

Psychiatrische- und Nervenlinik
Universitätskrankenhaus Eppendorf

Zygmunt Wlazio, Iver Hand, Rüdiger Klepsch, Brigitte Friedrich und Martina Fischer

Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen, II: Prospektive Katamnese der Hamburger Projekt-Studie

Long-term effects of multimodal behavior therapy for pathological gambling II: a prospective follow-up of the Hamburg project study

Zusammenfassung:

Im Anschluß an die erste Katamnese der 28 Spieler in der Pilot-Studie (Suchtgefahren 1987, Klepsch et al., in diesem Heft) wurden im Rahmen der Projekt-Studie weitere 84 Spieler, die zwischen April 1984 und Dezember 1985 an einer Therapie oder zumindest an einem Erstinterview teilgenommen hatten, nachgefragt. Die Follow-up-Dauer betrug zwischen 6 Monaten und 2 Jahren.

Durch den prospektiven Charakter dieser Nachuntersuchung konnten mehrere Fehlerquellen der Pilot-Studie-Katamnese ausgeschaltet werden. Außerdem wurde der Erfolgskriterien-Katalog soweit erweitert und modifiziert, daß bei Aufrechterhaltung der Vergleichbarkeit beider Studien eine Überprüfung der Ergebnisse der Pilot-Studie unter „härteren“ Bedingungen möglich wurde.

67 % (56) der insgesamt 84 Spieler haben sich an der Untersuchung beteiligt. 77 % (65) Patienten spielten zum Zeitpunkt der Therapie ausschließlich an „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“, die restlichen 23 % (19) ausschließlich oder auch im Casino. 59 % (33) der 56 Katamnese-Teilnehmer haben an einer Therapie (2–10 Sitzungen), weitere 41 % (23) nur an dem sehr ausführlichen Erstgespräch teilgenommen.

Insgesamt konnten anhand des komplexen Kriterienkataloges 66 % (37) der 56 Katamnese-Teilnehmer – bzw. 44 % der Ausgangsstichprobe von 84 Patienten – als Erfolg definiert werden. Darunter waren 13, die lediglich an dem Erstinterview teilgenommen haben. 16 der Erfolgspatienten – 28,5 % aller Nachuntersuchten bzw. 19 % der Ausgangsstichprobe – übten zum Zeitpunkt der Nachbefragung eigenständig Abstinenz aus. Da Publikationen aus anderen Arbeitsgruppen ihre prozentuale Erfolgsquote nahezu ausschließlich auf die Katamnese-Teilnehmer beziehen, müssen zum Vergleich auch unsere entsprechenden Angaben herangezogen werden.

84 % aller Erfolgspatienten führten ihre positive Veränderung auf die Verhaltenstherapie zurück. Die hohe Übereinstimmung (92 % der Erfolgspatienten) zwischen den Problem-Hypothesen der Therapeuten zu Therapiebeginn und Veränderungsattributionen der Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese zeigt, daß die Erarbeitung eines Problem-Erklärungs-Veränderungs-Modells, das sowohl von Patienten wie von Therapeuten ak-

zeptiert wird, eine wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit unseres Therapiemodells ist.

54 % (45) der Spieler gehörten einkommensschwachen Bevölkerungsschichten an, davon waren 38 % (17) „Jugendliche“ zwischen 18–25 Jahre. In der Gesamtstichprobe betrug der Anteil dieser „Jugendlichen“ 43 %. Die Höhe der Schulden entsprach nicht dem Leidensdruck, 62 % (52) hatten weniger als 10000 DM Schulden.

Die referierten Ergebnisse können zumindest für die bei uns behandelten Patienten als repräsentativ angesehen werden, da die Gesamt-Beteiligung an der Nachuntersuchung in der Projekt-Studie 67 % betrug (in der Pilot-Studie 82 %).

Rechnet man beide Studien zusammen, ergibt sich bei einer Katamnesebeteiligung von 70 % (79 von 112) eine durchschnittliche Erfolgsquote von 65,5 % (52 von 79 Patienten), mit erheblicher Besserung sowohl im Symptomverhalten wie in anderen Lebensbereichen. Insgesamt wurden 30 % aller Spieler spielabstinent. Diese Ergebnisse zeigen aber auch, daß unser Therapieangebot für etwa 1/3 der Katamnese-Teilnehmer keine Hilfe darstellt. Wir werden versuchen mit diesen Spielern gemeinsam die Gründe für die erfolglose Therapieteilnahme zu erarbeiten und ein entsprechend modifiziertes Therapieangebot machen. Wieweit für diese Spieler eine am Suchtmodell orientierte Therapie erfolgreicher sein würde, bleibt solange eine offene Frage, wie die entsprechenden Versorgungseinrichtungen ihre Arbeit nicht evaluieren (können).

Die nächste Nachbefragung aller zwischen April 1984 und Dezember 1986 bei uns behandelten Patienten (bereits in Durchführung) wird die dritte Evaluation unseres Therapieansatzes darstellen.

Summary:

56 patients (67 %) of a total sample of 84 who had participated in our project study (April 1984 to december 1985) cooperated in a prospective follow-up (FU) study 6 to 24 months after treatment.

77 % (65) of the patients had gambled only at the German type of slot machine, the other 19 in casinos and with casino slot machines. 45 (54 %) patients were without own income. This and the rather low (compared to casino slot machines and casino games) potential loss of 0,30 DM per game and machine may to some extent explain, that for 52 (62 %) of the total sample (84) the burden of debt was below 10000 DM. Burden of debt apparently did not correlate with degree of suffering.

33 (59 %) FU-patients received treatment (1–10 sessions), whereas 41 % (23) did not want any further help after very intensive intake interview. 54 % (45) of the FU participants had no income of their own, 38 % of them were „youngsters“ (age 18–25), this latter age group constituting 43 % of the total FU sample.

37 patients (66 %) were found to be treatment „gainers“: they had (1) reduced their gambling behavior sufficiently, (2) changed their life problems and (3) not developed other neurotic symptoms. 28 % (16 out of 56 patients) showed lasting abstinence from pathological gambling, although abstinence in the course of treatment was never enforced or directly reinforced. 84 % of all the treatment „gainers“ attributed their change to behavior therapy – even when they had only participated in the intake interview. 34 % of the participants did not improve.

Summarizing the FU outcome of both the project pilot and the study, we find: some 66 % (52 of 79 patients) of the FU participants (i. e. 46 % of the total patient sample of 112) were clear treatment „gainers“ in a multivariate outcome assessment, with about 30 % (24) of the FU participants (21 % of the total sample) showing lasting abstinence.

The methodologically improved project FU confirmed most of the outcomes of the pilot study! With an overall FU compliance of 70 %, results can be regarded fairly representative for our total sample. Re-analyses of the treatment „failures“ have now begun and according to the results additional, modified treatment may be offered. It is hoped that similar evaluations of addiction-modell treatments for gamblers will soon be available.

We will soon start the third evaluation of our treatment modell, with a follow-up of patients having received treatment between April 1984 and December 1986.

1. Einleitung

Die Ergebnisse unserer zweiten Katamnese bei 84 Spielern, die im Rahmen der Projekt-Studie behandelt wurden, sollen im folgenden berichtet und den Ergebnissen der ersten Nachbefragung über die Auswirkungen von Kurzzeit-Verhaltenstherapie bei 28 Spielern aus unserer Pilot-Studie (KLEPSCH et al., 1987 in diesem Heft) gegenübergestellt werden. Die in dieser ersten, ausschließlich retrospektiven Katamnese unvermeidbaren Mängel konnten in der im folgenden dargestellten zweiten Katamnese über 84 weitere, behandelte Spieler durch eine kontinuierliche Datenerhebung vom Zeitpunkt der Therapie bis hin zum Nachuntersuchungszeitpunkt deutlich verringert werden. Damit überprüft die zweite Katamnese direkt die Ergebnisse der ersten.

Wir verstehen krankhaftes Spielen als symptomatischen Ausdruck eines prinzipiell multi-konditionalen Geschehens und in diesem Rahmen häufig auch eines neurotischen Konfliktbewältigungsversuches (HAND & KAUNISTO, 1984 a; HAND, 1986 b). Die aus den im Einzelfall entwickelten Hypothesen abgeleiteten Interventionen beziehen sich auf die dem Spielen hypothetisch zugrundeliegenden Problembereiche. Deren positive Veränderung sollte indirekt zu einer Veränderung im Spielverhalten bzw. in seinem Stellenwert und seiner Funktion in der Lebensführung des Spielers führen. Daraus ergeben sich klare Konsequenzen für die Erfolgs-Evaluation (s. Pkt. 2.2.; WLAZLO, 1985; KLEPSCH et al., 1987).

Die Vergleichbarkeit der beiden Katamnesen wurde gewährleistet durch:

1. Anwendung des gleichen, halbstrukturierten Katamnese-Fragebogens (modifizierte Form des von ANGENENDT & FISCHER 1985 entwickelten Katamnese-Fragebogens für Agoraphobiker);
2. gleiche Erfolgskriterien im Symptombereich (Spielen);
3. gleichartige Festlegung von 25 % Veränderung auf den jeweiligen Visual-Analog-Skalen als Kriterium für „Besserung“.

Durch zwei Erweiterungen der Untersuchungsfragestellungen kann die zweite Katamnese jedoch zu präziseren Angaben führen:

1. Die Bewertung im Symptombereich erfolgt auf der Grundlage des Vergleiches der Selbsteinschätzungen der Spieler zum prae- mit der erneuten Einschätzung zum Katamnese-Zeitpunkt. Dadurch wurden die in der 1. Katamnese denkbaren Erinnerungsfehler vermieden;
2. die Erfolgskriterien im Symptombereich sind in der 2. Studie um zwei zusätzliche Skalen erweitert worden, wodurch das Erreichen des Kriteriums „Erfolg“ erschwert wurde.

2. Design der Nachuntersuchung

Zwischen März und Juli 1986 führten wir im Rahmen der unserer Pilot-Studie folgenden Projekt-Studie die zweite Nachuntersuchung bei 84 Spielern durch, die zwischen April 1984 und Dezember 1985 an einer Therapie oder zumindest an einem Erstinterview teilgenommen haben. Die Follow-up-Zeiträume der nachbefragten Patienten betragen zwischen 6

Monaten und 2 Jahren (durchschnittlich ca. ein Jahr, im Vergleich zu etwa zwei Jahren in der Pilot-Studie). Eine detaillierte Zusammenfassung der Follow-up-Zeiträume zeigt Tabelle 1.

An dieser Katamnese haben sich 56 (67 %) der insgesamt 84 Spieler beteiligt. Sie wurden mit Hilfe des bereits genannten halb-strukturierten Interviews über die Auswirkung der bei uns erhaltenen Therapie auf die dem Spielen hypothetisch zugrundeliegenden Problembereiche wie auf das Spielverhalten selbst, befragt.

Die Nachbefragung fand bei 35 Patienten in unserer Ambulanz, bei 13 in deren Wohnung statt und nur 8 Patienten füllten die Fragebögen nach schriftlichen Anweisungen aus.

Tabelle 1: Dauer der Follow-up-Phase der nachbefragten Patienten

Dauer in Jahren	Anzahl der Patienten
0,5	N = 16
1	N = 30
1,5	N = 6
2	N = 4
$\bar{x} = 0.98$	N = 56

2.1 Merkmale der Patienten

Geschlechtsverteilung, Alter und Art der Beschäftigung für die Gesamt-Stichprobe sind in Tabelle 2 dargestellt.

In der gesamten Stichprobe befanden sich lediglich 6 Frauen. 75 % – gegenüber 57 % in der Pilot-Studie – der 84 Patienten waren jünger als 36 Jahre; in dieser Untergruppe überwog mit 36 Patienten die Altersgruppe zwischen 18 und 25 Jahren! Über die Hälfte der Gesamtgruppe (54 %) war ohne eigenes Einkommen.

Tabelle 2: Soziographische Daten

N = 84					
Geschlecht: M 78 W 6					
Alter	18–35		36–65		
	18–25	26–35	36–50	51–65	
N	36	27	17	4	
	36 < 63		35 > 21		
Beschäftigung					
Arbeitslos	20	Arbeiter	10	Angestellt	11
Lehrling	19	Handwerker	8	Beamter	2
Student	6	Selbständig	6	Akademiker	2
Ohne Einkommen	N = 45	„Blue Collar“	N = 24	„White Collar“	N = 15

Die bevorzugten Spielsituationen und die Schuldenbelastungen sind in Tabelle 3 zusammengefaßt.

65 (77 %) Patienten spielten zum Zeitpunkt der Therapie ausschließl. an „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“. 9 Patienten waren „reine“ Casino-Spieler und 10 Patienten spielten abwechselnd an den „Unterhaltungsautomaten“ und im Casino.

Tabelle 3: Spielart und Schuldenbelastung

N = 84				
Spielart	Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit	65	Casino + Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit	10
	Casino	9	Karten und Würfel	0
Schulden (in tausend DM)	Keine	n = 23	≤ 100	n = 5
	≤ 10	n = 29	> 100	n = 1
	≤ 50	n = 17	Unbekannt	n = 8

Die Berufszugehörigkeit dieser 19 (auch) Casino-Spieler veranschaulicht die Tabelle 4.

69 (82 %) Patienten hatten vor Therapiebeginn Schulden, die niedriger als DM 50000 lagen. 52 (62 %) hatten weniger als DM 10000 Schulden, davon hatten 23 (27 %) der Gesamt-Stichprobe sogar keine Schulden. Nur bei einer Person überschritt die Schulden-summe DM 100000.

Tabelle 4: Beschäftigung der Casino-Spieler

N = 19			
Casino		Casino + Unterhaltungsautomaten	
Akademiker	N = 1	Angestellt	N = 4
Selbständig	N = 1	Selbständig	N = 1
Kaufmann	N = 1	Handwerker	N = 2
Arbeiter	N = 3	Student	N = 1
Rentner	N = 1	Schüler/Lehrling	N = 2
Arbeitslos	N = 2		
N = 9		N = 10	

Wie in der Pilot-Studie wurde auch hier der Koeffizient aus der Division der monatlichen Spielverluste durch das monatliche Netto-Einkommen gebildet, der die individuelle finanzielle Belastung durch das Spielen verdeutlichen soll (es sei hier erneut darauf hingewiesen, daß der Durchschnitt für Freizeitaufwendungen – gebildet aus den Angaben des Statistischen Bundesamtes, 1984 für drei verschiedene Musterhaushalte – 19 % beträgt, KLEPSCH et al., 1987).

In der Tabelle 5 sind diese Werte der nachbefragten 56 Patienten zum Zeitpunkt vor der Therapie zusammengefaßt. Danach spielten 3 Patienten gar nicht, 6 innerhalb der Norm von 0,19, 19 Patienten verspielten bis zu 50 %, 19 Patienten zwischen 50 und 100 %, 3 Patienten zwischen 100 und 200 %, sowie ein Patient 400 % des eigentlich verfügbaren Netto-Einkommens.

Tabelle 5: Relation Spielverluste/Einkommen

Relation	Patienten
= 0	N = 3
≤ 19 %	N = 6
≤ 50 %	N = 19
≤ 100 %	N = 19
≤ 150 %	N = 1
≤ 200 %	N = 2
= 400 %	N = 1
Unbekannt	N = 5
	N = 56

2.2 Erfolgskriterien

Unser therapeutisches Vorgehen, das in der Einleitung bereits kurz skizziert und mehrfach beschrieben wurde (HAND & KAUNISTO, 1984 b; HAND, 1986 b), erfordert hinsichtlich der Erfolgs-Evaluation die Objektivierung der Veränderungen:

1. In den dem Spieler hypothetisch zugrundeliegenden Problembereichen
2. im Symptomverhalten selbst – da unsere therapeutische Zielsetzung eine direkte Beeinflussung des Spielens ausschließt (weder Abstinenz noch kontrolliertes Spielen) – reicht eine reine Quantifizierung des Spielens (z. B. im Geldaufwand) nicht aus, sondern es muß auch dessen subjektive Bedeutung für die Lebensführung operationalisiert werden.
3. Veränderungen unter Pkt. 1 und 2 können nur dann angemessen bewertet werden, wenn das Auftreten von neu entstandenen Problembereichen (Symptomverschiebung) erfaßt wird. Daraus wurden – wie bei der Pilot-Studie – drei Erfolgs-Variablen-Komplexe gebildet.

Zu 1.:

Die Operationalisierung in diesem Bereich erfolgte mit Hilfe des o. g. Katamnese-Fragebogens, in dem anhand von Visual-Analog-Skalen (1 = keine Behinderung, 8 = extreme Behinderung) die Behinderung in den Bereichen Partnerschaft, Familie, Berufstätigkeit, wirtschaftliche Lage, Freizeitmöglichkeiten, soziale Kontakte, psychisches Wohlbefinden und Selbstvertrauen vor der Therapie und zum Katamnese-Zeitpunkt eingeschätzt wird.

Eine Veränderung um mindestens 25 % des Mittelwertes über alle Bereiche zwischen dem Meßzeitpunkt vor der Therapie und Katamnese wird als Erfolg gewertet. Zusätzlich wird ein Global-Rating erhoben, in dem sich die Patienten als gebessert, verschlechtert oder unverändert im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Therapie einschätzen.

Zu 2.:

Die Operationalisierung des Symptomverhaltens erfolgte mit Hilfe eines eigens für die Projekt-Studie von uns entwickelten Fragebogens, der im Unterschied zu der Pilot-Studie-Katamnese sowohl vor prä- wie Katamnese-Zeitpunkt vorgegeben wurde. Außerdem ist im Vergleich zu den Pilot-Studie-Kriterien im Symptombereich, wo nur die Intensität des Spielens erhoben wurde, der neue Kriterien-Katalog um die Skalen „Belastung“ und „Behinderung“ ergänzt worden.

Die *Intensität* des Spielens wird auf einer Visual-Analog-Skala eingeschätzt, mit den Extremen 0 = kein Spielen, 8 = exzessives Spielen.

Die *Belastung* des Patienten durch das Spielen wird auf einer 99-mm-Visual-Analog-Skala eingeschätzt, mit den Extremen 0 = keine Belastung, 99 = extreme Belastung.

Weiterhin erfolgte die Einschätzung der *Behinderung* durch das Spielen im Alltagsverhalten ebenfalls auf einer 99-mm-Skala mit den Extremen 0 = keine Behinderung, 99 = extreme Behinderung.

Für jede dieser Skalen wird eine Reduktion um mindestens 25 % des Ausgangswertes zum Katamnese-Zeitpunkt als Erfolg gewertet.

Als zusätzliche Kontroll-Variable für diesen Bereich dient die Veränderung der Relation zwischen dem monatlichen Netto-Einkommen und den Spielverlusten vor der Therapie und zum Katamnese-Zeitpunkt. Den Index von 0,19 (KLEPSCH et al., 1987) für Freizeitausgaben der bundesrepublikanischen Bevölkerung (wenn ein Patient nicht spielt, beträgt der Index 0, wenn ein Patient „normal“ spielt, ist er $\leq 0,19$), haben wir diesmal lediglich als Orientierungshilfe beibehalten – in der Pilot-Studie bildete er eine Entscheidungsgrundlage aufgrund der fehlenden Werte vor der Therapie.

Die Zuverlässigkeit des errechneten Index erhöht sich hier ebenfalls,

1. durch den prae-Katamnese-Vergleich und
2. werden die jeweiligen Spielschulden zu ebenfalls beiden Meßzeitpunkten mit berücksichtigt. Für die Patienten, deren Index bereits vor der Therapie zwischen 0 und 0,19 lag (kein Spielen oder „normales“ Spielen) und zum Katamnese-Zeitpunkt keine Verschlechterung eintrat (Index ebenfalls zwischen 0 und 0,19), wurde eine Reduktion der Spielschulden (falls diese vorhanden waren) als Erfolg definiert. Für die Patienten, deren Index vor der Therapie größer als 0,19 war und um mindestens 25 % reduziert wurde, aber nicht kleiner als 0,19, wurde es nur dann als Erfolg definiert, wenn parallel eine Reduktion (bzw. Stabilität) der Spielschulden eingetreten ist (wiederum falls diese vorhanden waren).

Zu 3.:

Das Auftreten neuen Problemverhaltens (Symptomverlagerung) wird durch das intensive verhaltensanalytische Interview im Rahmen der Katamnese-Befragung erhoben.

Bei der Beurteilung der Patienten als Erfolg oder Mißerfolg anhand der modifizierten Kriterien wurde im Gegensatz zur Pilot-Studie eine differenziertere Einschätzung vorgenommen.

1. Als sehr gebessert wurden die Patienten beurteilt, die *alle* Kriterien erfüllten.
2. Als deutlich gebessert wurden die Patienten beurteilt, die sich im Global-Rating als gebessert einschätzten, keine „Symptomverschiebung“ zeigten und lediglich eines der übrigen Erfolgskriterien nicht erfüllten.
3. Als wenig gebessert wurden die Patienten beurteilt, die sich selbst als gebessert einschätzten, aber mindestens zwei der übrigen Erfolgs-Kriterien nicht erfüllten.
4. Als unverändert wurden die Patienten beurteilt, die sich selbst als unverändert einschätzten und insgesamt mindestens zwei der Kriterien nicht erfüllten.

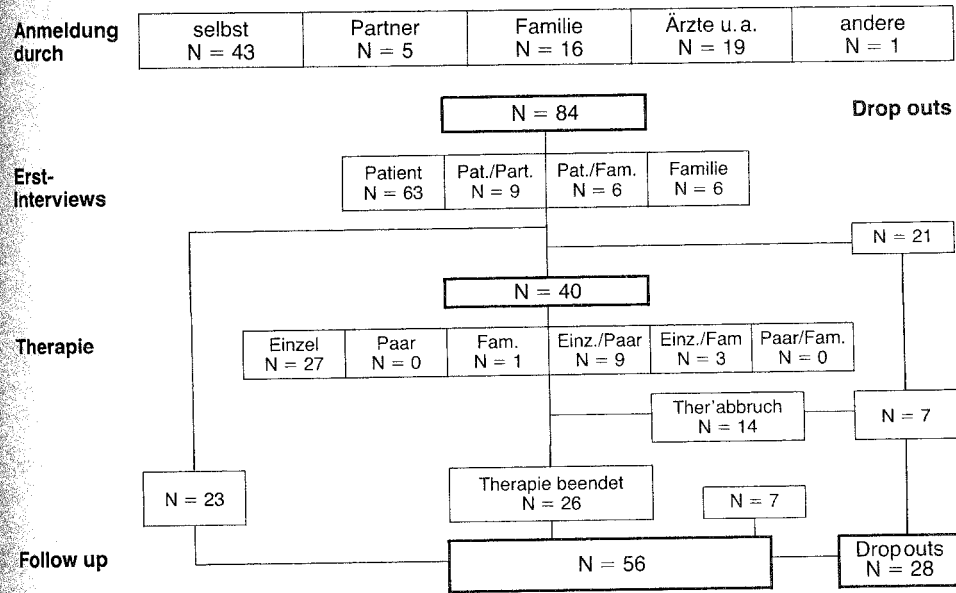
3. Ergebnisse der Nachuntersuchung

3.1 Art, Ausmaß und Akzeptanz des Therapie-Angebots

Abbildung 1 gibt einen Gesamt-Überblick über den Anmelde-Modus, die Art der Erstinterviews, die Art der Therapie und die Beteiligung an der Nachuntersuchung.

43 (mehr als 50 %, in der Pilot-Studie nur 25 %) der 84 Spieler haben sich selbst zur Therapie angemeldet. 5 Patienten wurden über Partner angemeldet, 16 über Familienmit-

Abbildung 1: Projekt-Studie



glieder. Die Anzahl der Anmeldungen über Ärzte, Beratungsstellen andere Therapeuten ist mit 19 überraschend hoch, da in der Pilot-Studie dieser Anmelde-Modus kaum vorhanden war. Von den 84 Erstinterviews wurden 63 mit dem Patienten allein geführt, bei 9 waren die Partner und bei 6 einzelne Familienmitglieder anwesend. 6 Erstinterviews fanden mit der gesamten Familie statt. Die Interviews fanden jeweils im Rahmen der speziell für die Spieler eingerichteten Sprechstunde statt, in der Pilot-Studie dagegen waren noch alle Spieler über die allgemeine Erstsprechstunde der Ambulanz angenommen worden.

Insgesamt haben nach dem Erstinterview 44 Patienten die ihnen angebotene Therapie nicht in Anspruch genommen. Davon haben sich 23 (52 %) Patienten an der Nachbefragung beteiligt, die restlichen 21 waren nicht mehr erreichbar (N=13) oder lehnten die Teilnahme ab (N=8).

40 Patienten nahmen an einer Therapie teil. Je nach den im Erstinterview oder in den verhaltensanalytischen Gesprächen erarbeiteten Hypothesen wurden Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen durchgeführt:

27 Patienten erhielten Einzel-, 9 Einzel- und Paartherapie; bei 3 wurde Einzel- und Familientherapie, bei einem Patienten ausschließlich Familientherapie durchgeführt. 14 Patienten brachen vorzeitig die Therapie ab, von diesen haben sich aber 7 an der Nachuntersuchung beteiligt. Von den restlichen 7 waren 3 nicht mehr erreichbar und 4 lehnten die Teilnahme ab. Insgesamt konnten somit 33 (82,5 %) der Therapieteilnehmer nachuntersucht werden. Mit 56 Patienten betrug die Rücklaufquote 67 % aller Teilnehmer am Erstinterview.

Der zeitliche Aufwand der Therapien ist in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Intensität der Therapie

N = 84				
Anzahl der Sitzungen	Nur das Erstinterview	≤ 5	≤ 10	> 10
Anzahl der Patienten	N = 44	N = 19	N = 20	N = 1
Dauer der Therapie (in Monaten)		0,5-8	2-10	10
Durchschnittliche Dauer (in Monaten)		$\bar{x} = 2.4$	$\bar{x} = 4.6$ $\bar{X} = 3.75$	

44 Patienten nahmen nur an dem Erstinterview teil. 19 Patienten haben bis max. 5 Sitzungen in einem Zeitraum zwischen 2 Wochen und 8 Monaten erhalten, 20 bekamen bis max. 10 Sitzungen in Zeiträumen zwischen 2 und 10 Monaten. Nur ein Patient erhielt mehr als 10 Sitzungen.

3.2. Langzeiteffekte der Therapie

Für die 56 Patienten, die sich an der Nachuntersuchung beteiligten, ließen sich folgende Ergebnisse ermitteln: 28 Patienten (50%) erfüllten alle Kriterien und wurden als sehr gebessert, 9 Patienten (16%) als deutlich gebessert eingeschätzt. Demgegenüber erwiesen sich 12 Patienten (21%) als wenig und 7 Patienten (13%) als nicht verändert. Die 37 Patienten der ersten beiden Untergruppen wurden als Erfolgs-Patienten definiert, die 19 aus beiden letzten Untergruppen als Mißerfolgs-Patienten. Somit ergab sich eine Gesamterfolgsquote von 66%.

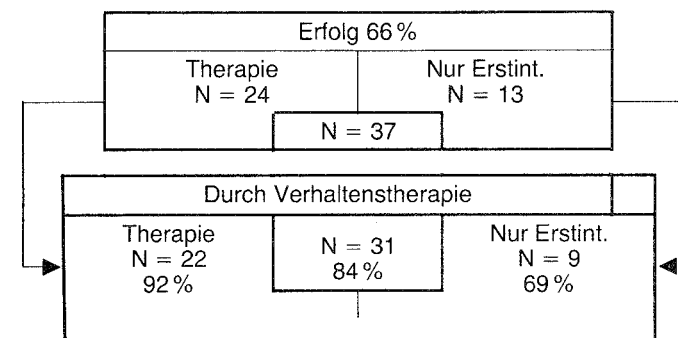
13 (23%) der 37 Erfolgs-Patienten hatten nur an dem Erstinterview teilgenommen und betrachteten dieses als ausreichende Therapie. Die restlichen 24 erfolgreichen Patienten hatten an einer Therapie teilgenommen, wovon 3 Therapie-Abbrecher waren, die ihren „Absprung“ damit begründeten, sich selbst aus eigenem Antrieb weiterhelfen zu können. 27 der erfolgreichen Patienten gaben auch eine Veränderung der Belastung durch das Spielen für ihre nächsten Bezugspersonen um mindestens 25% an – wobei schwer zu beurteilen ist, inwieweit dies Veränderungen in den entsprechenden Beziehungen widerspiegelt.

Betrachtet man die Erfolgszahlen getrennt für die erst-interviewten und therapierten Patienten, so ergibt sich für die ersteren eine Erfolgsquote von 57%, für letztere von 73%.

Die Veränderungs-Attributionen dieser beiden Gruppen von Erfolgs-Patienten ist in Abbildung 2 dargestellt.

9 (69%) von den 13 erfolgreichen Erst-Interview-Patienten und 22 (92%) der Therapie-Patienten (incl. der 3 Therapie-Abbrecher) führen ihre positive Veränderung auf die Verhaltenstherapie zurück, d. h., 84% aller Erfolgs-Patienten zusammengenommen. Hier fällt aber nicht nur die insgesamt hohe Erfolgsquote und die sehr hohe Erfolgs-Attribution zugunsten der extrem kurzen Verhaltenstherapie auf, sondern ganz besonders die unerwartet hohe Erfolgsrate gerade bei jenen Patienten, die nur an – allerdings sehr intensiven – Erstgesprächen teilgenommen hatten.

Abbildung 2: Attribution der Veränderung



Nur insgesamt 6 Patienten gaben andere Gründe für ihre Veränderung an, z. B. Veränderung der Lebenssituation oder Einstellungsänderung.

Zusätzlich wurde eine Analyse der Übereinstimmung zwischen den Problem-Hypothesen der Therapeuten zu Therapiebeginn (konditionales Bedingungs- und Funktionsmodell nach HAND, 1986a) und den Attributen der Patienten im Katamnese-Interview durchgeführt, um zu untersuchen, inwieweit eine diesbezügliche Übereinstimmung eine Voraussetzung für den Therapie-Erfolg darstellt. Ein Chi-Quadrat-Test ergab einen hoch-signifikanten Zusammenhang und die Korrelation von $\Phi = .54$ (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Therapeutenannahmen und Attributionen der Patienten über Erfolg und Mißerfolg

N = 56			
	Erfolg	Mißerfolg	
Ü*)	34	11	45
N:Ü.*)	3	8	11
	37	19	56
$\chi^2 = 16.41$ $\Phi = .54$		1% Sign.	

*) Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung

34 (92%) der Erfolgs-Patienten stimmten mit den Therapeutenannahmen, die zu den jeweiligen Interventionen geführt hatten, überein. Andererseits stimmten 3 der Erfolgs-Patienten nicht überein und 11 Patienten, die übereingestimmt hatten, sind als Mißerfolg definiert worden.

Anhand des Indexes Einkommen-Spielverluste übten 16 (43%) der Erfolgs-Patienten – bzw. 28,5% aller 56 Nachuntersuchten – eigenständig Abstinenz aus.

Weitere 13 Patienten verspielten bis zu 19%, 6 bis 50% und nur ein Patient verspielte rund 53% des verfügbaren Netto-Einkommens.

4. Diskussion

Beim Vergleich der Ergebnisse unserer Pilot- und Projekt-Katamnesen bei krankhaften Glücksspielern ergeben sich eine Reihe bedeutsamer, z. T. ähnlicher, z. T. aber auch unterschiedlicher Ergebnisse, die im folgenden zusammengefaßt werden:

– Die Attraktivität des Behandlungsangebotes hat für die Spieler selbst mit der Dauer des Projektes erheblich zugenommen, ähnliches konnte für die Zuweisung von Spielern durch Ärzte festgestellt werden. Demgegenüber traten die Anmeldungen von Spielern über deren engste Bezugspersonen (Ehefrauen, Partnerinnen) deutlich in den Hintergrund. Vorerst kann nur spekuliert werden, ob dies lediglich auf den durch die längere Projekt-Dauer zu erwartenden größeren Bekanntheitsgrad des Therapie-Angebotes zurückzuführen ist, oder aber spezifisch darauf, daß eine Abstinenz nicht erzwingende Therapie für Spieler eine wesentlich kleinere Hemmschwelle zur ersten Kontaktsuche darstellt, als dies für typische abstinentenorientierte Suchttherapien gelten könnte. In beiden Katamnesen haben sich die Anmeldemodi „spontan“ herausgebildet, da von unserer Seite ohne jegliche Selektion jedem Spieler bzw. Angehörigen ein Gesprächstermin angeboten wurde, der sich telefonisch darum bemühte.

– Der Anteil der unter 36jährigen an den therapiesuchenden Spielern hat über die Zeit deutlich zugenommen, er betrug in der Pilot-Studie noch 58 % und stieg in der Projekt-Studie auf 75 % an.

– 45 (54 %) der Spieler in Katamnese II gehörten einkommensschwachen Bevölkerungsschichten an (in der Pilot-Studie 45 %); 17 von diesen kamen aus der Altersgruppe der 18–25jährigen. Diese Daten – die nur für Spieler gelten, die Hilfe suchen – scheinen die öffentliche Kritik zu bestätigen, daß „Unterhaltungs-Automaten mit Gewinnmöglichkeit“ im besonderen Maße mittellose bzw. wirtschaftlich schwache Personen anlocken. Aus den Ergebnissen muß besonders betont werden, daß 38 % unserer einkommensschwachen Spieler „Jugendliche“ (18–25 Jahre) waren und, umgekehrt, 47 % der jugendlichen Spieler in der Studie zur Gruppe der einkommensschwachen Personen zu rechnen waren.

Für diese Gruppe, wie für die über 45jährigen, ergibt sich der dringende Verdacht, daß hier aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit das Automaten spielen zu einem Zufluchtsort wurde, da sinnvollere Alternativen entweder nicht bereitstehen oder nicht hinreichend attraktiv sind.

– 74 % unserer Patienten in der Pilot- und 77 % in der Projekt-Studie haben ausschließlich an „Unterhaltungs-Automaten mit Gewinnmöglichkeit“ gespielt. Dies ist überraschend, da im Großraum Hamburg mindestens 4 Spiel-Casinos innerhalb einer Autofahr-Stunde erreichbar sind und ohne Zweifel ein deutlicher Teil der Spieler in Casinos mit der dortigen Glücksspielsituation nicht adäquat umgehen kann. Vermutlich kommt der größte Teil der Problemspieler in Casinos aus sog. höheren sozialen Schichten, in denen trotz z. T. hoher Spielschulden über längere Zeit im Familien- und Bekanntenkreis „Auffangmöglichkeiten“ gegeben sind. Der ökonomische Absturz wird dann allerdings um so dramatischer, wenn diese Auffangmöglichkeiten plötzlich nicht mehr gegeben sind. Erst dann wird möglicherweise realisiert, daß diese Spieler, auf sich alleine gestellt, bereits „ökonomischen Suizid“ begangen hatten, der dann auch eine deutliche Gefährdung für den persönlichen Suizid darstellt. Wir meinen, daß unsere Ergebnisse keineswegs dahingehend ausgelegt werden können, daß Glücksspielen in Casinos weniger häufig zu Problemen führt als Spielen an „Unterhaltungs-Automaten mit Gewinnmöglichkeit“ – vielmehr scheint die Aufklärungsarbeit über Hilfsmöglichkeiten und der Abbau von Hemmungen, sich diesen auch zu stellen, für Casino-Spieler besonders dringlich zu sein. In diesem Zusammenhang ist interessant, daß jene Casino-Spieler, die bei uns Therapie suchten, nur in Einzelfällen aus den höheren sozialen Schichten stammten und von der Schuldenhöhe her noch keineswegs dem ökonomischen Suizid nahe waren.

Insgesamt fällt bei unseren Daten auf, daß die meisten Spieler bei Therapiesuche eine relativ „niedrige“ Schuldenbelastung zeigten. Auch aus den Interviews und den Therapieverläufen ergab sich der eindeutige Eindruck, daß bei den hilfeschuchenden Spielern kein direkter Zusammenhang zwischen Schuldenhöhe und Leidensdruck (sowohl beim Spieler selbst als auch innerhalb der Familie) besteht und daß hier individuelle und interaktionelle Zusatz-Variablen den entscheidenden Anteil am Leidensdruck haben. Bei Spielern mit hohen Schulden, die nahe dem ökonomischen Suizid sind, mag die Situation eine völlig andere sein.

– Die Dauer der in beiden Katamnesen durchgeführten Therapien ist kurz bis extrem kurz gewesen (nur jeweils eine Therapie verlief über mehr als 10 Sitzungen) und verdeutlicht, daß wir unserem Anspruch nach Kurzzeit-Therapie bisher voll entsprechen konnten.

– Die nach den vielschichtigen Erfolgskriterien (s. Pkt. 2.2) definierte Erfolgsquote betrug in der Projekt-Katamnese 66 %, bezogen auf die Patienten, die sich an der Nachbefragung beteiligten, und war mit den 65 % in der Pilot-Studie beinahe identisch. In der Projekt-Katamnese gaben 16 (43 %) der Erfolgs-Patienten, in der Pilot-Studie 53 % spiel-abstinentes Verhalten an, insgesamt waren es 30 % aller Spieler, die an beiden Katamnesen teilgenommen hatten. Rechnet man beide Studien zusammen, ergibt sich eine durchschnittliche Erfolgsquote von 65,5 %, d. h., 52 von 79 Patienten, die sich an den Nachuntersuchungen beteiligten, waren sowohl im Symptomverhalten wie in anderen Lebensbereichen erheblich gebessert.

Dieser Vergleich zwischen den Ergebnissen der beiden Studien ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte, der Zugrundelegung der teilweise unterschiedlichen Erfolgskriterien und der unterschiedlichen mittleren Follow-up-Zeiträume nur mit Vorbehalten möglich.

– In der Projekt-Katamnese führten 84 % aller Erfolgs-Patienten ihre positive Veränderung auf die Verhaltenstherapie zurück. Darin sind mit 29 % auch diejenigen Patienten enthalten, die nur an dem Erstgespräch teilgenommen haben und ihre Veränderungen den Erkenntnissen aus diesem einmaligen Kontakt zuschreiben.

Wie die Analyse der Übereinstimmung zwischen den Therapeuten-Annahmen und Patienten-Attributionen verdeutlicht, scheint die Grundlage der Wirksamkeit sowohl der durchgeführten Therapien wie der Erstinterviews in der Erarbeitung eines Erklärungs-Veränderungsmodells des Problemverhaltens zu liegen, das sowohl vom Therapeuten wie vom Patienten akzeptiert wird. Hier waren es 34 (92 %) der Erfolgs-Patienten, die mit den Therapeuten übereinstimmten, davon hatten wiederum 11 (32 %) nur am Erst-Interview teilgenommen.

– Folgende Einschränkungen bei der Erfolgsbeurteilung unserer Therapie sind jedoch erforderlich:

In der Projekt-Katamnese betrug die Follow-up-Zeiträume 6 Monate bis zu 2 Jahren. Obwohl die durchschnittliche Nachuntersuchungszeit der Erfolgsgruppe mit 0,95 Jahre dem Durchschnitt von einem Jahr der Mißerfolgs-Gruppe sehr genau entsprach, betrug bei 12 der erfolgreichen Patienten (gegenüber 4 der Mißerfolge), die Follow-up-Dauer lediglich 6 Monate.

Bei einer längeren Nachuntersuchungsphase könnte eine Verschiebung der Resultate erfolgen, besonders, was die sehr hohe Abstinenzrate betrifft. Diese Quote könnte ebenso gut dem Zufall unterliegen, da sich die Angaben zum „Symptom“ jeweils auf den letzten Monat vor Befragung beziehen und möglicherweise außerhalb dieser Zeitspanne liegende Spielphasen nicht erfaßt wurden.

Es gehört aber zum Prinzip unserer Therapie, gelegentlich wiederkehrende exzessive Spielphasen nicht als „Rückfälle“ zu betrachten, sondern als Alarmsignale für Fehler in der

Lebensführung, mit der Möglichkeit, die problematischen Bedingungen, die zum Spielen führten, mit unserer Hilfe (oder alleine) zu analysieren und zu verändern. Auf diese Weise kann die Eigenverantwortlichkeit des Spielers gefördert werden, statt daß er durch weitere Verbote zu einer unmündigen Person degradiert wird.

Um an dieser Stelle gleichzeitig einem immer wiederkehrenden Mißverständnis vorzubeugen: Es geht uns auch nicht um das Prinzip des „kontrollierten Spielens“, bei dem Außenkontrolle vorhanden und damit Verantwortung an Dritte abgegeben wird, sondern der Spieler soll allein die Verantwortung dafür übernehmen, ob und wieviel er spielt.

Der Gefahr einer möglichen Überbewertung unserer Erfolge steht entgegen, daß andererseits 12 Patienten von uns trotz ihrer globalen positiven Selbsteinschätzung als nicht erfolgreich bewertet wurden, da sie mindestens zwei (weitere) Kriterien nicht erfüllten.

– Die referierten Katamnese-Ergebnisse können zumindest für die bei uns behandelten Patienten als repräsentativ angesehen werden, da die Gesamt-Beteiligung an der Nachuntersuchung in der Pilot-Studie 82 % und in der Projekt-Studie 67 % betrug.

Dieser Unterschied könnte mit der höheren Rate an Therapie-Teilnehmern in der Pilot-Studie (60 %) im Vergleich zur zweiten Studie (47 %) zusammenhängen, sowie mit der in beiden Nachbefragungen deutlich höheren Rücklaufquote unter den therapierten Patienten (94 % Pilot; 82,5 % Projekt) im Vergleich zu den nur erstinterviewten Patienten (65 % Pilot; 52 % Projekt).

– Die nächste geplante Nachbefragung aller zwischen April 1984 und Dezember 1986 behandelten Patienten (Follow-up-Dauer zwischen 6 Monaten bis 3 Jahre) und eine erweiterte Datenanalyse zum Projekt-Abschluß werden zeigen, inwieweit unsere jetzigen Ergebnisse bestätigt werden können.

– In der hier berichteten Projekt-Studie haben von unserer Behandlung 34 % der Nachbefragten nicht profitieren können. Möglicherweise wäre für diese Patienten eine stationäre bzw. abstinenzorientierte Behandlung angemessener gewesen. Es ist auch anzunehmen, daß für die meisten hochverschuldeten (Casino)-Spieler unser Behandlungsansatz keine angemessene Hilfe bieten könnte und zumindest um vermögens- und finanzrechtliche Betreuung (z. B. begrenzte Vermögensverwaltung) ausgedehnt werden müßte.

Wir – und sicher noch stärker die betroffenen Spieler – warten weiterhin auf die Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse bei Spielern, die in der Bundesrepublik stationär oder in Selbsthilfe-Gruppen nach dem klassischen Suchtmodell behandelt wurden. Wir bieten, wie seit Jahren, unsere Kooperation für eine gemeinsame Forschungsplanung an.

Literatur

ANGENENDT, J. & FISCHER, M. (1985): Langzeiteffekte von Kurzzeitverhaltenstherapien bei Agoraphobikern. Diplomarbeit Universität Hamburg

HAND, I. (1986 a): Verhaltenstherapie und Kognitive Therapie in der Psychiatrie in: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1; Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Störungen, Psychotherapie; K. P. KISKER, LAUTER, H.; MEYER, J.-E.; MÜLLER, C. E. (Hrsg.)

HAND, I. (1986 b): Spielen – Glücksspielen – Krankhaftes Spielen („Spielsucht“), Fischer: Frankfurt, in: Die betäubte Gesellschaft, D. KORSZAK (Hrsg.)

HAND, I. & KAUNISTO, E. (1984 a): Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glücksspielsituationen („Spielsucht“), Suchtgefahren, 1–11

HAND, I. & KAUNISTO, E. (1984 b): Theoretische und empirische Aspekte eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes für „Glücksspieler“ in: „Sogenannte neue Süchte“ – Phänomene, Fragen, Erkenntnisse; Kath. Sozialethische Arbeitsstelle (Hrsg.): Hamm

KLEPSCH, R., HAND, I., WLAZLO, Z., KAUNISTO, E., FRIEDRICH, B. (1987): Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen: Retrospektive Katamnese der Hamburger Pilot-Studie in: Suchtgefahren, 137–147

STATISTISCHES BUNDESAMT WIESBADEN (1985): Einnahmen und Ausgaben ausgewählter Haushalte 1984. Kohlhammer Stuttgart

WLAZLO, Z. (1985): Vortrag „Problematik und Methodik der Erfolgsevaluation im Hamburger Spieler-Projekt“. E. A. B. T.-Kongreß 1985, München

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Iver Hand
Psychiatrische- und Nervenklinik
Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
Martinistr. 52
2000 Hamburg 20