

- HERBST, K., KONSTANTY, R. 1989. Der SBF (Spielerbelastungsfragebogen) zur Erfassung der subjektiven Belastung beim Spielen (unveröffentlichtes Manuskript).
- KUNKEL, K., HERBST, K. u. REYE, I. 1987. Subjektive Belastung von Spielern an Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit. Suchtgefahren 34, 76–86.
- MAIER-DIEWALD, W., WITTCHEN, H.-U., MECHT, M. u. WERNER-EICHERT, K. 1983. Die Münchner Ereignisliste (MEL). Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Kraepelinstr. 10, 8000 München 40.
- MEYER, G. 1984. Geldautomaten mit Gewinnmöglichkeit – Objekte pathologischen Glücksspiels, Bochum.
- WITTCHEN, M. U., ZANDIG, M., SCHRAMM, E., MANBOW, W., KUG, J. u. MORN, R., München 1986. Das strukturierte klinische Interview für DSM III-R (SKID) deutschsprachig modifizierte Bearbeitung der amerikanischen Originalversion von SPITZER, R. L., WILLIAM, J. B., GIBBON, M. Structured Clinical Interview for DSM III R Patient Version (SCID-P, 8. 1. 86). 722 West 168th Street, New York, N. Y. 10032, USA:
- ZERSSSEN, D. V. 1986. D-S', Weinheim, Beltz.
- ZUNG, W. W. K., 1986. DSI, Weinheim, Beltz.

Anschrift der Verfasser:

Ingolf von Törne, Dipl.-Psych.
 Roland Konstanty, Dipl.-Psych.
 IFT Institut für Therapieforschung
 Parzivalstraße 25
 8000 München 40

Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)
 Psychiatrische und Nervenambulanz
 Verhaltenstherapie-Ambulanz

Rüdiger Klepsch, Iver Hand, Zygmunt Wlazlo, Brigitte Friedrich, Martina Fischer
 Dieter Bodek

Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen

III: Zweite Prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie

Long-term effects of multimodal behavior therapy for pathological gambling

III: Second Prospective Follow-up

Zusammenfassung:

Von 50 Patienten, die in einer dritten Therapiestudie zwischen Dezember 1985 und Januar 1987 an unserer Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf behandelt wurden, konnten 31 (62%) in einer prospektiven Katamnese (6 bis 24 Monate nach der Therapie) nachuntersucht werden.

34 (68%) Patienten waren jünger als 35 Jahre, 15 (30%) Patienten waren zu Beginn der Behandlung arbeitslos bzw. in Ausbildung. Mit insgesamt 30% lag der Anteil derjenigen ohne eigenes Einkommen in dieser Studie deutlich niedriger als in den vorangegangenen Studien (54% und 45%). 76% hatten Haupt- oder Realschulabschluss, 14% Abitur. Alle Patienten spielten an „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“, davon 39 (78%) Patienten ausschließlich an diesen. 28 (56%) Patienten hatten bis zu 10000 DM Schulden, kein Patient hatte eine Schuldensumme über 100000 DM.

Alle Katamnese-Teilnehmer fühlten sich im Vergleich zum Therapiebeginn deutlich gebessert. Für 20 (64,5%) konnte ein Therapieerfolg objektiviert werden, da sie das Spielverhalten völlig abgebaut oder auf ein unproblematisches Niveau reduziert, hypothetisch als kausal betrachtete Lebensprobleme verändert und keine anderen Abhängigkeits- oder sonstigen Erkrankungen entwickelt hatten. 12 (38,7%) der 31 nachbefragten Patienten geben an, spielabstinent zu leben, obwohl dies kein explizites Therapieziel war. 16 (80%) der 20 Erfolgspatienten führen ihre Veränderung eindeutig auf die Verhaltenstherapie zurück. Vor Therapie lagen die Symptom- und Persönlichkeits-Selbstratings – mit Ausnahme der Depressivität – bereits im Normalbereich! Die im pathologischen Bereich liegenden Depressivitätsratings waren zum Katamnesezeitpunkt auf Normalwerte abgesunken.

Die Ergebnisse der ersten beiden Katamnesen wurden damit erneut bestätigt. Aus drei voneinander unabhängigen Studien mit Langzeitkatamnesen von 162 Spielern kann die Wirksamkeit dieses Behandlungsmodells für Spieler, die noch keinen sozio-ökonomi-

schen Suizid begangen haben, nunmehr als hinreichend gesichert angesehen werden. Es wird von den Betroffenen gut akzeptiert und ist mit geringem Zeitaufwand an Verhaltens-, Psycho- und Suchttherapeuten vermittelbar.

Summary:

31 Patients (62 %) of a total sample of 50, who had participated in our third treatment study (December 1985 to January 1987), cooperated in this prospective follow-up study 6 to 24 months after treatment. The majority of 34 (68 %) patients was between age 18 and 35. All patients had gambled at the German type of slot machine („Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“, with possible losses and gains much lower than in Casino slot machines): 39 patients (78 %) exclusively, the other 19 patients were „multiple gamblers“ at slot machines, casinos, horse races and betting. 15 (30 %) patients had no income of their own. For 28 (56 %) patients burden of debt was below 10000 DM, in no case did it exceed 100000 DM.

All 31 follow-up-participants rated themselves as generally improved. 20 (64,5 %) of these were treatment gainers with regard to the following criteria: reduction of or abstinence from gambling behavior; reduction of other problem areas; no new neurotic or addictive symptom-behaviors. 12 patients (38,7 %) rated abstinence from gambling, though this was not an explicit treatment goal. 16 (80 %) patients of the gainers attributed success to their behavior therapy.

Apart from depression ratings, patients mean ratings on all other symptom- and personality-scales at pretreatment were within normal range! The pathological depression-ratings were reduced to normal ratings at follow up.

The study largely confirms results from our previous two longterm- follow-up studies with pathological gamblers (Klepsch et al. 1987; Wlazlo et al. 1987).

These three studies with altogether 162 gamblers now have established sufficient evidence of the effectiveness of this mode of our short term behavior therapy for pathological gambling. It is well accepted by gamblers and it can be taught to behavior-, psycho- and addiction-therapists the like in short term training seminars.

1. Einleitung

Die Ergebnisse unserer dritten Katamnese bei weiteren 50 Spielern, die vom Dezember 1985 bis Januar 1987 behandelt wurden, sollen im folgenden berichtet und den Ergebnissen der ersten prospektiven mit 84 Spielern (WLAZLO et al., 1987) sowie der vorangegangenen retrospektiven Katamnese mit 28 Spielern (KLEPSCH et al. 1987) gegenübergestellt werden.

Zum eigenständigen Verständnis dieser Studie werden einleitend die Überlegungen wiederholt, die die Entwicklung unseres Therapie- und Krankheitsmodells pathologischen Spielens grundlegend bestimmt haben:

Von dem Suchtmodell krankhaften Spielens als „nicht stoffgebundener Abhängigkeit“ wurde aufgrund prinzipieller psychologischer und psychopathologischer (HAND & KAUNISTO, 1984a; HAND 1986b) sowie gesellschaftspolitischer (HAND & KAUNISTO, 1984b) Vorbehalte Abstand genommen:

1. Die Gleichsetzung von stoffgebundenen und nicht-stoffgebundenen Süchten verharmlost, daß stoffgebundene Abhängigkeiten zu körperlichen, insbesondere hirnorganischen Veränderungen führen, die die intellektuelle und emotionale Verarbeitungsfähigkeit von Umwelteinflüssen – einschließlich der therapeutischen – beeinträchtigen und schließlich zur Therapieunfähigkeit führen.

2. Bei nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten bleibt die intellektuelle und emotionale Verarbeitungs- und Reaktionsfähigkeit erhalten, wird allenfalls psychisch blockiert und kann durch psychotherapeutische Maßnahmen mobilisiert werden;
3. Die Anwendung des Suchtmodelles bei nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten beinhaltet die Gefahr, ein destruktives Selbstbild zu vermitteln, zumal mit der Diagnose „Sucht“ zwangsläufig die Vorstellung einer lebenslänglichen, stark biologisch bedingten Krankheit verbunden ist, deren unheilbares Opfer das Individuum ist und deren belastende Symptome durch totale Abstinenz lediglich unterdrückt werden können.
4. Bei stoffgebundenen Süchten gilt in der Regel die Abstinenz als primäres und unverzichtbares Therapieziel; jeder „Rückfall“ erhält die Bedeutung eines bedrohlichen Versagenserlebnisses.

Das Abstinenzgebot ist bei den meisten „nicht-stoffgebundenen“ Abhängigkeiten fatal (s. „Liebessucht“, „Sexsucht“, „Arbeitssucht“).

Eine Behandlung nach dem „*Neurose-Modell*“ beinhaltet demgegenüber eine besondere Betonung der eigenen Verhaltensfreiheiten und Entscheidungsfreiheiten – damit allerdings auch der Eigenverantwortlichkeit für das Spielverhalten.

Daraus ergibt sich ein ambulantes Therapieangebot, bei dessen Anwendung der Spieler in seiner alltäglichen Versuchungssituation bleiben soll. Die Hauptaufgabe der Therapie besteht darin, die individuellen und (oder) umweltbezogenen Auslöser (Bedingungen) und die aufrechterhaltenden Bedingungen und Funktionen (HAND, 1986a) des Spielverhaltens herauszuarbeiten. Daraufhin wird dann eine indirekte Veränderung des Spielverhaltens über die Veränderung oder Behebung seiner Ursachen angestrebt.

Im Erstkontakt ist der Therapeut bemüht, die z. T. „nicht gewußten Intentionen“ (HAND, 1986a, b) des krankhaften Spielens in der persönlichen wie beruflichen Lebensführung bewußt zu machen und den Patienten damit zu konfrontieren. Das Symptomverhalten „exzessives Spielen“ wird in einem solchen Kontext als Signal für Fehler in der Lebensführung interpretiert. Kann der Spieler diese Sichtweise akzeptieren, so ist ein neuerliches Auftreten der Symptomatik während der Therapie oder nach deren Ende kein entmutigender, das Selbstwertgefühl weiter reduzierender Rückfall (im Sinne eines „Beweises“ für die lebenslange Suchterkrankung), sondern Anlaß („Vorfall“) zur erneuten Analyse der Fehler in der Lebensführung (vergl. MARLATT & GORDON, 1985).

Die *therapeutischen Schwerpunkte* werden entsprechend den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten gesetzt. Sie können sich z. B. auf Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten im Rahmen einer problematischen Paarbeziehung, auf den Aufbau sozialer Kompetenz oder auf das Erlernen von Verarbeitungsmechanismen von privaten und beruflichen Verlustsituationen beziehen. Sobald der Spieler die in der Therapie gelernten veränderten Umgangsweisen mit sich und anderen in seinen Lebensalltag umsetzt und eigenverantwortliches Entscheiden – mit direkter Konfrontation anstehender Probleme – akzeptiert, wird er den Probleme „umspielenden“ Gang an den Automaten in dieser Funktion nicht mehr benötigen: Das krankhafte Spielverhalten wird aus eigener Motivation eingestellt oder auf ein problemloses Ausmaß reduziert.

Das von uns konzipierte Verständnis- und Therapiemodell kann nicht für alle exzessiven Spieler gelten.

Bei parallel bzw. zuvor bestehenden schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen (z. B.: Psychosen, stoffgebundene Sucht) steht initial deren Behandlung eindeutig im Vordergrund.

Bei problem- oder konfliktgebundenem Stoffmißbrauch und exzessivem Spielen liegen für beide Verhaltensexzesse jedoch möglicherweise die gleichen Ursachen vor: Bei einem

Patienten mit exzessivem Haschischgenuß *und* exzessivem Spielen waren dies soziale Alltagsdefizite. Dieser Patient nahm daraufhin an einer Übungstherapie zum Aufbau sozialer Fertigkeiten und Abbau sozialer Ängste teil, die zum indirekten Abbau beider Verhaltensexzesse („Kiffen“ und Spielen) führten.

Liegt bereits ein „sozioökonomischer Suizid“ mit Verlust früherer wesentlicher Beziehungspersonen und hoher Verschuldung vor, dann ist eine – keineswegs für pathologisches Spielen spezifische – „soziale Hilfslosigkeit“ eingetreten, die in aller Regel nur über ein umfassendes stationär-ambulantes psycho-soziales „Auffangnetz“ (z. B. im Rahmen suchttherapeutischer Einrichtungen) schrittweise behoben werden kann.

Bei akut suizidalen Patienten hat die Stützung im Umgang mit der Suizidalität Vorrang. Der Einsatz des vorliegenden Therapieangebotes hängt – nach Überwindung der suizidalen Krise – von der jeweiligen Problemkonstellation ab.

Eingeschränkt nutzbar ist das Konzept bei langfristigen Sozialisationschäden, die sich in Gefängnisaufenthalt oder anderen schwerwiegenden Verhaltensstörungen niederschlagen. Hier ist eine Behandlung nach dem vorliegenden Konzept nur dann sinnvoll, wenn vorbereitend oder begleitend stützende und strukturierte, institutionalisierte Hilfe (z. B.: Jugendwohngemeinschaften) angeboten werden. Andernfalls droht ein Mißerfolg, der als weitere Bestätigung der eigenen Minderwertigkeit spätere Therapieangebote von vorneherein negativ vorbelastet.

Trotz all dieser Einschränkungen ist aber festzuhalten, daß für weitaus die meisten pathologischen Spieler eine ambulante, nicht abstinent- erzwingende Verhaltens- bzw. Psychotherapie heute als initiales Behandlungsangebot der Wahl zu sehen ist – zumal es von den Betroffenen wesentlich eher als eine stationäre Suchttherapie akzeptiert wird.

Aus diesem Vorgehen ergeben sich Konsequenzen für die Erfolgsevaluation insofern, als nicht die Spielabstinenz als wesentliches Erfolgskriterium angesehen werden kann. Vielmehr wird eine Reduktion der – hypothetisch – als zugrundeliegend angenommenen Problembereiche als wesentliches Erfolgskriterium begriffen. Die Veränderung in diesen Problembereichen ist natürlich nur dann überzeugend, wenn keine Symptomverschiebung stattfindet und wenn das Spielverhalten für Individuum und Umwelt zufriedenstellend reduziert wird.

2. Design der Nachuntersuchung

Die Nachuntersuchung bestand – wie in den vorangegangenen Studien – aus einem Selbststrating-Fragebogen-Paket und einem über anderthalb Stunden verlaufenden halbstrukturierten Interview. Die Selbststratingkalen bestehen aus Skalen zur Erfassung von Neurosesymptomen (Angst: FSS (HALLAM & HAFNER, 1978), Depression; D-S (v. ZERSSSEN, 1976); HZI-K (KLEPSCH et al. 1988), einem Fragebogen zur Erfassung körperlicher Beschwerden (Freiburger Beschwerdeliste, FAHRENBERG, 1975) einem von uns entwickelten Fragebogen zum Spielverhalten und Schuldenentwicklung sowie einem Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften, FPI-R (FAHRENBERG et al. 1984). In Abb. 1 ist das Design der Untersuchung zusammengefaßt.

Der Katamnese-Leitfaden orientiert sich an dem von FISCHER et al. (1988) entwickelten Katamnese-Fragebogen für Agoraphobiker, der für die Anwendung bei pathologischem Glücksspiel überarbeitet wurde. Er soll dazu dienen, die Veränderung in den grundlegenden Alltags-Problembereichen zu evaluieren.

Wie in Abb. 1 ersichtlich, wurden die Fragebögen zu Beginn der Therapie und zumindest zu den Katamnese-Zeitpunkten ausgefüllt. Die ursprünglich geplante Testung zum Prae-, Post-, 1-, 2-, 3-, 6-Monats-Follow-up konnte nur sehr lückenhaft durchgeführt werden, da

die Patienten sehr unmotiviert waren, jeweils 2 Stunden in das Ausfüllen von Fragebögen zu investieren.

Fremdratings wurden nicht erhoben. Für die Patienten in dieser Studie bestand keine Notwendigkeit zur Untertreibung des Spielverhaltens, da zu keinem Zeitpunkt Abstinenz verlangt und deshalb auch nicht vorgetäuscht werden mußte.

Abb. 1: Katamnese-Design

Vor Therapie

1. Fragebogen zum Spielverhalten, Schuldenentwicklung (Langform) (PRAE) (Projektentwicklung, 1984)
2. Persönlichkeit-(Eigenschaft-)Fragebogen: FPI-R (Fahrenberg et al. 1984)
3. Symptomfragebögen:
 - Depressivitätsskala (D-S) (Zerssen, 1976)
 - Zwangssymptomatik-Fragebogen
 - Hamburger Zwangsinventar Kurzform (Klepsch et al. 1989)
 - Angstsymptomatik-Fragebogen
 - Fear-Survey-Schedule (Hallam & Hafner, 1978)
 - Körperliche Beschwerden
 - FBL (Fahrenberg, 1975)



Follow-up oder Katamnese-Termine

- 1–2 stündiges halbstrukturiertes Katamneseinterview
 1. Fragebogen zum Spielverhalten, Schuldenentwicklung (POST), (Projektentwicklung, 1984)
 2. Identische Fragebogen-Zusammenstellung wie Prae Therapie
 3. Identische Fragebogen-Zusammenstellung wie Prae Therapie

2.1 Erfolgskriterien

Es kamen die gleichen Erfolgskriterien wie in der ersten prospektiven Katamnese (WLAZLO et al., 1987) zum Einsatz. Entsprechend den in Abb. 1 aufgeführten Meßinstrumenten wurde die Veränderung der zugrundeliegenden aktuellen oder langfristigen Lebensprobleme über den Katamnese-Fragebogen operationalisiert, indem anhand von Visualanalog-Skalen (0 = keine Behinderung, 8 = extreme Behinderung) die Behinderung in den Bereichen Partnerschaft, Familie, Berufstätigkeit, wirtschaftliche Lage, Freizeitmöglichkeiten, Sozialkontakte, psychisches Wohlbefinden und Selbstvertrauen vor der Therapie und zum Katamnese-Zeitpunkt eingeschätzt worden ist.

Eine Veränderung um mindestens 25 % des Mittelwertes in allen Bereichen (Therapiebeginn bis Katamnese) wurde als ein Erfolg gewertet. Zusätzlich wurde ein Global-Rating erhoben, in dem sich die Patienten als gebessert, verschlechtert oder unverändert im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Therapie einschätzen konnten.

Die Operationalisierung des Spiel-Symptomverhaltens erfolgte mit Hilfe des für die Projektstudie entwickelten Fragebogens, der zum Prae- wie zum Katamnesezeitpunkt vorgelegt wurde. U. a. wurde die Intensität des Spielens anhand einer Visual-Analog-Skala mit den Extremen 0 = kein Spielen und 8 = exzessives Spielen eingeschätzt.

Die Belastung und die Behinderung der Patienten wurde auf je einer 99 mm-Visual-Analog-Skala mit den Extremen 0 = keine Belastung/keine Behinderung und 99 = extreme Belastung/Behinderung erfaßt. Für jede dieser Skalen wurde ebenfalls eine Reduktion von mindestens 25 % im Vergleich zum Ausgangswert als Erfolg gewertet.

Als zusätzliche Variable für das Spielverhalten diente die Schuldenentwicklung vom Praezum Katamnese-Zeitpunkt, sowie die Erfassung der Veränderung der Relation zwischen dem monatlichen Nettoeinkommen und den angegebenen Spielverlusten (Zustand vor der Therapie im Vergleich zum Katamnese-Zeitpunkt). Als Normwert wird ein Index von 0.19 genommen, der sich aus Angaben des Statistischen Bundesamtes über Freizeitausgaben der bundesrepublikanischen Bevölkerung errechnet (KLEPSCH et al., 1987). Es wurde nur dann eine Veränderung in dem Schuldenbereich positiv bewertet, wenn die Patienten, deren Index bereits vor der Therapie zwischen 0 und 0.19 lag (Bereich des normalen Spielens) zum Katamnese-Zeitpunkt keine Verschlechterung aufwies (Index verbleibt zwischen 0 und 0.19). Ebenfalls positiv gewertet wurde das Kriterium, wenn der Index um mindestens 25 % reduziert wurde.

Das Auftreten einer Symptomverlagerung wurde durch das intensive verhaltensanalytische Interview überprüft.

Als *sehr gebessert* wurden die Patienten beurteilt, die alle Kriterien gleichzeitig erfüllten. Als *deutlich gebessert* wurden diejenigen Patienten beurteilt, die sich im Global-Rating als *gebessert* einschätzten, keine Symptomverschiebungen zeigten und lediglich eines der übrigen Erfolgskriterien nicht erfüllten.

Als *wenig gebessert* wurden die Patienten beurteilt, die sich selbst als gebessert einschätzten, aber mindestens zwei der Erfolgskriterien nicht erfüllten. Als *unverändert* wurden die Patienten beurteilt, die sich selbst als unverändert einschätzten und insgesamt mindestens zwei der Kriterien nicht erfüllten.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Zwischen März und Dezember 1987 führten wir im Rahmen des seit 1984 laufenden Spielerprojekts eine dritte Nachuntersuchung bei weiteren 50 Patienten durch.

31 Patienten (62%) hatten sich selbst angemeldet! 14 Patienten (28%) wurden von Familienangehörigen in der Ambulanz angemeldet, 2 von einem praktischen Arzt weitervermittelt, 1 Patient wurde über das Gesundheitsamt an die Ambulanz geleitet, 2 Patienten wurden von anderen Personen in der Ambulanz angemeldet. Damit war die Anzahl der selbst angemeldeten Patienten gegenüber der Projektstudie I (51% selbstangemeldete Patienten) und der Pilotstudie (25%) weiterhin gestiegen (siehe auch Abb. 2). In der Gesamtstichprobe von n = 50 Patienten waren lediglich zwei Frauen (siehe Tab. 1). Der Alters-Range dieser Stichprobe liegt zwischen 20 und 55 Jahren: 38% der Patienten waren jünger als 26 Jahre; weitere 30% waren jünger als 36 und 32% waren zwischen 36 und 55 Jahre alt.

Tab. 1: Alter (range: 20–55 Jahre) n = 50				Männlich: 48 Weiblich: 2
18–25 Jahre	26–35 Jahre	36–46 Jahre	47–55 Jahre	
n = 19	n = 15	n = 10	n = 6	
n = 34 (68%)		n = 16 (32%)		

Tab. 2 Soziographische Daten (n = 50)	Familienstand:	verheiratet...	n = 16
		verwitwet	n = -
		geschieden	n = 2
		feste Partnerbeziehung	n = 14
		ohne Partnerbeziehung	n = 18
	Wohnsituation	eigenes Haus	n = 6
		Mietwohnung	n = 27
		zur Untermiete	n = 11
		therapeutische Wohngem.:	n = 1
		Übergangwohnheim	n = -
		sonstige	n = 5
	Schulabschluß	kein Hauptschulabschluß	n = 2
		Hauptschulabschluß	n = 15
		Real- oder Handelsschule ohne Abschluß	n = 1
		Real-, Handelsschulabschluß	n = 22
		Gymnasium ohne Abitur	n = 2
		Abitur ohne Studium	n = 1
		Abitur ohne abgeschlossenes Studium	n = 5
		Abitur mit Studiumsabschluß	n = 1
	Berufstätigkeit (n = 35 berufstätig, n = 15 ohne eigenes Einkommen)	Geschäftsinhaber(in)	n = 1
		Freier Beruf	n = 3
		mittelst. Unternehmer	n = 3
		ltd. Angestellte(r)	n = 5
		n. leitd. Angestellte(r)	n = 10
		Beamter(in) (gehobener Dienst)	n = 3
		Beamter(in) (mittl., einfach. Dienst)	n = 5
		Facharbeiter(in)	n = 8
		Arbeiter(in)	n = 12

Tab. 2 zeigt, daß 11 Patienten zur Untermiete, 27 in einer Mietwohnung und 6 Patienten im eigenen Haus wohnten. 16 Patienten waren verheiratet, weitere 14 lebten in festen Partnerschaften; damit lebten 60% der Gesamtstichprobe in einer Partnerschaft.

Hinsichtlich des Schulabschlusses fanden sich folgende Untergruppen: 2 Patienten hatten keinen Schulabschluß, 16 Patienten hatten den Hauptschulabschluß und 24 Patienten den Realschulabschluß (zusammen 60% der Gesamtstichprobe). 7 Patienten (14%) hatten mit einem Abitur abgeschlossen, aber nur einer davon hatte ein Studium abgeschlossen. (Diese Daten entsprechen grob den Hamburger Durchschnittswerten in der Bildungsstruktur der männlichen Sozialversicherungspflichtigen vom 31. 12. 1987 – telefonische Informationen des Statistischen Landesamtes: 76% mit Haupt/Realschulabschluß; 4,6% Abitur).

35 der 50 Patienten waren berufstätig, 15 waren ohne eigenes Einkommen (4 in Ausbildung, 11 arbeitslos). In bezug auf die Berufsgruppenverteilung waren 20 Patienten dem Blue-Collar-Arbeitsbereich zuzuordnen, die übrigen Patienten verteilten sich wie in Tab. 2 zusammengefaßt.

Tab. 3 zeigt, daß wie in den vorangegangenen Studien der Anteil derjenigen, die ausschließlich an den Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit spielten, mit n = 39 (78%) überwog. Auch die übrigen Patienten spielten an den Automaten mit Gewinnmöglichkeit aber außerdem im Kasino oder bei Pferdewetten.

In Tab. 4 wird die Verschuldung der Patienten dargestellt. Demnach hatten 56% weniger als 10000 DM Schulden und keiner mehr als 100000 DM.

Tab. 5 faßt die Ergebnisse der Symptom- und Persönlichkeitsskalen zusammen: Im Gruppenmittel wiesen die Patienten in bezug auf die Ausprägung sonstiger neurotischer Symptomatik (Ängste, Depressionen, Zwänge, Körperliche Beschwerden) im Normalbe-

Tab. 3: Spielarten (n = 50)	Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit	n = 39 (78%)
	Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit + Kasino	n = 5 (10%)
	Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit + Kasino + Pferdewetten	n = 4 (8%)
	Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit + Kasino + Pferdewetten + Lotto/Toto	n = 2 (4%)

Tab. 4: Spielschulden* (n = 50)	Keine Schulden	n = 11 (22%)	56%
	≤ 10000 DM	n = 17 (34%)	
	10000 DM – 50000 DM	n = 14 (28%)	42%
	50000 DM – 100000 DM	n = 7 (14%)	

* = eine fehlende Angabe (= 2%)

Tab. 5: Symptom-/Persönlichkeitsskalen (n = 50)		Vor Therapie		Katamnese		
		M	s	M	s	
Persönlichkeit	HZI-K A* Kontrollieren	3,2	1,6	3,0	1,9	
	HZI-K B Waschen	2,6	1,3	2,5	1,4	
	HZI-K C Ordnen	3,0	1,3	2,3	0,8	
	HZI-K D Zählen, berühren, sprechen	4,7	1,7	4,0	1,3	
	HZI-K E Gedankenimpulse	3,6	1,9	2,9	2,0	
	HZI-K F Katastrophengedanken	4,4	2,0	2,6	0,9	
	FPIR-1* Lebenszufriedenheit	2,5	1,1	3,6	1,8	
	FPIR2 Soziale Orientierung	5,1	1,7	4,8	2,3	
	FPIR3 Leistungsorientierung	3,9	2,0	4,5	2,5	
	FPIR4 Gehemmtheit	6,2	1,9	5,3	2,5	
Zwänge	FPIR5 Erregbarkeit	5,6	2,0	4,8	2,2	
	FPIR6 Aggressivität	4,7	1,5	4,6	1,9	
	FPIR7 Beanspruchung	5,3	2,1	4,6	2,2	
	FPIR8 Körperliche Beschwerden	6,0	1,9	5,1	2,2	
	FPIR9 Gesundheitssorgen	3,9	1,9	3,6	1,5	
	FPIR10 Offenheit	6,2	1,9	6,0	2,1	
	FPIR E Extraversion	4,3	2,3	4,2	2,0	
	FPIR N Neurotizismus	6,6	1,9	5,0	2,1	
	Angstsymptome	FFS-Gesamt** (max: 64)	25,6	12,7	16,8	9,5
	soziale Ängste	FFS-SÄ** (max: 27)	7,3	3,5	4,7	2,4
körperliche Symptome	körperliche Symptome	87,3	22,9	81,1	26,1	
	D-S*** (max: 48)					
Depressivität		16,5	9,5	7,1	5,7	

* = Stanine Werte ** = Summenwerte

reich liegende Werte auf. Einzig die Depressionswerte waren erhöht; sie lagen deutlich über dem Normbereich (0–10) und in der Nähe des Bereichs für „neurotische“ Depression (siehe ZERSSSEN, v., 1976). Die Persönlichkeitsskalen des FPI-R zeigten keine von der Norm abweichende Ausprägung (siehe Tab. 5) im Gruppenmittel.

Bei zwei Patienten lagen stoffgebundene Suchterkrankungen zu Therapiebeginn vor. Auf der Ebene von Selbstratings für „neurotische Multisymptomatik“ hatten die Spieler in dieser Studie – mit Ausnahme der Depressionsratings – schon vor Therapiebeginn eine eher „normale“ Durchschnittsbevölkerung dargestellt.

3.2 Art, Ausmaß und Akzeptanz des Therapieangebotes

Die Katamnese-Zeiträume der nachbefragten Patienten lagen zwischen einem halben Jahr und 2 Jahren (Durchschnitt 1 Jahr nach Therapieende). Eine detaillierte Zusammenfassung der Follow-up-Zeiträume bildet Tab. 6 ab. Die Nachbefragung fand in der Verhaltenstherapie-Ambulanz statt.

Tab. 6: Nachbefragungszeiträume (n = 31)	6 Monate	n = 5
	12 Monate	n = 23
	24 Monate	n = 3
	12,2 Monate	durchschnittliche Zeitspanne nach Therapieende

Abb. 2: Projektverlauf (Dezember 1985 bis Januar 1987)

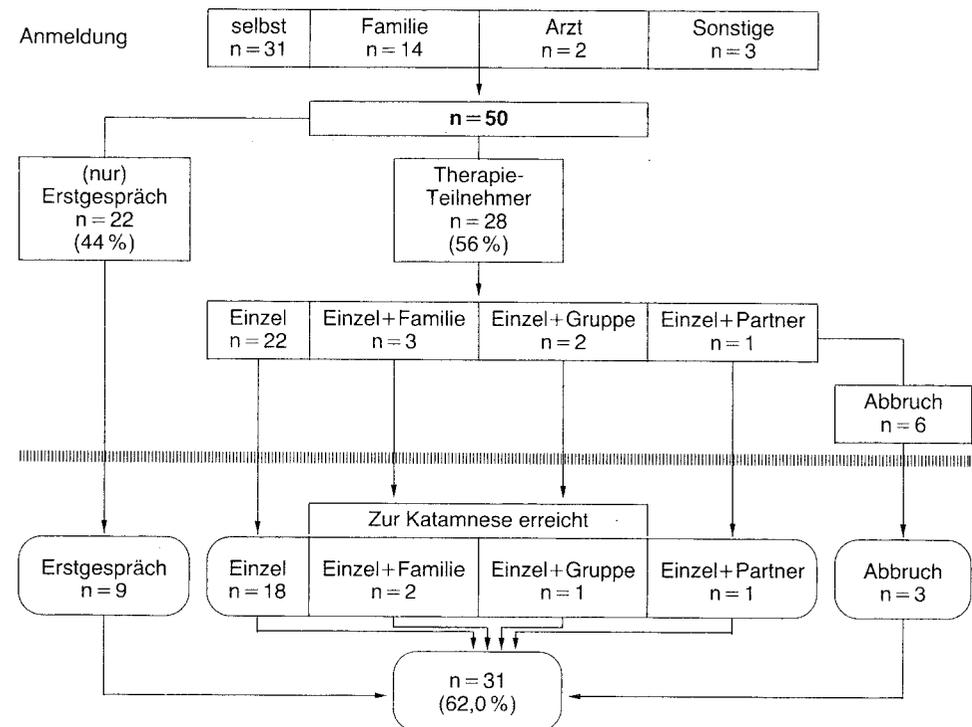


Abb. 2 vermittelt einen Gesamtüberblick über den Anmeldungsmodus (siehe 3.1), die Art der Therapie und die Beteiligung an der Nachuntersuchung.

Es wurden ausschließlich Einzel-Erstinterviews durchgeführt. 28 Patienten (56 %) nahmen entweder an einer Einzeltherapie (n = 22), Einzel- und Familientherapie (n = 3), Einzel- und Gruppentherapie (n = 2) oder an einer Einzel- und Paartherapie (n = 1) teil. 6 Patienten brachen die Therapie ab. 22 Patienten (44 %) nahmen ausschließlich am Erstgespräch teil.

An der Nachbefragung nahmen 40,9 % (n = 9) aller Spieler, die ausschließlich das Erstgespräch erhalten hatten (n = 22), teil (zum Vergleich: 52 % in der ersten Projektkatamnese; 64 % in der retrospektiven Katamnese der Pilotstudie). Von den Therapieteilnehmern (n = 28) beteiligten sich 78 % (n = 22) an dem follow-up (zum Vergleich: 82,5 % in Projektstudie 1; 94 % in der retrospektiven Katamnese der Pilotstudie). Ebenso konnten 3 (50 %) der insgesamt 6 Patienten nachbefragt werden, die die Therapie abbrachen. Insgesamt konnten zur Katamnese 31 Patienten (62 %) erreicht werden, die an einem Erstkontakt bzw. einer Therapie teilgenommen hatten.

Um zu überprüfen, inwieweit die katamnestizierte Stichprobe eine selektierte Stichprobe war, wurden die oben beschriebenen Stichprobenmerkmale mit Hilfe des Kruskal-Wallis Tests (Rangvarianzanalyse) für die soziodemografischen Variablen auf Stichprobenunterschiede hin untersucht. Mit derselben Fragestellung wurden die Spiel-Schulden einem Median-Test unterworfen. Für die intervallskalierten Daten der Symptomskalen wurden t-Tests für unabhängige Stichproben zwischen den Gruppen der Katamnestizierten und der Nicht-Katamnestizierten zum Prae-Meßzeitpunkt durchgeführt.

Die beiden Gruppen unterschieden sich auf 20 einbezogenen Variablen nur in der Variable: „Aggressivität, Neigung zu spontanen Reaktion“ (FPI-R5). Sie wies einen auf dem 5 % Niveau signifikanten Unterschied auf. Die Personen der Gruppe der Nicht-Katamnestizierten neigten danach eher zu spontanen, unvorhersehbaren Reaktionen. Dieses Ergebnis deckte sich mit der beobachteten Reaktion dieser Stichprobe. In den wesentlichen sozio-ökonomischen (Gesamtschulden, Spielschulden), soziodemografischen Daten (z. B.: Alter, Beruf, Ausbildung, Lebenssituation) und Symptomvariablen (z. B.: Depressivität) unterschieden sich die Gruppen nicht, so daß – zumindest auf der Ebene der eingesetzten Untersuchungsinstrumente – von der Repräsentativität der katamnestizierten Stichprobe für die Gesamtstichprobe ausgegangen werden konnte.

Tab. 7: Therapieaufwand (n = 50)

	Anzahl der Sitzungen				
	(nur) Erstgespräche	1–5	6–10	11–15	16–20
Anzahl der Patienten	n = 22	n = 6	n = 15	n = 4	n = 3
	Durchschnittliche Sitzungsanzahl:*) 5 Sitzungen				
	*) = einschließlich (nur) Erstgespräche				

Tab. 7 gibt eine Übersicht über den zeitlichen Aufwand der durchgeführten Therapien. Im Durchschnitt wurden 5 Sitzungen pro Patient benötigt. 22 Patienten (44 %) nahmen ausschließlich an dem Erstgespräch teil, 21 Patienten (42 %) erhielten bis zu 10 Therapiesitzungen und nur 7 (14 %) der Patienten erhielten bis zu 20 Therapiesitzungen.

3.3 Langzeiteffekte der Therapie

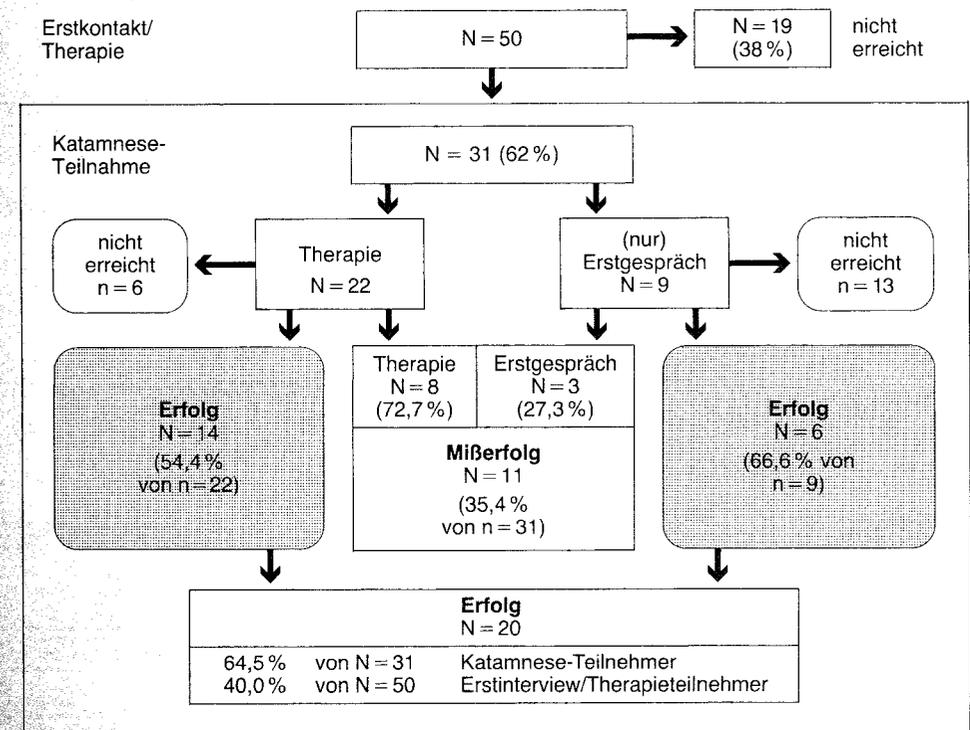
Für die 31 Patienten, die sich an der Nachuntersuchung beteiligten, ließen sich folgende Ergebnisse ermitteln: 16 (51,6 %) der nachbefragten Patienten konnten als *sehr gebessert*,

4 (12,9 %) als *deutlich gebessert* eingeschätzt werden. Als *wenig gebessert* wurden 9 Patienten (29 %) eingestuft. Als *unverändert* wurde 1 Patient (3,2 %) eingeschätzt. Abgesehen von einem Patienten, berichteten alle, zum Zeitpunkt der Nachbefragung gingen es ihnen deutlich besser als vor der Therapie. 16 (80 %) der 20 Erfolgspatienten (4 Patienten, die nur ein Erstgespräch erhalten und 12 Patienten, die an der Therapie teilgenommen hatten, führten den Therapieerfolg auf die Teilnahme an der Verhaltenstherapie zurück.)

Die *deutlich gebesserten* und die *sehr gebesserten* Patienten ergeben zusammen eine Erfolgsquote von 64,5 % bezogen auf die 31 Nachbefragten; bezogen auf die Ausgangsstichprobe von n = 50 beträgt die Erfolgsquote 40 % (siehe Abb. 3).

Abb. 3 gibt eine Übersicht über die Aufteilung der Erfolgspatienten: Danach haben von den Nachuntersuchten 14 (54,4 %) diejenigen, die an einer Therapie und 6 (66,6 %) derjenigen, die nur an einem Erstgespräch teilnahmen, profitiert. Die Aussage für die Wirksamkeit des (Nur-) Erstgesprächs muß jedoch relativiert werden, da nur 9 von 22 „Erstgespräch-Patienten“ erreicht wurden. 38,7 % aller Nachuntersuchten waren (nach eigenen Angaben) zum Katamnesezeitpunkt spielabstinent.

Abb. 3: Projekt Studie II



Zur Untermauerung der Validität der Erfolgskriterien wurde die Erfolgsgruppe und die Mißerfolgsgruppe hinsichtlich der Veränderung der Variable Depressivität untersucht. Nach Abklärung der Voraussetzungen zur Durchführung des t-Tests (siehe Tab. 8: Varianzhomogenität: nicht signifikanter F-Wert; Normalverteilung der abhängigen Variable: nicht signifikanter Kolmogorov-Smirnoff-Wert) wurde ein t-Test bezüglich der Veränderungswerte: Prä- zu Katmanesezeitpunkt der Depressionswerte durchgeführt.

Tab. 8: T-Test*) zur Validierung anhand der Depressivitätsskala (D-S, Zerssen, v., 1976)

		Vor Therapie		Katamnese		
		M	s	M	s	
Erfolgsgruppe (n = 20):	D-S Score	17,6	11,5	5,7	4,3	
Mißerfolgsgruppe (n = 11):	D-S Score	13,8	8,3	9,8	7,8	
		M	s	F-Wert	t-Wert	p
Erfolgsgruppe (n = 20)*:	(Kolg.-Smirn. = 0.778 n.s.)	-12.9	10.7			
Mißerfolgsgruppe (n = 11):	(Kolg.-Smirn. = 0.784 n.s.)	- 3.5	7.3	2.1 (n.s.)	- 2.18	0.04
Design:	zweiseitige Fragestellung					
abhängige Variable:	Veränderungswert Prä – zu Katamnesezeitpunkt Summenscore der Depressivitätsskala: CDS					
unabhängige Variable:	Erfolgsgruppe und Mißerfolgsgruppe					
*	In der Erfolgs-Gruppe fehlen von 7 Personen die Angaben. In der Mißerfolgsgruppe fehlen von 3 Personen die Angaben.					
Voraussetzungen zur Durchführung des t-Tests:	1. Varianzen der CDS-Werte sind homogen, siehe nicht-signifikante Werte. 2. Kolmogorov-Smirnoff-Test zur Überprüfung der Variable CDS getrennt für beide Gruppen zeigt keine signifikanten Abweichungen von der Normalverteilung.					

Im Gegensatz zur Mißerfolgsgruppe weist die Erfolgsgruppe eine signifikante Veränderung (5%-Niveau) bezüglich der Depressivität auf.

Zu Beginn der Behandlung waren 11 (22%) der 50 Patienten arbeitslos. Diese Prozentzahl liegt über dem Hamburger Durchschnitt von 13% (für 1987; Statistisches Landesamt, 1988). Von diesen waren 4 Patienten der Erfolgsgruppe und 2 Patienten in der Mißerfolgsgruppe nach der Therapie in einem Beschäftigungsverhältnis.

Eine Analyse der Übereinstimmung zwischen den Problem-Hypothesen der Therapeuten zu Therapiebeginn (konditionales Bedingungs- und Funktionsmodell nach HAND, 1986a) und den Attributionen der Patienten im Katmanese-Interview, zeigt Tab. 9):

Tab. 9: Konkordanz der Kausalitätshypothesen von Therapeut und Patient: Einfluß auf das Therapieergebnis (n = 31*)

	Erfolg	Mißerfolg	
Übereinstimmung	14	10	24 (80%)
Nicht-Übereinstimmung	5	1	6 (20%)
	19 (63,3%)	11 (36,6%)	30 (100)

* = Eine Patientenangabe konnte nicht ausgewertet werden.

14 (70%) der erfolgreichen Patienten (n = 20) stimmten mit den Problemmodellen der Therapeuten überein. Allerdings teilten auch 10 der 11 Mißerfolgspatienten die Hypothesen ihrer Therapeuten. Von daher kann keine definitive Aussage über die Variable in der vorliegenden Stichprobe gemacht werden.

4. Diskussion

Der Vergleich der Ergebnisse dieser zweiten prospektiven Projekt-Katamnese mit denen der ersten und denen der Pilotstudie ergibt folgende Parallelen bzw. Unterschiede:

1. Attraktivität des Behandlungsangebotes: In der Pilotstudie betrug der Anteil der selbstangemeldeten Spieler 25%. In der ersten prospektiven Katamnese (Projekt 1) lag er bereits bei 51,2% und in der vorliegenden Katamnese (Projekt 2) dann sogar bei 62%.

Der ständige Anstieg der Selbstanmeldungen ist zum einen wohl auf den zunehmenden Bekanntheitsgrad des Projektes zurückzuführen, zum andern aber auch auf dessen niedrige „Bedrohlichkeit“ für den Spieler (kein Moralisieren, kein Abstinenzzwang).

2. Altersstruktur: Der Anteil der unter 36jährigen stieg von 57% (Pilot) auf 75% (Projekt 1), um dann wieder auf 68% zurückzugehen (Projekt 2).

3. Einkommensstruktur: Der Anteil der Spieler ohne eigenes Einkommen betrug in den ersten beiden Studien 50% (Pilot) bzw. 54% (Projekt 1), in der letzten (Projekt 2) aber nur noch 30%.

Damit ist der Anteil der Personengruppe ohne eigenes Einkommen auffällig gesunken. 55,3% aller Spieler in dieser Studie geben jedoch an, weniger als 1500 DM im Monat zu verdienen. Diese Daten, die wiederum nur für Spieler gelten, die Hilfe suchen, scheinen damit auch weiterhin die öffentliche Kritik zu bestätigen, daß Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit in besonderem Maße arbeits- bzw. mittellose oder wirtschaftlich schwache junge Erwachsene anziehen. In der politischen Diskussion des letzten Jahres wird die Problemlösung jedoch ausschließlich in Reglementierungen und Verboten im Automatenbereich gesucht. Dem pathologischen Spielen „zugrundeliegende“ individuelle oder insbesondere soziale Probleme werden weitgehend tabuisiert.

4. Spielstruktur: 77% der Patienten der Projektstudie 1 hatten ausschließlich an Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit gespielt. Dieses Ergebnis bestätigte sich auch in Projektstudie 2 mit 78%. Die verbleibenden 22% spielten auch im Kasino; Patienten, die ausschließlich im Kasino gespielt haben, traten in dieser 2. Projektstudie nicht auf.

In der Pilotstudie spielten nur an „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeiten“ 71%.

5. Therapieaufwand: In der Projektstudie 1 lag der Therapieaufwand für alle Patienten bei bis zu maximal 10 Stunden (1 Patient). In Projektstudie 2 wurden ebenfalls Kurztherapien durchgeführt mit bis zu 10 Sitzungen bei 43 Patienten (86%) und bei 7 (14%) der Patienten mit bis zu 20 Sitzungen. Alle Patienten der Pilotstudie erhielten bis zu 10 Sitzungen.

Alle Studien bestätigen damit die Wirksamkeit ambulanter Kurzzeit-Verhaltenstherapie (selbst nach den sehr engen Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung).

6. Erfolgsquote: In dem Projekt 1 betrug die nach den vielschichtigen Erfolgskriterien definierte Erfolgsquote 66% der Katamneseteilnehmer. In Projekt 2 betrug sie 64,5%. Diese Ergebnisse gleichen denen der vorausgegangenen Pilotstudie mit 65%.

In dieser, wie in den vorangegangenen Studien haben von unserer Behandlung ca. 35 bzw. 36% der Nachbefragten wenig oder gar nicht profitieren können. Möglicherweise wären für diese Patienten stationäre bzw. abstinenz-orientierte „Sucht“-Behandlungen angemessener gewesen.

7. Abstinenz: In Projekt 1 gaben 16 (43 %) der Erfolgspatienten an, nach Therapieende spielabstinent zu sein. In Projekt 2 waren es 12 (35 %) der Erfolgspatienten. Beide Ergebnisse ähneln wiederum denen der Pilotstudie mit 35 % der Erfolgspatienten. Es sei daran erinnert, daß zu keinem Zeitpunkt die Abstinenz gefordert wurde.

8. Erfolgsattribution: In der Projekt-Katamnese 1 führten 84 % aller Erfolgspatienten ihre positive Veränderung auf die Verhaltenstherapie zurück. In Projekt 2 taten dies 80 %, in der Pilotstudie 81 %.

9. Besonderheiten: Vergleicht man die Ergebnisse der Persönlichkeits- und der symptombezogenen Selbstbeurteilungsskalen mit Durchschnittswerten unserer Patienten mit Angst-erkrankungen, so ergibt sich für Spieler eine wesentlich geringere „Gestörtheit“ – in den meisten Variablen, mit Ausnahme der Depressivität, liegen die Werte sogar im Normalbereich.

Ob Spieler, die in stationäre Behandlung oder Selbsthilfegruppen gehen, in bezug auf die genannten Variablen schwerer gestört sind, bedarf allerdings noch der Untersuchung.

Offen bleibt weiterhin die Frage, welche Institution dafür verantwortlich ist oder sich in der Verantwortung sehen könnte, eine Evaluation der Effizienz der stationären Behandlung und Selbsthilfe-Angebote zu fordern und zu fördern, damit im Interesse der Betroffenen die gegenwärtig erneut zunehmende Ideologisierung und Emotionalisierung der Diskussion endlich beendet werden kann.

Die

- zwischen 1977 und 1983 an unserer Verhaltenstherapie-Ambulanz entwickelte,
 - bisher bei über 300 Patienten angewandte
 - in ihren Langzeiteffekten in drei aufeinander folgenden und voneinander unabhängigen Therapieprojekten an insgesamt 162 Patienten evaluierte
 - ambulante Kurzzeit-Verhaltenstherapie
- ist, selbst im internationalen Vergleich, das gegenwärtig mit Abstand am besten überprüfte und gesicherte Behandlungsangebot für Spieler, die noch keinen sozioökonomischen Suizid begangen haben und zu dessen Prävention es geeignet erscheint.

Es trifft bei Spielern auf eine gute Akzeptanz und ist an erfahrene Verhaltens-, Psycho- und Suchttherapeuten gut vermittelbar (in zahlreichen Workshops geschehen; Therapiemanual erscheint 1989).

Literatur

- FAHRENBERG, J. (1975): Die Freiburger Beschwerdeliste. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 4, 79–100
- FAHRENBERG, J.; SELG, H.; HAMPEL, R. (1984): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Handanweisung der revidierten Fassung FPI-R und der teilweise geänderten Fassung FPI-A 1. Hogrefe: Göttingen
- FISCHER, M.; HAND, I.; ANGENENDT, J.; BÜTTNER-WESTPHAL, H.; MANECKE, H. (1988): Failures in Exposure Treatment of Agoraphobia: Evaluation and Prediction. in: HAND I. & WITTCHEN, U. (Hrsg.): Panic and Phobia II. Springer: Berlin
- HALLAM, R. S. & HAFNER, R. J. (1978): Fears of phobic patients. Factor analyses of self report data. Behav Res Ther, 16, 1–6
- HAND, I. & KAUNISTO, E. (1984a): Multimodale Verhaltenstherapie bei problematischem Verhalten in Glückspielsituationen („Spielsucht“) Suchtgefahren, 1, 1–11
- HAND, I., KAUNISTO, E. (1984b): Theoretische und empirische Aspekte eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes für „Glücksspieler“. Hoheneck: Hamm Heft 4, Aktuelle Orientierungen: Suchtgefahren, 55–70

HAND, I. (1986a): Verhaltenstherapie und Kognitive Therapie in der Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie; K. P. KISKER; LAUTER, H.; MEYER, C. E., STRÖMGEN, E. (Hrsg.). Springer Verlag: Berlin

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

HAND, I. (1988a): Verhaltenstherapie als Kurzzeit-Psychotherapie. Prax. Psychother. Psychosom. 33: 268–277

HAND, I. (1988b): Obsessive-compulsive patients and their families. In: The Handbook of Behavioral Family Therapy, Ian FALLOON Ed. Guilford Press: New York

KLEPSCH, R., ZAWORKA, W., HAND, I. et al. (1988): Das Hamburger Zwangsinventar: Entwicklung zweier computerdialogfähiger Kurzformen (HZI-Kurzform und HZI-U1-tra-Kurzform). Deutscher Studienverlag: Weinheim (im Druck)

KLEPSCH, R., HAND, I. & WLAZLO, Z. (1987): Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen I: Retrospektive Katamnese der Hamburger Pilotstudie. Suchtgefahren: 33, 137–147

MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. (1985): Relapse Prevention. Guilford Press: New York

STATISTISCHES LANDESAMT SCHLESWIG-HOLSTEIN/HAMBURG: Statistisches Sonderheft Januar 1988

WLAZLO, Z., HAND, I., KLEPSCH, R., FISCHER, M., FRIEDRICH, B. (1987): Langzeiteffekte multimodaler Verhaltenstherapie bei krankhaftem Glücksspielen, II.: Prospektive Katamnese der Hamburger Projektstudie. Suchtgefahren, 33, 148–160

ZERSEN, v. D. (1976): Klinische Selbstbeurteilungsskalen (Ksb-S) aus dem Münchener Informationssystem. Beltz: Weinheim

Anschrift für die Autoren und Anforderung von Sonderdrucken:

Prof. Dr. med. Iver Hand

Psychiatrische Universitäts-Klinik

Martinstraße 52

2000 Hamburg 20