

Gleichzeitige Behandlung der Tabak- und Glücksspielsucht

Jörg Petry

34. Jahrestagung des Fachverbandes Glücksspielsucht
Berlin, 2. Dezember 2022.

Rauchen und Glücksspielsucht

Glücksspielsüchtige rauchen häufiger als die Normalbevölkerung (Starker & Kuntz, 2022).

Die Tabaksucht ist die häufigste komorbide Störung der Glücksspielsucht (Premper, 2018).

Rauchende Glücksspielsüchtige zeigen eine stärkere Ausprägung ihrer Störung: stärkeres Verlangen, höhere Einsätze, längere Spielzeiten und höhere Schulden.
(Bilevicius et al., 2020).

Stoffgebundene Komorbidität

Stoffliche Komorbidität (Missbrauch u. Sucht) bei Glückspielsucht (%)	Premper (2006) N = 101	Premper (2018) N = 826
Tabak	73,3	69,0
Cannabis	5,9	15,1
Sedativa/Hypnotica	2,0	0,6
Kokain	0,0	5,4
Stimulantia/Koffein	1,0	5,8
Halluzinogene	0,0	0,4
Alkohol	21,0	26,0
Multipler Gebrauch	0,0	5,9

Suchtverlagerung

Unter dem populären Begriff „Suchtverlagerung“ versteht man das Ausweichen von Süchtigen auf eine andere als die ursprüngliche Sucht.

Das Konzept wurzelt in tiefenpsychologischen (vor allem ichpsychologischen) Vorstellungen, wonach jeder Sucht persönlichkeitspezifischen Defizite zugrundeliegen (Krystal & Raskin, 1970). Die Sucht dient dabei als Selbstmedikation (Khantzian, 1997; Voigtel, 2015) zur Abwehr unerträglicher Affekte.

Da diese strukturellen Besonderheiten auch nach erzielter Abstinenz fortbestehen (AK OPD, 2017: S. 32), erfolgt eine Verlagerung auf eine andere Süchte.

Suchtverlagerung

Eine frühe, gut kontrollierte Studie (Olbrich, 1989) ergab bei einer 18monatigen Katamnese von Patientinnen (N = 172) einer 3monatige Alkoholentwöhnung einen Zusammenhang zwischen verändertem Nikotinkonsum und Rückfälligkeit mit Alkohol.

Diejenigen, deren Nikotinkonsum während der Behandlung in den ersten 11 Wochen gestiegen war (vgl. Protokolle), hatten eine höhere Rückfallquote (65,4 %), als diejenigen, deren Nikotinkonsum (geringfügig) gefallen war (46,2 %).

Korrelate der Glücksspielabstinenz

Veränderungen bei Einstellung vs. Reduzierung vs. Beibehaltung des Glücksspielverhaltens

(Petry & Jahrreiss, 1999).

Korrespondierende Veränderungen	Testwert	p
1. Auftreten "weichen Glücksspielens"	1,35	0,50
2. Therapiekonformer Umgang mit stofflichen Suchtmitteln	2,89	0,23
3. Auftreten psychosomatischer Beschwerden	3,27	0,18
4. Auftreten psychische Beschwerden	4,10	0,14
5. Veränderung der Verschuldung	20,78	0,001
6. Veränderung der Wohnsituation	10,40	0,17
7. Veränderung der Partnersituation	8,72	0,33

Exakter Test nach Fisher:

signifikant ($p < 0,05$) nach Alpha-Adjustierung bei 7 unabhängigen Signifikanztests ($\alpha = 1/7 \times 0,05 = 0,007$)

Korrelate der Glücksspielabstinenz

Therapiekonformer Umgang mit stofflichen Suchtmitteln:

Glücksspielabstinente zeigen eine größere Tendenz (90 %) einen normalen Alkoholkonsum beizubehalten oder zu verringern, einen missbräuchlichen Konsum zu reduzieren oder einen süchtigen Konsum einzustellen als gebesserte (64,4 %) und ungebesserte (75 %) GlücksspielerInnen (Petry & Jahrreiss, 1999).

Raucherentwöhnung und Alkoholabstinenz

Eine Meta-Analyse (N = 19) zeigt, dass die kurzfristig (6 Monate) erzielte Tabakabstinenz die langfristige Abstinenz von stofflichen Süchten um 25 % erhöht. (Prochaska et al., 2004). Die Tabakabstinenz war langfristig jedoch nicht stabil. Die Übersichtsarbeit von Baca und Yahne (2009) bestätigt diesen positiven Zusammenhang.

NichtraucherInnen zeigen ein Jahr nach einer Alkoholentwöhnung (Schneider & Wallroth, 2005) höhere Abstinenzquoten auf (81 %) als RaucherInnen (73 %).

Alkoholrückfälle waren bei den Teilnehmern einer Raucherentwöhnungsgruppe niedriger (21,4 %) als bei den anderen Patienten (29,3 %). Die Tabakabstinenz war allerdings langfristig nicht stabil (Batra et al., 2011).

Mythos Suchtverlagerung

Fazit:

Es gibt **keine** „**Suchtverlagerung**“:

Die Überwindung einer Sucht führt nicht zur Entstehung oder Verstärkung anderer Süchte.

Ganz im Gegenteil: Die Überwindung einer Sucht fördert die Einschränkung oder Überwindung anderer Süchte.

Entgegen der skeptischen Einschätzung von RaucherInnen und ihren TherapeutInnen (Metz et al., 2005) findet eine „**Suchtentsorgung**“ statt!

Erfolgsquoten der Raucherentwöhnung

Eine multizentrische Studie (Metz et al., 2005) mit 19 Alkoholrehabilitationskliniken (N = 667) erbrachte für die Raucherentwöhnung nach 6 Monaten Abstinenzquoten zwischen 11,4 % (nur Antwortter) und 5,7 % (Nichtantwortter gelten als rückfällig).

Die Erfolgsquoten ambulanter Raucherentwöhnung betragen allgemein bis zu 30 % (Batra, 2011).

Ein Modellprojekt zur stationären Tabakentwöhnung erzielte sogar eine Abstinenzquote über 50 % (Schoberberger, 2002).

Die Tabakentwöhnung ist insgesamt auf dem Stand des Selbstkontrollansatzes der 1970er Jahre stehen geblieben (Petry, 2005) und genießt in der stationären Suchtrehabilitation nicht den notwendigen Stellenwert (Metz et al., 2005).

Perspektive

Anmeldung einer Studie am 3. August 2019:

Bilevicius et al. (2020). Development and testing the effectiveness of a novel online integrated treatment for problem gambling and tobacco smoking: a protocol for an open-label randomized control trial

Ausgangspunkt sind die folgenden Befunde zur Belohnung, Impulsivität und Rückfallgefährdung

Belohnung

Beide Süchte zeigen die gleichen zentralen Belohnungsmechanismen: Zunahme der Dopaminausschüttung im mesolimbischen System.

Unvorhersehbare finanzielle Belohnung steigert im Gegensatz zu vorhersehbare Belohnung eine verstärkte Dopaminausschüttung bei Glücksspielsüchtigen in den gleichen Hirnarealen wie beim Tabakkonsum.

Funktional kann Nikotin den Belohnungswert anderer Süchte steigern: zunehmender Konsum von Alkohol und Opioiden und verstärktes Verlangen bei Kokainisten.

Impulsivität

RaucherInnen riskieren wie GlücksspielerInnen mehr in Entscheidungsaufgaben (Iowa Gambling Task).

RaucherInnen zeigen eine stärkere Tendenz zur Abwertung von zukünftigen Ereignissen (discounting).

Rauchende GlücksspielerInnen zeigen eine stärkere Reizempfindsamkeit über verschiedene Auslösereize hinweg (cross cue reactivity).

Rauchen kann die Auffälligkeit (salience) für kurzfristige Belohnungen steigern.

Rauchen kann die Wachheit während des Glücksspielens steigern.

Rückfallgefährdung

Mehrfachsuchte gehen mit einem größeren Störungsgrad und mit schlechteren Behandlungserfolgen einher.

Dazu passt, dass rauchende GlücksspielerInnen im Vergleich mit nichtrauchenden GlücksspielerInnen größere Schwierigkeiten haben, ihr Verlangen zu kontrollieren, alternatives Verhalten aufzubauen und ihre Aufmerksamkeit auf die Zukunft zu richten.

Diese daraus resultierende Rückfallgefährdung rauchender GlücksspielerInnen nach Behandlung erfordert eine verstärkte Mitbehandlung eines vorhandenen problematischen oder süchtigen Tabakkonsums.

Behandlungsansätze

Der **integrative Ansatz** berücksichtigt mögliche gemeinsame Ursachenkomplexe und betont die gegenseitige funktionale Beziehung zwischen den Süchten.

Der **parallele Ansatz** behandelt die beiden Süchte getrennt von verschiedenen TherapeutInnen. Dies kann zu widersprechenden Anforderungen führen.

Der **sequentielle Ansatz** behandelt zunächst die klinisch bedeutsamste Störung. Er lässt die Wechselwirkung zwischen den beiden Störungen unberücksichtigt.

Integrativer Ansatz

Der integrierte Ansatz ermöglicht es den Teilnehmern, die Zusammenhänge zwischen Glücksspielen und Rauchen zu verstehen; Ziele in Bezug auf das Glücksspielen und Rauchen zu erkennen und zu setzen;

angenehme und positiven Aktivitäten anzustreben;

"Hochrisikosituationen" in Bezug auf das Rauchen und Glücksspielen zu erkennen;

Strategien zu entwickeln, um mit dem Drang zum Glücksspielen und Rauchen umzugehen;

Gedanken, die Glücksspielen und Rauchen begünstigen, zu hinterfragen und zu verändern und zu lernen, wie man einen Rückfall in das jeweilige Verhalten verhindern kann.

(Bilevicius et al., 2020: p. 10).

Untersuchungsplan

Zweiarmige randomisierte Studie (integrativ vs Glücksspielen allein) einer achtwöchigen Online-Behandlung (angestrebtes N = 300) mit sieben Modulen (Kognitive Verhaltenstherapie und Motivierende Gesprächsführung) und empfohlener 8wöchiger Nikotinsubstitution (Pflaster) in der Experimentalgruppe.

Module: Einführung, Zielsetzung, Risikosituationen, Reizkontrolle, Kognitive Umstrukturierung, Umgang mit Verlangen, Umgang mit Ausrutschern.

Hypothese: Die Reduzierung des Tabakkonsums vermittelt die verstärkte Reduzierung des Glücksspielverhaltens (24wöchige Katamnese vorgesehen).

Sequenzieller Ansatz

„Die Drei!!“ haben sich eine weibliche und zwei männliche Glücksspielsüchtige genannt, die bereits viele Jahre glücksspielfrei waren und sind.

Wir haben uns von Sept. 2021 bis Oktober 2022 16mal per Zoom getroffen.

Der Rauchstopp mit und ohne Substitution erfolgte im Oktober 2021.

Als Methode wurde die **Udenotherapie** angewandt.

Nach einem Jahr betrug die **Erfolgsquote** 133,33 %:

Sequenzieller Ansatz

Udenotherapie – von griechisch „Nichtstun“ – nannte der Psychiater und Allgemeinmediziner Eugen Bleuler (1922) „scherzhaft“ die ärztliche Behandlungsstrategie des Abwartens und der Offenheit für den Verlauf von untherapierten Erkrankungen.

Also keine Verhaltensanalyse, kein Erwerb von Skills zum Umgang mit Verlagen, keine Modifikation irrationaler Einstellungen, kein Stressbewältigungstraining und schon gar kein Rückblick in die frühe Kindheit.

Ich konnte mich angesichts der kompetenten TeilnehmerInnen schnell auf meine Rolle des Zoom-Beauftragten beschränken.

Sequenzieller Ansatz

Zur Erfolgsquote: Zwei der Drei!!! waren und sind durchgehend und einer der Drei!!! nach einem zweitägigen Rückfall zu Beginn bis Oktober 2022 ein Jahr rauchfrei. Im Dezember 2021 hat die Ehefrau eines der Drei!!! als Reaktion auf die begonnene Tabakabstinenz ihres Mannes das Rauchen ebenfalls eingestellt. Sie ist bis heute (Dezember 2022) ebenfalls durchgehend rauchfrei.

Nun, vier Erfolge bei drei behandelten Personen macht eben **133,33 %!**

Glücksspielabstinenz und Übergewicht

Obwohl eine neuere Studie (Koball et al., 2019) auch beim Zusammenhang zwischen bewältigter Glücksspielsucht und darauf folgender (Fr-)essucht gegen eine „Suchtverlagerung“ spricht, sollten Betroffene und ihre TherapeutInnen ein mögliches Übergewicht im Blick haben:

Gesundheitsrelevant ist vor allem der einfach zu erfassende Bauchumfang: Er sollte bei Frauen nicht über 88 cm und bei Männern nicht über 102 cm betragen (Wirth, 2003).

Man sollte beim Messen allerdings nicht einatmen und dabei den Bauch einziehen!

Literatur

- Arbeitskreis OPD – Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD. (2017²). Göttingen: Hogrefe.
- Baca, C. T. & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 205 - 219.
- Batra, A. (2011). Therapie der Tabakabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(33), 555 -564.
- Batra, A.; Niethammer, S.; Mänz, C. & Peukert, P. (2011). Tabakentwöhnung bei stationären Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit – Motivationsfaktoren und Erfolgsaussichten.
- Bilevicius, E.; Single, A. et al. (2020: 21: 937). Development and testing the effectiveness of a novel online integrated treatment for problem gambling and tobacco smoking: a protocol for Brinikan open-label randomized control trial (<https://doi.org/10.1186/s13063-020-04867-1>).
- Bleuler, E. (1922). *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung* (S. 15). Berlin: Springer.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Koball, A. M.; Glodosky, N. C.; Ramirez, L. D.; Kallies, K. J. & Gearhardt, A. N. (2019). From substances to food: an exasmination of addiction shift in individuals undergoing rsidential treatment for substance use. *Addiction Research & Theory*, 27 (4), 322 – 327.
- Krystal, H. & Raskin, H. A. (1970). *Drug dependence: aspects of ego function*. Detroit, MI: Wayne State University Press.
- Metz, K.; Kröger, C. & Orth, B. (2005). Tabakentwöhnung an Alkoholrehabilitationskliniken – Ergebnisse des WIRK-Projekts. *Sucht Akutell*, 12(1), 39 -44.

Literatur

- Olbrich, R. (1989). Kaffee- und Nikotinkonsum während der stationären Alkoholismusbehandlung und ihr Zusammenhang mit alkoholischen Rückfällen. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.). Rückfall und Rückfallprophylaxe (S. 149 - 159). Berlin: Springer.
- Petry, J. (2005). Kritische Betrachtungen über den aktuellen Stand der Behandlung von Tabakabhängigen. Sucht, 51(3), 175 - 180.
- Petry, J. & Jahrreiss, R. (1999). Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“. Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Deutsche Rentenversicherung Prempfer, V. (2006). Komorbide psychische Störungen bei Pathologischen Glücksspielern , 4/99, 196 - 218.
- (S. 83). Lengerich: Pabst .
- Prempfer, V. (2006). Komorbide psychische Störungen bei pathologischen Glücksspielern. Lengerich: Pabst.
- Prempfer V. et al. (2018) Basisdokumentation Fachverband Sucht 2018. Bonn: Fachverband Sucht.
- Prochaska, J. O.; Delucchi, K. & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72, 1144 - 1156.
- Schneider, B. & Wallroth, M. (2005). Tabakabhängigkeit in der stationären Alkoholentwöhnung – Konzeptionelle Umorientierung und erste empirische Ergebnisse. Sucht Aktuell, 12 (2) 34 – 37.
- Schoberberger, R. (2002). Therapie der Nikotinabhängigkeit. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 11, 165 – 170.
- Starker, A. & Kuntz, B. (2022). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 22. Lengerich: Pabst.
- Voigtel, R. (2015). Sucht. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wirth, A. (2003). Adipositas-Fibel. Berlin: Springer.

Zur Tabakentwöhnung siehe auf meiner Website:
www.joerg-petry.de / Vorträge / Tabakentwöhnung

Vielen Dank fürs Zuhören!