinmedizin aufliegen, über Internetrecherche, aber auch über die Vermittlung anderer Wiener Spielsuchteinrichtungen, wenn sie vorübergehend aufgrund von längeren Wartezeiten eine Unterstützung in der Betreuung von Spielsüchtigen benötigen.

Helpline-Beraterinnen sind ausgebildete klinische Psychologinnen in Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie. Sie sind neben ihrer Beraterrolle im Helpline-Projekt in die universitäre wissenschaftliche Arbeit eingebunden, die sich von der Lehrtätigkeit an der MUW über Vorträge und Teilnahmen an nationalen und internationalen Fachtagungen, Konferenzen und anderen Fortbildungsveranstaltungen bis zu eigenen Publikationen erstreckt. Eine starke Einbindung in die Suchtforschung und Suchttherapie (auch durch Kooperation mit TherapeutInnen aus anderen Suchteinrichtungen) sichert den aktuellsten Wissensstand in der Grundlagenforschung, sowie die Anwendung von evidenzbasierten Interventionen, welche die neuesten Erkenntnisse berücksichtigen.

Aufgrund der hohen Prävalenz psychiatrischer Begleiterkrankungen unter pathologischen Spielern gehen der Hilfesuche oft eine tiefe Verzweiflung bis hin zu Suizidgedanken bzw.-versuchen voraus; daher werden Betroffene, die sich außerhalb der Dienstzeiten an die Helpline wenden, darum gebeten, in dringenden Fällen den 24-Stunden besetzten Notdienst der Klinik bzw. den diensthabenden Arzt im eigenen Wohnort zu kontaktieren.

Die Helpline unterstützt auch Angehörige durch Beratung, wie sie mit der Suchterkrankung der ihnen nahe stehenden Person umgehen können, ohne sich selbst zu Ko-Abhängigen zu machen (Zanki & Fischer, 2009). Das Telefongespräch verläuft bedarfsorientiert, daher variieren die Inhalte und die Dauer der Gespräche stark.

Um ihrer Rolle als eine immer möglichst schnell Hilfe leistende Einrichtung gerecht zu werden, können anrufende ProblemspielerInnen aus Raum Wien bzw. näherer Umgebung kurzfristig ein persönliches Beratungsgespräch in der Suchtambulanz bekommen, wenn in speziellen Wiener Suchteinrichtungen, an die sie verwiesen wurden, längere Wartezeiten gibt bzw. eine akute Notlage im Gespräch wahrnehmbar ist, die einer sofortigen ärztlichen Intervention bedarf. Manchmal aus dem telefonischen Beratungsgespräch ergibt sich auch ein Wunsch des Anrufenden nach Fortsetzung der Beratung in unserer Einrichtung. Ein Termin für den Erstkontakt kann in dringenden Fällen am gleichen Tag vergeben werden; im Normalfall wird er am nächsten Arbeitstag angeboten. Einschränkend sind für Berufstätige jedoch unsere Arbeitszeiten. Wir können keine Therapiesitzungen nach 18:00 wochentags und an Wochenenden anbieten.

Zum Erstgespräch können Betroffene auf Wunsch auch in Begleitung ihrer Angehörigen kommen. Die Spielsucht betrifft nicht nur den Spieler, sondern auch sein soziales Umfeld. Es dient der Klärung der Situation und schafft Entlastung für alle Beteiligten, wenn sie beim ersten Gespräch dabei sind. Helpline bietet aber keine Dauerbetreuung in der Klinik für Angehörige; bei allgemeinen Fragen zur Spielsucht können sie die Helpline-Beraterinnen telefonisch kontaktieren. Je nach individuellem Bedarf in der Behandlung der SpielerInnen können die Angehörigen erneut zu einer Sitzung eingeladen werden.

Im diagnostischen Erstgespräch wird darauf hingewiesen, dass PatientInnen anschließend eine Spielsuchttherapie in Einzelsetting an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Anspruch nehmen können oder diese nur als Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz in einer anderen Einrichtung in Betracht ziehen können.

Die Helpline-PatientInnen werden informiert, dass sie je nach Bedarf eine Schuldnerberatung und eine Gruppentherapie in mit uns kooperierenden Wiener Spielsuchteinrichtungen in Anspruch nehmen können (da wir über diese stützende Maßnahmen aufgrund einer anderer Ausrichtung des Hilfeangebotes nicht verfügen). Es ist uns wichtig, dass sich die PatientInnen ihren eigenen Behandlungszielen verpflichtet fühlen und nicht etwa einer Institution, und dass ihnen immer eine freie Wahl bleibt, dorthin zu gehen, wo sie ihre individuellen Bedürfnisse am besten erfüllt sehen. Es gibt beispielsweise PatientInnen, die eine Gruppentherapie verweigern, und solche, die sich eine Gruppentherapie wünschen, aber auch jene, die nach anfänglichen Schwierigkeiten von dieser zusätzlichen Form der Therapie profitieren. Die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Alternativen wählen zu können, Gruppensetting und Ein-

zelsetting zu erfahren, ist für den Patienten ein Weg der Selbsterfahrung, ein Weg, eigene Bedürfnisse besser kennenzulernen und zum Ausdruck zu bringen.

In der therapeutischen Arbeit werden die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick mit behavioralen und kognitiven Ansätzen kombiniert und die inhaltliche und zeitliche Behandlungsplanung an die individuelle Bedürfnisse der PatientInnen angepasst. Es ist die Art und Weise, in der man mit jemandem kommuniziert, die es wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher macht, ob sich eine Person verändert (Miller & Rollnick, 2009). Empathie, Akzeptanz und Kongruenz als vorherrschende Prinzipien des therapeutischen Gesprächs sind Voraussetzung für eine individuelle Behandlung, die sich an der Lebenserfahrung und den Ressourcen der PatientInnen orientiert und die Arbeit an vorhandenen komorbiden Störungen in den Therapieplan integriert.

Während sich die motivierende Gesprächsführung vor allem auf die Förderung der intrinsischen Motivation der PatientInnen als treibende Kraft einer Veränderung konzentriert, helfen behaviorale Techniken, ein gewünschtes Verhalten zu verstärken und neue Kompetenzen (z. B. Umgang mit Stress, Umgang mit negativen Emotionen, soziale Kompetenzen, Kommunikation) zu erlernen. Mit kognitiven Interventionen wird an dysfunktionalen Kognitionen der SpielerInnen gearbeitet.

Die erste Sitzung beinhaltet (Anamnese – soziodemographische Daten, Diagnose, Spielverhalten im Verlauf) hauptsächlich motivierende Gesprächsführung zur Darstellung und Wahrnehmung der Probleme und Sorgen der PatientInnen. Bei wahrgenommenen Anzeichen einer Depression oder anderen Verhaltensauffälligkeiten, die sich aus der Beobachtung der PatientInnen während des Gesprächs und aus der standardisierter Diagnostik in der Anamnese ergeben, trifft die Therapeutin die Entscheidung, ob die Meinung eines Psychiaters bei der Abklärung des psychischen Status des Patienten einzuholen ist.

Die individuelle Funktionalität des Glücksspielens wird im Therapieprozess analysiert, um die PatientInnen durch den Einsatz behavioraler und kognitiver Techniken zu befähigen, fehlende Kompetenzen und Lösungsstrategien zu erlernen. Für die Behandlung spezieller Themenbereiche der Spielsucht wird das von Nancy Petry (2005) entwickelte Modell der kognitiven Verhaltenstherapie für Glücksspieler eingesetzt. Das Kernstück dieses Modells ist die Verstärkung von spielfreien Tagen (*nongambling reinforcing*), welche durch gleichzeitigen Aufbau alternativer Aktivitäten zum Spiel begleitet wird. Mit Unterstützung der Therapeutin wird ressourcenorientiert nach Alternativen gesucht und an individuellen Belohnungsmöglichkeiten gearbeitet. Das Verlangen, weiter zu spielen oder Angst vor Langeweile, wenn man aufhört zu spielen, Angst vor dem Scheitern als auch fehlende Motivation und fehlende Bereitschaft, die mit Spielen assoziierte Euphorie aufzugeben, werden von Glücksspielern als Barrieren, in eine Therapie zu gehen, genannt (Puldorf et al., 2009). Diese Inhalte machen die ambivalente Einstellung der GlücksspielerInnen

gegenüber der Verhaltensänderung aus und werden daher in der Therapie thematisiert. Die Therapie wird zwar wegen negativer Folgen aufgesucht, das Glücksspiel ist aber auch mit positiven Erlebnissen verbunden, die in der Therapie aufgegeben werden sollen. Nicht «das Verzichten» stellen wir in den Mittelpunkt, sondern das konkrete Umsetzen von positiven Alternativen, um das Glücksspiel auf diese Weise aus dem Alltag sukzessiv zu verdrängen.

Eine hilfreiche Metapher im Gespräch ist die Darstellung von Ambivalenz als eine Entscheidungswaage mit Vorteilen und Nachteilen auf der Seite der Veränderung sowie der Seite der aktuellen Situation. Durch diese Visualisierungsmethode bewusst erlebte Ambivalenz kann den Veränderungsprozess einleiten. Eine Kurzintervention bei problematischen SpielerInnen kann bereits helfen, diese Ambivalenz aufzulösen. Eine wichtige Komponente der ersten Sitzung bildet eine kurze verständliche Darstellung der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung am integrativen psychobiologischen Modell der Sucht, einschließlich einer Erklärung der Mechanismen, die das Rückfallrisiko beeinflussen.

Die Länge, Intensität und Themen der Therapie werden an individuelle Bedürfnisse der PatientInnen angepasst. GlücksspielerInnen, die bei sich bereits ein problematisches Spielverhalten wahrnehmen, das aber nach diagnostischen Kriterien noch nicht pathologisch ist (2–4 Kriterien nach DSM IV), bekommen ebenfalls die Möglichkeit, eine Kurzintervention in Anspruch zu nehmen. Sie reicht von einer Kurzberatung nach einem diagnostischen Gespräch bis zum Einsatz von ausgesuchten Einheiten aus unserem Therapieprogramm nach Petry. Bei Vorliegen komorbider psychiatrischer Störungen werden die PatientInnen pharmakologisch ambulant behandelt oder bei entsprechender Indikation akut stationär aufgenommen. In dieser Zeit findet auch begleitend eine Spielsuchttherapie statt. Das Verlangen nach dem Spielen kann aber bereits infolge der Behandlung der Komorbidität deutlich abnehmen bzw. sich auflösen. Die Intensität der Betreuung von stationären PatientInnen hinsichtlich der Spielsuchttherapie orientiert sich an ihrem individuellen psychischen und kognitiven Zustand.

Datenanalyse

Die Daten für die vorliegende Analyse stammen von 66 AnruferInnen, die auf Grund eines diagnostischen Gespräches als pathologische Spieler eingestuft wurden. Die Daten über SpielerInnen, die aus den Gesprächen mit Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten stammen, und von SpielerInnen selbst, welche die diagnostischen Kriterien für pathologisches Spiel nicht erfüllt haben, wurden in der Analyse nicht berücksichtigt. Die Anamnese wurde in einem strukturierten Interview anhand eines für Helpline-PatientInnen etablierten standardisierten Fragebogens erhoben, der neben soziodemografischen Daten, Fragen zur

Entwicklung des problematischen Spielverhaltens und Diagnosekriterien für PS nach DSM-IV enthält.

In der vorläufigen Analyse der Daten wurden Items berücksichtigt, die Informationen zu soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinder, Berufstätigkeit, Bildung), zum Spielverhalten (präferierte Spielformen, Alter zum Zeitpunkt des ersten Spielens, Alter bei Beginn der Spielprobleme, Alter beim Eintritt in die Behandlung) und zur Komorbidität beinhalten. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS 11.0. Bei der Darstellung der Daten kamen deskriptive Statistiken und *t*-Test für unabhängige Stichproben zur Anwendung.

Vorläufige Ergebnisse

In den ersten 25 Monaten der Projektlaufzeit wurden 394 telefonische Erstkontakte registriert, davon kamen 86 Anrufe (22 %) von Angehörigen. Erwartungsgemäß kamen die meisten Anrufe aus Wien ($n = 310$). Von den Hilfesuchenden waren 21 % (84) aus anderen Bundesländern. Zum Diagnosegespräch kamen 91 (23 %) Personen mit Spielproblematik, die um einen Therapieplatz in der Universitätsklinik angefragt haben; darunter 13 Frauen (14.3 %). Wie es die Abbildung 1 illustriert, wurde die Diagnose PS (ICD 10: F 63.0; DSM IV: 312.30) in 66 Fällen (56 Männer vs. 10 Frauen) gestellt. Bei 57.6 % der pathologischen GlücksspielerInnen ($n = 38$; 34 Männer vs. 4 Frauen) wurde zusätzlich psychiatrische Komorbidität (siehe Tabelle 1) erfasst, wie: Substanzabhängigkeiten (Alkoholabhängigkeit F10.2, Alkohol/schädlicher Gebrauch F10.1, Kokainabhängigkeit F14.2, Cannabis/schädlicher Gebrauch F12.1, psychotische Störung durch Cannabinoide F12.5, multipler Substanzkonsum F19.2), affektive Störungen (Depressionen F33.1, F33.3, F32.0, F34.1 und bipolare affektive Störungen F31.1, F31.3, F31.4 und F31.5), Persönlichkeitsstörungen (narzisstische F60.8, dissoziale F60.2, kombinierte schizoid und dissozial F61.0), dissoziative Störungen (F44.1, F44.2), Angststörungen (F40.1, F41.1) und Psychosen (paranoide Schizophrenie F20.1, schizotypische Störung F21). In 9 von 38 Fällen ergab sich eine Mehrfachkomorbidität. Von den 66 pathologischen SpielerInnen wurden 8 Personen (6 Männer vs. 2 Frauen) aufgrund des Schweregrades komorbider Störungen stationär aufgenommen und die anderen 58 Personen (50 Männer vs. 8 Frauen) wurden ambulant behandelt. Die ambulante Spielsuchttherapie dauert bis zu 6 Monaten. Die Dauer der stationären Behandlung variierte zwischen 4 und 8 Wochen. Bei drei Patienten ergab sich nach einer psychischen Stabilisierungsphase eine neue akute Episode der bipolaren Störung, die zur stationären Neuaufnahme führte.

In einer ambulanten Patientengruppe waren 30 pathologische GlücksspielerInnen mit komorbiden Störungen, die zur Spielsuchttherapie begleitend auch eine pharmakologische Behandlung unter ärztlicher Kontrolle erhielten. Bei bipolaren Störungen wurden stimmungsstabilisierende

Abbildung
hat eine
schlechte
Qualität

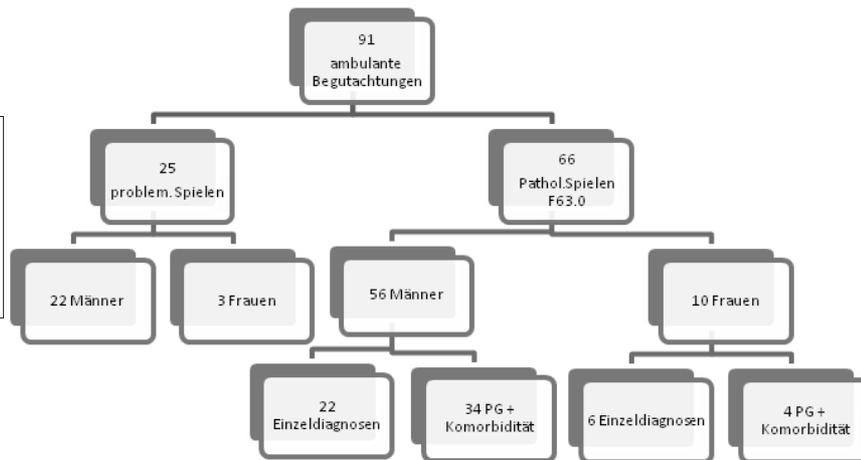


Abbildung 1. Verteilung der Diagnosen unter Genderaspekt.
(Problem. Spielen 2–4 Kriterien; path. Spielen ≥ 5 Kriterien nach DSM-IV)

Tabelle 1

Merkmale der pathologischen GlücksspielerInnen (N = 66) unter Genderaspekt

Variablen	Frauen n = 10 (15 %)	Männer n = 56 (85 %)
<i>Familienstand</i>		
Partnerschaft	6 (60 %)	26 (46 %)
Kinder	8 (80 %)	23 (41 %)
<i>Bildung</i>		
o. Abschluss	3 (30 %)	8 (14 %)
Pflichtschule	1 (10 %)	7 (13 %)
ab. Berufsausb.	6 (60 %)	41 (73 %)
<i>Erwerb</i>		
Berufstätig	7 (70 %)	36 (64 %)
Arbeitslos	0	16 (29 %)
Pension	3 (30 %)	4 (7 %)
<i>Spielverhalten</i>		
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Alter Spielbeginn	30 (9.3)	23.3 (8.5)
Alter Therapiebeginn	41.7 (14.2)	34.3 (11.3)
Jahre des Problemspielens	6 (7.2)	5.7 (6.1)
Spieltage (in letzten 30 Tagen)	5.5* (4.5)	9.9 (8.6)
<i>Komorbidität</i>		
Affektstörungen	2 (20 %)	27 (48.2 %)
Angststörung	2 (20 %)	1 (1.8 %)
Persönlichkeitsstörung (dissoz., narz.)	0	6 (10.7 %)
Schizophrenie	0	2 (3.6 %)
Drogeninduzierte Psychose	0	1 (1.8 %)
Alkohol	0	7 (12.5 %)
Kokain/Cannabis	0	3 (5.4 %)
Mehrfache Komorbidität	2 (20 %)	7 (12.5 %)
<i>Spielform</i>		
Geldspielautomaten (nur)	6 (60 %)	23 (41.7 %)
Geldspielautomaten (zusätzlich)	9 (90 %)	45 (80.4 %)
Casino-Roulette	3 (30 %)	15 (26.8 %)
Black Jack, Poker	0	4 (7.1 %)
Sportwetten	1 (10 %)	21 (37.5 %)
Andere (Würfel, Internet, Börse)	0	5 (8.9 %)

Kombinationstherapien mit Antidepressiva und Neuroleptika eingesetzt wie Seroquel®, Efectin®, Trittico®, Ciprallex®, Risperdal®, Zyprexa®. Als Tranquilizer und Antiepileptika wurden auch Depakine® und Temesta® verordnet.

25 Personen (3 Frauen) mit problematischen Spielen (2–4 Kriterien nach DSM IV), die die Kriterien für PS nicht erfüllten, absolvierten ein beratendes Gespräch. Sie wurden darauf hingewiesen, dass sie nicht zögern sollen, bei der Helpline anzurufen, wenn sich neue Fragen bzw. unerwartete Probleme ergeben sollten und nach Bedarf auch zu einem weiteren persönlichen Beratungsgespräch an die Klinik kommen können.

Demographische Merkmale

Unter 66 Anrufern, die in der Analyse berücksichtigt wurden, waren 10 (15.2 %) Frauen und 56 (84.8 %) Männer mit der Diagnose PS (≥ 5 Kriterien nach DSM-IV 312.31). Die soziale Situation der beiden Geschlechter war annähernd gleich. Mehr als die Hälfte der Frauen lebten in einer Partnerschaft (60 %, $n = 6$), hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung (60 %) und waren erwerbstätig (70 %). Unter männlichen Glücksspielern lebten 46 % in einer Partnerschaft, 73 % hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung und 64 % waren berufstätig (siehe Tabelle 1).

Spielverhalten

Betrachtet man die Variablen Alter hinsichtlich der Spielproblematik, so zeigte sich, dass Frauen zum Zeitpunkt des ersten Spielens ($M = 30.0$ Jahre, vs. Männer $M = 23.3$ Jahre; $p = .056$) und zum Therapiebeginn (Frauen $M = 41.7$ Jahre vs. Männer $M = 34.3$ Jahre; $p = .148$) älter als Männer waren. Die Phase der Intensivierung des Spielens (Problemjahre) bis zum Therapiebeginn dauerte bei Frauen im Durchschnitt ähnlich lang ($M = 6$ Jahre) wie bei Männern ($M = 5.7$ Jahre). In den letzten 30 Tagen spielten Männer an signifikant mehr Tagen ($M = 9.9$ Tage) als Frauen ($M = 5.7$; $p = .024$). Die Mehrheit der Frauen (90 %, $n = 9$) und Männer (80.4 %, $n = 45$) bevorzugten das Glücksspiel an Geldspielautomaten. Eine ähnliche Präferenz zeigte sich auch bei beiden Geschlechtern hinsichtlich Roulette (30 % Frauen vs. 26.8 % Männer). Genderspezifische Unterschiede ergaben sich dafür bei Kartenspielen (7.1 %, $n = 4$), Würfelspielen und Spielen im Internet (8.9 %, $n = 5$), die sich als eine ausschließliche Domäne des Mannes zeigten. Auch Sportwetten zogen mehr männliche Glücksspieler (21 Männer vs. eine Frau) an.

Therapieerfahrung

Sieben von 38 GlücksspielerInnen mit psychiatrischen Komorbiditäten waren schon früher mit folgenden Diagnosen

in Behandlung: jeweils eine Person mit Schizophrenie, drogeninduzierter Psychose, Kokainabhängigkeit, Polytoxikomanie, Suizidversuch und zwei Patienten mit Diagnosen der Depression; davon nahmen nur zwei Personen (PS komorbid mit Kokainabhängigkeit und PS komorbid mit Polytoxikomanie) eine Spielsuchttherapie in Anspruch. Unter diesen sieben Personen war nur eine Frau, die eine stationäre Behandlung aufgrund des Suizidversuchs als Folge der Spielsucht angegeben hat.

Insgesamt nur zehn (15.2 %) Personen (8 Männer vs. 2 Frauen) hatten in der Vergangenheit eine Spielsuchttherapie, die in der Dauer zwischen 2–3 Sitzungen bis zu einem Jahr variierte.

Diskussion

Die in vielen Studien berichteten genderspezifischen Aspekte der Spielsucht, konnten auch in der vorliegenden Stichprobe beobachtet werden. Der Anteil der Frauen unter den Anrufern an der Helpline war mit 14.3 % eher niedrig aber konsistent mit den Ergebnissen aus der Literatur (Petry, 2005; Potenza et al., 2005) und der berichteten Beratungsanfrage in anderen Wiener Therapieeinrichtungen. So meldet die Spielsuchthilfe, Wien für 2008 einen Anteil von 15 % Frauen unter den Anrufern (Horodecki, Spielsuchttagung Bad Aussee 2009). Frauen waren sowohl zum Zeitpunkt des ersten Spielens als auch zum Therapiebeginn im Durchschnitt älter als Männer (vergleichbar mit Ergebnissen bei Petry, 2002; Potenza et al., 2001; Tavares, Zilberman, Beites & Gentil, 2001) und sie präferierten nichtstrategische Spielformen wie Geldspielautomaten im Unterschied zu Männern, die auch strategische Spiele wie Sportwetten oder Karten spielten (ähnlich wie in der Studie von Potenza et al., 2001). In diesem Zusammenhang muss aber betont werden, dass die vorliegende Frauen-Stichprobe ($n = 10$) klein war und daher beobachtete und erhobene Informationen eine sehr geringe Aussagekraft haben und ihre Gültigkeit nur auf diese Subgruppe eingeschränkt ist. Da ein relativ niedriger Frauenanteil im Behandlungssetting keine Ausnahme sondern ein weitverbreitetes Problem in klinischen Studien zur Spielsucht ist, sind wir in der Forschung auf die Berücksichtigung von kleinen Datenmengen angewiesen, um genderspezifisches Spielverhalten zu erforschen und in der Behandlung auf unterschiedliche Bedürfnisse Rücksicht nehmen zu können.

Slutke (2006) berichtete von 36 %-39 % pathologischen Glücksspielern, die in den letzten 12 Monaten nicht gespielt haben, ohne eine Therapie aufgesucht zu haben (*natural recovery*), und stellte diese Zahlen den nur 7 %-12 % der Spieler gegenüber, die laut Studien eine Behandlung in Anspruch nehmen (z. B. Petry, 2005). Unter Berücksichtigung der Wahrscheinlichkeit für Selbstheilung gegenüber der Therapieanfrage regte die Autorin dazu an, das Konzept des PS als eine chronische und wiederkehrende Störung zu überdenken. Das Thema der Selbstheilung soll

durch weitere Forschung aufgegriffen werden, da es helfen könnte, spielabstinentzfördernde Faktoren zu identifizieren und charakteristische Merkmale der Spieler aufzuzeigen, die als Prädiktoren der Symptomfreiheit in Frage kommen. Die bisherige Forschung bestätigt, dass die Gruppe der Problemspieler äußerst heterogen ist und daher Beratungs- und Behandlungsbedürfnisse sowie Heilungschancen je nach Subgruppe (Problemkomplexität, Komorbidität) unterschiedlich sind (z. B. Blaszczynski & Nover, 2002). PS ist eine Suchterkrankung und daher darf auch eine sehr lange Abstinenzphase über ein mögliches Rückfallsrisiko nicht hinwegtäuschen (Grüsser et al., 2005).

Die Aufklärung der Bevölkerung zur Bekämpfung der mit einer Suchterkrankung verbundenen Stigmatisierung ist dringend notwendig, um verbreitete Einstellung, dass es sich bei der Glücksspielsucht um eine selbstverschuldete Situation und eine Charakterschwächefrage handelt (Crisp et al., 2001), zu verändern, um die Betroffene und deren Angehörige aus der sozialen Isolation zu holen und Therapiebarrieren zu beseitigen.

In unserer Stichprobe hatten 84.9 % der Spieler keine Spieltherapieerfahrung. Von gleichem Prozentsatz (annähernd 85 %) berichtet ebenfalls die Studie über Helpline-Anrufer in Connecticut (Potenza et al., 2001). Als Ursachen für den geringen Anteil von Patienten mit Therapieerfahrung werden in der Literatur genannt: Stigmatisierung (Pulford et al., 2009), Unzufriedenheit mit der Therapie und daraus folgendem Abbruch (Echuburua & Fernandez-Montalvo, 2005) sowie das Vorliegen komorbider psychischer Störungen, die den Krankheitsverlauf und die Behandlungsmotivation bzw. -ergebnisse negativ beeinflussen. Das Ergebnis, dass die meisten Anrufer in vorliegender Untersuchung über keine Spielsuchttherapieerfahrung verfügten, signalisiert, dass das primäre Ziel der Helpline, einen niederschweligen Einstieg in die Beratungssituation zu schaffen, in der man über die Spielsucht als Krankheit informiert und über die Therapiemöglichkeiten berät, ihre Zielgruppe der Hilfesuchenden erreicht hat. Da die Stigmatisierung der Suchtkranken den meisten Betroffenen leider noch immer den Weg in die Behandlung verhindert, bildet die Helpline in der sensiblen Situation der sich einstellenden Einsicht, allein nicht mehr schaffen zu können, eine wichtige Brücke. Hilfesuchende können erste Antworten auf ihre Fragen bekommen, ohne auf ihre Anonymität verzichten zu müssen.

Die Anonymität und eine schnelle Erreichbarkeit der Hilfe scheinen auch jene Personen zu einem Anruf zu ermutigen, die bereits in einer Behandlung sind (Komorbidität) oder früher eine Spielsuchttherapie besuchten, um sich zu informieren, welche Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten es gibt oder um eigene Therapieerfahrungen und aktuelle Probleme in einem persönlichen Gespräch aber doch unter schutzgebender Distanz einer telefonischen Verbindung besprechen zu können.

Die Gruppe der GlücksspielerInnen mit 2–4 Diagnosekriterien nach DSM-IV (27.4 % der Helpline-Glücksspieler) liegt an der Schwelle zur Diagnose pathologisches

Spielen und stellt aus klinischer und sozialgesundheitlicher Perspektive eine sehr wichtige Population dar. Es ist eine Gruppe, die bereits von einer Beratung bzw. einer Kurzintervention profitieren kann. Die Helpline erfüllt in diesem Sinne den Anspruch einer präventiven Maßnahme, den Weg in die Beratung bzw. in die Behandlung zu erleichtern und frühzeitig mit einer Beratung/Behandlung zu beginnen; sie unterstützt Betroffene bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Wahl einer Therapie. Im Gespräch können wichtige Merkmale der Problemgruppen erfasst werden, die für die Planung und weitere Verbesserung der Hilfesysteme wichtig sind.

Viele Studien bestätigen, dass Spielsucht selten isoliert vorkommt, daher soll die Berücksichtigung der Komorbidität und Suizidalität zum *state of the art* in der Spielsuchtbehandlung gehören. Ob aus Scham, Schuldgefühl oder fehlender Einsicht, dass die Spielsucht behandelbar ist, melden GlücksspielerInnen selten ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten, den sie wegen psychiatrischen Störungen wie Substanzabhängigkeit, Affekt- oder Angststörung aufsuchen, dass sie auch ein Spielproblem haben. Gerade bei diesen Erkrankungen sollte die Durchführung eines Screenings zum Spielverhalten der Betroffenen zum *state of the art* gehören. Im späteren Verlauf der Behandlung wagen PatientInnen oft nicht mehr von ihrem Spielproblem zu berichten, um den Therapeuten, wie sie via Helpline erklären, nicht zu enttäuschen. Eine rechtzeitige und gleichzeitige Diagnose und Behandlung hätte aber möglicherweise die Entwicklung der weiteren negativen Folgen verhindern können.

In der vorliegenden Arbeit erwies es sich als schwierig, genaue zeitliche Informationen zum Auftreten komorbider Störungen in Bezug auf das Einsetzen der Spielproblematik zu erheben und sie als ursächlich zu interpretieren. Spielsucht ist eine multifaktorielle Erkrankung, daher ist das Auftreten psychiatrischer Komorbidität nur eine der Komponenten, die entweder zur Entstehung oder zur Aufrechterhaltung des pathologischen Spielens im Sinne einer Selbstmedikation bzw. effektiver Gefühlsregulation beiträgt, und aus diesem Grund für eine Subgruppe der pathologischen GlücksspielerInnen als behandlungsbedürftig einzustufen ist.

Abschließend muss betont werden, dass 58 % der Kohorte eine psychiatrische Komorbidität (meistens affektive Störungen) aufwiesen und demnach streng genommen nicht der Kategorie PS zu zuordnen sind.

Nur ein integrativer und fachübergreifender Therapieeinsatz, der sich an individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der pathologischen SpielerInnen orientiert und durch ein multidisziplinäres Team angeboten wird, kann dieser multifaktoriellen Störung gerecht werden und zu bleibenden stabilisierten Behandlungsverläufen führen.

Das Hauptaugenmerk soll im Wesentlichen auf die Kompetenz in der Suchtdiagnostik und -therapie gerichtet sein, zumal auch international dem Rechenweg getragen wird und PS im DSM-V im Bereich der Suchterkrankungen angesiedelt sein soll.

Schlussfolgerungen für die Praxis:

- Eine Helpline erleichtert den Zugang zur Therapie – niedrigere Hemmschwelle, individuelle Beratung ohne Wartezeiten und Wegzeiten.
- Berücksichtigung der Komorbidität bei der Diagnosestellung als Voraussetzung für den Behandlungserfolg

Danksagung

Wir danken für finanzielle Unterstützung durch den NIH-Grant Nr. R01 DA018417.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- Blaszczynski, A. & Nover, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487–99.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. & Frankova, A. (1991). A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment. *British Journal of Addiction*, 86, 1485–1489.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., Zullino, D. & Osiek, C. (2008). Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 236–239.
- Bondolfi, G., Osiek, C. & Ferrero, F. (2000). Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 473–475.
- Bühringer, G., Kraus, L., Sonntag, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Steiner, S. (2007). Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 53, 296–308.
- Buth, S. & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativerhebung. *Suchttherapie*, 9, 3–11.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- Desai, R. & Potenza, M. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 173–183.
- Dickerson, M. & O'Connor, J. (2006). *Gambling as an addictive behaviour: Impaired control, harm minimisation, treatment and prevention*. New York: Cambridge University Press.
- Echuburu, E. & Fernandez-Montalvo, J. (2005). Psychological treatment of slot-machine pathological gambling: New perspectives. *Journal of Gambling Studies*, 21, 21–26.
- Gonzalez-Ibanez, A., Rosel, P. & Moreno, I. (2005). Evaluation and treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 21, 35–42.
- Grant, J. E., Kim, S. W. & Hartman, B. K. (2008). A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist naltrexone in the treatment of pathological gambling urges. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 783–789.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., Cunningham-Williams, Nurminen T., Smits, G. & Kallio, A. (2006) Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 303–312.
- Grüsser, S. M. & Albrecht, U. (2007). *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen*. Bern: Huber.
- Grüsser, S. M., Plöntzke, B. & Albrecht, A. (2005). Pathologisches Glücksspiel: Eine empirische Untersuchung des Verlangens nach einem stoffungebundenen Suchtmittel. *Nervenarzt*, 76, 592–596.
- Hodgins, D. C., Mansley, C. & Thygesen, K. (2006). Risk factors for suicidal ideation and attempts among pathological gamblers. *American Journal of Addictions*, 15, 303–310.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 1, 49–59.
- Ledgerwood, D. M. & Petry, N. M. (2004). Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 711–714.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1996). Wenn die Glücksgöttin verliert: Frauen und «zwanghaftes Glücksspiel». *Sucht*, 42, 410–419.
- Lobsinger, C. & Beckett, L. (1996). *Odds on the break even: A practical approach to gambling awareness*. Canberra: Relationships Australia, Inc.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H. & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412–22.
- Pallesen, S., Molde, H., Arnestad, H. M., Laberg, J. C., Skutle, A., Stoylen, I. J. . . . Holsten, F. (2007). Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 357–64.
- Petry, N. M. (2002). A comparison of young, middle-aged, and older adult treatment-seeking pathological gamblers. *The Gerontologist*, 42(1), 92–99.
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- [nicht im Text] Petry, N. M. & Armentano, C. (1999). Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: A review. *Psychiatry Services*, 50, 1021–27.
- Petry, N. M. & Kiluk, B. D. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 462–469.
- Petry, N. M., Litt, M. D., Kadden, R. & Ledgerwood, D. M. (2007). Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? *Addiction*, 102, 1280–1291.
- Petry, N. M., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric dis-

- orders: Result from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 564–74.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S., Wu, R., Rounsaville, B., Krishnan-Sarah, S. . . . O'Malley, S. S. (2004). Characteristics of tobacco-smoking problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Addictions*, 13, 471–493.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S., Wu, R., Rounsaville, B. & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1500–05.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A. & Wu, R. (2005). Characteristics of gambling helpline callers with self-reported gambling and alcohol use problems. *Journal of Gambling Studies*, 21, 233–254.
- Pulford, J., Bellinger, M., Abbott, A., Clarke, D., Hodgins, D. & Williams J. (2009). Barriers to help-seeking for a gambling problem: the experience of gamblers who have sought specialist assistance and the perceptions of those who have not. *Journal of Gambling Studies*, 25, 33–48.
- Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009–1061.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. National Surveys. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 297–302.
- [nicht im Text]** Sonntag, D., Bauer, C. & Eichmann, A. (2008). *Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Alle Bundesländer. Tabellenband für (teil-) stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie. Bezugsgruppe: Beender*. München: Institut für Therapie-forschung.
- Tavares, H., Zilberman, M. L., Beites, F. J. & Gentil, V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17, 151–159.
- Volberg, R. A., Abbott, M. W., Ronnberg, S. & Munck, I. M. (2001). Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 250–256.
- Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M. C. & Parker, J. (2001). Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: Prevalence, demographic patterns and comorbidity. *The Journal of Studies on Alcohol*, 62, 706–12.
- Zanki, M. & Fischer, G. (2009). Pathologisches Glücksspielverhalten: Diagnose – Komorbidität – Behandlung. In D. Bathyány & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzun-gebundene Süchte*. Wien, New York: Springer-Verlag.

Malgorzata Zanki
Angaben fehlen

Gabriele Fischer
Angaben fehlen

Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20
Tel. +43 1 40-400-2116
Fax +43 1 40-400-3629
E-Mail: gabriele.fischer@meduniwien.ac.at